

Cíntia Capelari Aguiar

*A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)
PARA O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
ARARAQUARA*



ARARAQUARA – SÃO PAULO
2008

CÍNTIA CAPELARI AGUIAR

*A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)
PARA O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
ARARAQUARA*

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Linha de pesquisa: Políticas Públicas

Orientadora: Maria Teresa Miceli Kerbauy

Bolsa: CNPQ

ARARAQUARA – SÃO PAULO
2008

Aguiar, Cíntia Capelari

A contribuição do Programa Saúde da Família (PSF) para o sistema público de saúde do município de Araraquara / Cíntia Capelari

Aguiar. – Araraquara

xxx f : il. ; xx cm

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras –
Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2008.

1 Descritor. 2. Descritor. 3 . Descritor. I. Autor II. Título

CÍNTIA CAPELARI AGUIAR

A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) PARA O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

Dissertação de Mestrado, apresentada ao, Programa de Pós Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Linha de pesquisa: Políticas Públicas
Orientador: Maria Teresa Miceli Kerbauy
Bolsa: CNPQ

Data de aprovação: 06/06/2008.

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Teresa Miceli Kerbauy
Universidade Estadual Paulista

Membro Titular: Prof^ª. Dr^ª. Denise de Andrade
Universidade de São Paulo

Membro Titular: Prof^º. Dr. José Luís Bizelli
Universidade Estadual Paulista.

Local: Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Ciências e Letras
UNESP – Campus de Araraquara

**A todos que estiveram ao meu lado, nesta trajetória,
proporcionando-me companhia, apoio e palavras...**

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos que se uniram aos meus esforços:

Aos colegas de turma que muito contribuíram nas longas discussões no início desta pesquisa, com carinho especial para Agnes Souza, sempre companheira, ainda que distante.

Aos colegas companheiros desta minha trajetória: Rogério Macedo, pelos dias juntos; Daniel Dias, pelos desabafos e longas discussões; Mirian de Angelis e sua família, pela compreensão; Kátia, pela disposição em ajudar e, Davi Carvalho, pessoa muito especial, pelo seu apoio incondicional nesta minha árdua e gratificante tarefa, da qual participou.

Aos professores, desta faculdade, com quem pude compartilhar meus anseios durante a pesquisa: Marco Aurélio Nogueira, José Luis Bizelli, Karina Lilia P. Mariano, Eliane Maria de Melo Souza, Milton Lahuerta e Márcia Teixeira.

A minha orientadora, Maria Teresa Miceli Kerbauy, com quem tive o prazer de trabalhar, já há algum tempo. Agradeço pela compreensão, paciência, dedicação e pelo prazer com que realiza o seu trabalho, refletindo sempre em resultados e satisfações. Fico imensamente agradecida por ser mais que uma orientadora, mas uma pessoa especial, que apóia e incentiva o trabalho intelectual. Em suas palavras, uma orientadora quem posso ter uma relação de “mãe e filha”, por quem nutro grande admiração e carinho. Não poderia deixar de mencionar sua sensibilidade e sensatez ao corrigir meus erros e ao contribuir para minha vida acadêmica, o que me permite, com muito agradecimento, no fim desta jornada, sentir-me realizada pelo trabalho desempenhado conjuntamente.

Aos familiares, pais e irmãs, que estiveram do meu lado, ainda que cada um do seu modo. À minha avó, segunda mãe, que me ensinou, e ensina a cada dia, a paciência e compreensão com os problemas diários; pela sua amabilidade e por ser tão prestativa.

Milhares e milhares de pessoas estudaram a doença. Quase ninguém estudou a saúde.

(Adelle Davis, 2003)

RESUMO

A partir da década de 80, a política de saúde brasileira passou por um processo de descentralização, proporcionando às esferas subnacionais, estados e municípios, autonomia e responsabilidades acerca da gestão e dos serviços prestados, antes exercidas pela esfera nacional. Na década seguinte, verificam-se a formulação e o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, a proposta do Ministério da Saúde do Programa Saúde da Família (PSF), analisado nesta pesquisa. Certas idéias que definiram este programa, tais como as que compreendiam a busca de um novo modelo de saúde descentralizado e voltado para ações preventivas, em contraposição ao modelo vigente, baseado principalmente na prática médica curativa e caracterizado pela centralização, já eram abordadas nas propostas discutidas na Reforma Sanitária, desde o pós-64. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a atuação intersetorial das equipes de saúde da família contribui para a melhora dos indicadores sociais e os de saúde nos municípios brasileiros. Dessa forma, apresenta-se como objetivo desta pesquisa a análise do PSF do município de Araraquara, no período de 2000 a 2005. Tencionava-se verificar, a partir da observação de alguns indicadores – como: cobertura populacional, pessoas e famílias cadastradas e acompanhadas pelo programa, dados sociais e de saúde, número de internações hospitalares e taxa de mortalidade infantil – a contribuição do programa para o sistema municipal de saúde público. A pesquisa se baseia na revisão da literatura pertinente ao assunto, na análise dos dados obtidos no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e no Datasus, referentes a área abrangida pelo PSF e ao município, e na realização de entrevistas com os coordenadores do PSF e gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Sobre os resultados, pode-se notar proeminente contribuição do programa para o sistema municipal, no que diz respeito à retomada da prevenção como prática relevante na saúde pública; à rediscussão da atenção básica; à queda do número de internações e de complicações; ao maior controle dos casos de diabetes e hipertensão e, ao maior acesso à saúde. Acrescenta-se a isso, a importância do PSF nos bairros em que atua, também ressaltada nas entrevistas. Entretanto, cabe salientar que alguns entrevistados apresentaram dificuldades em apontar a contribuição do programa, especificamente, nos indicadores sociais e de saúde do município.

Palavras-chave: Descentralização. Sistema Único de Saúde. Programa Saúde da Família. PSF de Araraquara. Contribuição no sistema municipal de saúde.

ABSTRACT:

Since 80s, the Brazilian health policy has experimented a decentralization process, distributing the management and services' authority and responsibilities from national to subnational level: states and municipalities. We had the formulation and development of Unified Health System (SUS) in the following decade. In this context, we analyze the Family Health Program (PSF), proposed by Ministry of Health in 90s. Some ideas that had shaped this program were already present in proposals raised in Health Reform since post-64, which included the search for a new decentralized health model and back toward preventive actions, as opposed to the current model, based mainly in curative medical practice and characterized by centralization. According to Ministry of Health (MS), the intersectoral performance of family health teams contributes to health and social indicators' improvement in Brazilian municipalities. Thus, we examine the implementation of PSF in Araraquara from 2000 to 2005, whose aim was to verify its contribution for public health municipal system observing some indicators. The basic methodology is anchored in bibliographic survey, data analysis obtained by Basic Care Information System (SIAB) and Datasus and in interviews with PSF and Municipal Health (SMS) coordinators. The results demonstrated that program contributes to municipal system as regards to the resumption of prevention as relevant public health practice, discussion of basic care, of hospitalizations and complications decrease, the diabetes and hypertension cases control and health access increase. However, the respondents had trouble to point specifically the program's contribution in health and social indicators in the city, underscoring its relevance in neighborhoods where it was implanted.

Keywords: Decentralization. Unified Health System. Family Health Program. Preventive Health. PSF of Araraquara. Health and social Indicators.

TABELAS

Tabela 1: Faixa de Cobertura Populacional e Valores Anuais do Incentivo Financeiro por Equipe.....	99
Tabela 2. População residente por sexo, de 2000 a 2007.....	126
Tabela 3. População Residente por faixa etária e sexo, 2006 e 2007.....	129
Tabela 4. Proporção (em porcentagem) de moradores por tipo de abastecimento de água, nos anos de 1991 e 2000, em Araraquara, em porcentagem.....	137
Tabela 5. Proporção, em porcentagem, de moradores por tipo de Instalação Sanitária no município, nos anos de 1991 e 2000.....	138
Tabela 6. Proporção de moradores por tipo de destino de lixo, no município estudado, nos anos de 1991 e 2000.....	139
Tabela 7. Proporção, em porcentagem, da população residente alfabetizada por faixa etária, no município de Araraquara, no ano de 2000.....	140
Tabela 8. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no município de Araraquara em 1991 e 2000.....	148
Tabela 9. Renda per capita em salários mínimos em Araraquara, na sua região de governo e no estado de SP, no ano de 2000.	148
Tabela 10. Dados do PSF: Número de Unidades de Saúde da Família e Equipes de Saúde da Família no município de Araraquara de 2000 a 2005	162

Tabela 11: Número de pessoas cadastradas pelo PSF no período de 2000 a 2005 , em Araraquara.....	169
Tabela 12: Cobertura populacional do PSF, do sexo feminino, por faixa etária, no período de 2000 a 2005, em Araraquara.....	170
Tabela 13: Cobertura populacional do PSF, do sexo masculino, por faixa etária, no período de 2000 a 2005, em Araraquara.....	171
Tabela 14: Representação (em porcentagem) do número de famílias acompanhadas e cadastradas pelo PSF, e sua porcentagem, no período de 2000 a 2005, em Araraquara.....	172
Tabela 15: Representação (em porcentagem) entre o número de pessoas do PSF cobertas por plano de saúde em relação ao número total de pessoas cadastradas pelo programa, no período de 2000 a 2005, em Araraquara.....	173
Tabela 16: Representação (em porcentagem) do número de crianças na escola, em relação ao número total de crianças cadastradas na área do PSF, no período de 2000 a 2005, em Araraquara.....	174
Tabela 17: Representação (em porcentagem) entre o número de adultos de 15 anos e mais alfabetizados do PSF e o número de pessoas com mais de 15 anos cadastradas no PSF, de 2000 a 2005.....	175
Tabela 18: Algumas doenças e deficiências cadastradas, na população da faixa etária de 15 anos e mais, da área de abrangência do PSF, no período de 2000 a 2005, em Araraquara.....	176
Tabela 19. Dados do PSF: Representação (em porcentagem) do número anual de casos de hipertensos acompanhados em relação ao número de casos de hipertensos cadastrados pelo PSF, no período de 2000 a 2005.....	178

Tabela 20. Dados do PSF: Representação (em porcentagem) do número anual de casos de diabéticos acompanhados em relação ao número de casos de diabéticos cadastrados pelo PSF, no período de 2000 a 2005.....	179
Tabela 21. Dados do PSF: Número total de consultas realizadas pelo PSF e sua taxa de crescimento ou queda, no período de 2000 a 2006, em Araraquara.....	180
Tabela 22. Dados do PSF: Número total de atendimentos realizados pelo PSF, no período de 2000 a 2005, em Araraquara.....	181
Tabela 23. Dados do PSF: Número de gestantes cadastradas e acompanhadas e número de gestantes com menos de 20 anos, na área de abrangência do PSF, de 2000 a 2005, em Araraquara.....	182
Tabela 24: Dados municipais: Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos), nos anos de 1900 a 2006, no município de Araraquara, na região de governo de Araraquara e no estado de São Paulo.....	184
Tabela 25: Mortalidade infantil do PSF em relação à mortalidade infantil do município, no período de 2000 a 2006, em Araraquara.....	187
Tabela 26. Dados municipais: Taxa de Natalidade, no período de 1990 a 2006, no município de Araraquara.....	188
Tabela 27: Número de nascidos vivos, nascidos vivos pesados e nascidos vivos com peso inferior a 2500 gramas, na população abrangida pelo PSF, no período de 2000 a 2006, no município de Araraquara.....	189
Tabela 28. Dados municipais: Número total de internações no município de Araraquara, no período de 1995 a 2007.....	191

Tabela 29. Dados municipais: Taxa de crescimento e queda do número de internações em regime público no município de Araraquara, no período de 1996 a 2007, em porcentagem192

Tabela 30. Dados do PSF: Número de hospitalizações realizadas na população coberta pelo PSF, de 2000 a 2007.....193

Tabela 31. Dados municipais: Número de internações por grupos de doenças, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no município de Araraquara, no período de 1998 a 2007.197

GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 a março /2007.....	101
Gráfico 2: Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família BRASIL - 1994 a março/2007.....	102
Gráfico 3: Proporção de crianças 7-14 anos, atendidas pelo PSF, que freqüentam a escola no período de 1997 a 1999	103
Gráfico 4: Taxa de alfabetização (maior ou igual a 15 anos) no período de 1997 a 1999, na população coberta pelo PSF.....	103
Gráfico 5: Indicadores de morbidade, 1997 a 1999	104
Gráfico 6: Indicadores de Mortalidade, 1997 a 1999.....	105
Gráfico 7. Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População, de 2000 a 2007, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara.....	127
Gráfico 8. Razão de Sexos, em 2007, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara.....	128
Gráfico 9. População com menos de 15 anos, em 2007, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara.....	130
Gráfico 10. População com 60 anos e mais, em 2007, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara.....	131

Gráfico 11. Índice de Envelhecimento no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara, em 2007.....	132
Gráfico 12. Grau de urbanização, em 2007, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara.....	133
Gráfico 13. Domicílios com espaço suficiente, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara.....	134
Gráfico 14. Domicílios com infra-estrutura interna urbana adequada no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara, em 2000.....	135
Gráfico 15. Nível de atendimento quanto ao abastecimento de água, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara.....	136
Gráfico 16. Nível de atendimento quanto ao esgoto sanitário, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara.....	137
Gráfico 17. Nível de atendimento quanto à coleta de lixo, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara.....	139
Gráfico 18. Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara.....	141
Gráfico 19: Taxa de analfabetismo nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 17 anos, no município de Araraquara, nos anos de 1991 e 2000.....	142
Gráfico 20. Taxa de analfabetismo por faixa etária acima de 15 anos, no município de Araraquara, nos anos de 1991 e 2000.....	143

Gráfico 21. Média de anos de estudo da população de 15 a 64 anos, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara.....	144
Gráfico 22. População de 25 anos e mais com menos de 8 anos de estudo, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara.....	145
Gráfico 23. População de 18 a 24 anos e mais com ensino médio completo, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara.....	146
Gráfico 24. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH), em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara	147
Gráfico 25: Dados municipais: Evolução da taxa de mortalidade infantil, de 1990 a 2006, no município de Araraquara	185
Gráfico 26. Dados do PSF: Queda na taxa de mortalidade infantil, na área de abrangência do PSF, no período de 2000 a 2006, no município de Araraquara	186

QUADROS

Quadro 1: Indicadores sociais e demográficos da população coberta por ACS/SF por Estado na Região Sudeste, Brasil, 2005.....	106
Quadro 2. Dados municipais: Número de internações por grupos de doenças, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-9), no município de Araraquara, no período de 1995 a 1997.....	195

MAPAS

Mapa 1. Localização do município de Araraquara no estado de São Paulo.....	124
Mapa 2. Região Administrativa Central.....	125
Mapa 3. Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, 2007.	151

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Ações Integradas de Saúde (AIS)
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)
Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
Comissão Intergestores Bipartite (CIB)
Comissão Intergestores Tripartites (CIT)
Conferência Nacional de Saúde (CNS)
Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP)
Conselho Municipal de Saúde (CMS)
Conselho Nacional de Saúde (CNS)
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)
Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS)
Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC)
Departamento de Atenção Básica (DAB)
Direção Regional de Saúde III (DRS III)
Equipe de Saúde da Família (ESF)
Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE)
Fator de Estímulo a Municipalização (FEM)
Fração Assistencial Especializada (FAE)
Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
Fundo Nacional de Saúde (FNS)
Gabinete do Ministro (GM)
Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE)
Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB)
Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A)
Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE)
Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM)
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)
Índice de Valorização de Resultados (IVR)
Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA)
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)
Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)
Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)
Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's)
Ministério da Saúde (MS)
Movimento Democrático Brasileiro (MDB)
Normas Operacionais Básicas (NOBs)
Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS)
Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)
Partido Comunista Brasileiro (PCB)
Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB).
Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Piso Assistencial Básico (PAB)
Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)
Plano Diretor de Regionalização (PDR)
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)
Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)
Projeto de Qualidade Integral em Saúde (Qualis)
Programa Saúde da Família (PSF)
Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS)
Saúde Bucal (SB)
Saúde da Família (SF)
Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)
Secretaria Estadual de Saúde (SES)
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)

Sistema de Informação Básica (SIAB)

Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)

Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS)

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA)

Unidade de Saúde da Família (USF)

Unidade de Saúde da Família (USF)

Unidades Básicas de Saúde (UBSs)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	22
1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO	30
1.1 A evolução da política de saúde pública no Brasil	30
1.2 Período mais recente da descentralização, a Reforma do Estado e a expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF)	43
1.3 A regulamentação do Sistema Único de Saúde	49
1.3.1 A Norma Operacional Básica NOB SUS 01/91	51
1.3.2 A Norma Operacional Básica NOB SUS 01/92	52
1.3.3 A Norma Operacional Básica NOB SUS 01/93	53
1.3.4 A Norma Operacional Básica-SUS 01/96	55
1.3.5 Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001	59
1.3.6 Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002	61
1.4 Um debate sobre os avanços e limites do processo de descentralização e o surgimento do PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial	62
2 HISTÓRICO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	84
2.1 Surgimento do Programa Saúde da Família (PSF)	84
2.2 O Programa Saúde da Família (PSF,) segundo o Ministério da Saúde (MS)	89
2.3 As diferentes perspectivas: vantagens e limites do PSF	107
3 O MUNICÍPIO DE ARARAQUARA E O SISTEMA DE SAÚDE	123
3.1 Perfil do município de Araraquara	123
3.1.1 Localização	124
3.1.2 População	126
3.1.3 Território: densidade demográfica, habitação, grau de urbanização e infraestrutura	132
3.1.4 Educação: alfabetismo, analfabetismo, número de matrículas, média de anos de estudo	140
3.1.5 Condições de vida: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	147
3.1.6 Economia	148
3.2 O Sistema de Saúde no município de Araraquara	150
4 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA	161
4.1 Alguns indicadores de saúde do município de Araraquara e a atuação do PSF	183
5 AVALIAÇÃO DO PSF DE ARARAQUARA, NA PERSPECTIVA DOS COORDENADORES DO PROGRAMA E DA SMS	202
5.1 Análise das entrevistas	203
CONSIDERAÇÕES FINAIS	225
ANEXO 1	234
ANEXO 2	259
ANEXO 3	261
ANEXO 4	273
ANEXO 5	281
REFERÊNCIAS	283

INTRODUÇÃO

Propusemo-nos, para esta pesquisa, focar a política nacional de saúde pública a partir da década de 70. Realizamos uma análise sobre o processo de descentralização, que se inicia na década de 80; elucidamos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, finalmente, dedicamos nossa atenção à proposta de inversão do modelo assistencial de saúde, sugerida pelo Ministério, na década de 90, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), no contexto da Reforma do Estado.

O processo de descentralização da política nacional de saúde foi estudado através da contextualização histórica e da revisão bibliográfica, permitindo-nos identificar os avanços e as dificuldades que ainda se depara.

O tema da descentralização surgiu no Brasil a partir da década de 80, no contexto de redemocratização, quando vigorava, desde o fim da década anterior, um amplo debate questionador do modelo de saúde brasileiro: centralizado, privatizante, de baixa qualidade, focado no desenvolvimento da medicina previdenciária, realizada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que oferecia atendimento médico apenas aos contribuintes. O debate tinha como temas a democratização do acesso à saúde, a universalização, a descentralização e maior participação da população neste setor.

O questionamento realizado pelos profissionais de saúde e nos meios acadêmicos, o papel relevante do Movimento Sanitário e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou também com a participação popular, sugeriram reformas no sistema de saúde, acarretando a Reforma Sanitária. Assim, a década de 80 foi marcada por muitas mudanças, entre elas a elaboração da Constituição de 1988, que definiu a saúde como direito social assegurado pelo acesso universal e igualitário e afirmou a descentralização político-administrativa como um dos pilares da nova política nacional. Acrescenta-se a isso, a unificação do sistema de saúde através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tencionou-se, neste estudo, compreender o SUS através de seus princípios e de sua regulamentação. Buscamos entender as modificações trazidas com as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), com destaque para a NOB 01/96, através da qual o Ministério da Saúde (MS), na crítica ao modelo curativo

presente no SUS, criou um conjunto de instrumentos indutores de um novo modelo de saúde, entre eles estão o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

Na década de 90, a Reforma do Estado brasileiro atingiu fortemente a política de saúde. Isso incentivou a redução do papel do Estado na prestação de serviços de saúde; a privatização; a municipalização; a reforma administrativa, buscando eficiência nos resultados; o controle da oferta de serviços públicos em função dos custos; a centralidade da atenção primária, resultando também no surgimento de programas como o PACS e o PSF.

O **objetivo geral** desta dissertação é fornecer parâmetros para uma compreensão do Programa Saúde da Família (PSF), esclarecendo seu funcionamento, seus objetivos, suas propostas, concepções e diretrizes.

O PSF foi criado em 1994 pelo MS que o considera como porta de entrada do sistema público de saúde. Surgiu no contexto da Reforma do Estado, quando a saúde pública foi fortemente atingida, buscando a redução do papel do MS, a racionalização econômica e o enfoque na atenção primária.

Segundo o MS, O PSF representa uma estratégia estruturante do processo de reorganização da atenção à saúde nos municípios brasileiros. Sua implantação significa substituir as antigas práticas, baseadas na valorização do hospital e voltadas para a doença, por novos princípios, focados na promoção da saúde e na participação da comunidade.

Este programa reafirma os princípios do SUS, porém, surge como proposta de mudança do modelo assistencial vigente, visando a uma integração das ações curativas e preventivas, a uma nova organização do trabalho por meio da Equipe de Saúde da Família (ESF) e da inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e principalmente, ao debate da importância de um novo olhar sobre a saúde, abordando o indivíduo em seu contexto familiar, social, econômico e cultural.

Neste trabalho, analisa-se o PSF, primeiro a partir das propostas e princípios formulados pelo MS e, posteriormente, através da revisão bibliográfica, que permite-nos discorrer e refletir sobre suas vantagens e limitações.

Deve-se ressaltar que o enfoque deste estudo recai sobre o PSF e não sobre o PACS – programa considerado de transição para o PSF –, porque este encontra-se consideravelmente

atrelado às tradicionais Unidades Básicas de Saúde (UBSs), enquanto aquele trabalha com sua própria Unidade de Saúde da Família.

Como **objetivo específico**, baseando-se num estudo de caso, esta pesquisa observa a contribuição do PSF para o sistema municipal de saúde público do município de Araraquara, no período de 2000 a 2005¹.

Para realização dessa pesquisa, a base metodológica se estruturou na revisão bibliográfica, na coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos e na realização de treze entrevistas com as enfermeiras e coordenadoras do PSF, além dos membros da SMS. Destacam-se também, como fontes de esclarecimentos, documentos, portarias e normas abrangendo o SUS e o PSF.

A partir da revisão bibliográfica, contextualizou-se historicamente a saúde pública desde a década de 70, compreendendo o processo da descentralização e o aparecimento dos princípios e diretrizes do SUS e do PSF.

Os dados utilizados nesta pesquisa foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no Datasus. O levantamento foi realizado por meio de consultas aos sites que disponibilizam as informações necessárias.

A análise da contribuição do PSF para o sistema público de saúde de Araraquara foi obtida através da apresentação e análise dos dados sociais² e de saúde gerais do município e de alguns indicadores referentes à área de abrangência do programa, obtidos no SIAB, tais como: cobertura populacional, número de pessoas e famílias cadastradas pelo programa, número de pessoas que possuem plano de saúde, número de crianças de 7 a 14 anos na escola, número de adultos com 15 anos e os anos de estudo, algumas doenças e deficiências cadastradas na população abrangida pelo programa, número total de consultas e de atendimentos realizados pelas USFs, número de gestantes cadastradas e acompanhadas, número de gestantes com menos de 20 anos e o número de diabéticos e hipertensos. Acrescentam-se à análise dados como: o número

¹ Em alguns indicadores foram inclusos os dados do ano de 2006, quando disponíveis e quando contribuem para a análise.

² Os dados sociais, organizados neste trabalho, referem-se, principalmente, aos dados educacionais e mortalidade infantil. No entanto, deve-se ressaltar que os dados de saúde e sociais estão atrelados, já que os indicadores de saúde não estão desprendidos dos sociais.

de internações hospitalares, a taxa de mortalidade infantil e das doenças com maiores incidências de hospitalizações, referentes ao município e à área de abrangência do PSF.

Quando observados os dados do SIAB, notou-se resultados razoáveis na população coberta pelo PSF. Por outro lado, procuramos verificar, por meio das entrevistas realizadas, se há contribuição do PSF para o sistema municipal de Araraquara. Foram analisadas as entrevistas com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com as enfermeiras coordenadoras das Unidades de Saúde da Família, observando pontos de concordância, assim como opiniões divergentes, destes dois grupos, em relação a determinadas questões. Observamos também as avaliações dos entrevistados acerca dos dados, inclusos neste trabalho, obtidos no Sistema de Informação Básica, como número de internações, taxa de mortalidade infantil, cobertura populacional e número de diabéticos e hipertensos.

É necessário ressaltar que a revisão bibliográfica esclareceu a relevância do programa no debate acadêmico sobre a necessidade de mudança no modelo de saúde vigente e a ampliação das práticas preventivas no sistema brasileiro, justificando a escolha do objeto desta pesquisa, que se destaca devido à expansão no número de implantações do PSF que ocorre nitidamente no Brasil.

De acordo com estudo realizado pela Universidade Federal da Bahia (2002), observou-se uma grande expansão numérica da estratégia de saúde da família, especialmente a partir de 1998, com ampliação quantitativa e geográfica da cobertura, devido ao aumento do número de implantações em estados, municípios e regiões. Além de se constatar a consolidação do programa pelo fortalecimento dos mecanismos de sustentabilidade financeira.

Segundo os dados apresentados neste estudo, no Brasil, até 1998, 1.134 municípios haviam implantado o PSF. Em 1999 foi implantado em 621 municípios, em 2000, o número foi de 1.171 e, em 2001, de 976 municípios. Isso resultou em um crescimento de 20,6% dos municípios em 1998 para 70,2% em 2001. Como demonstrado, até 2001, 3.902 municípios tinham o programa em vigência.

Quanto ao porte populacional dos municípios, “[...] já no ano de 1998, o Programa foi implantado em quase metade dos municípios com 100.000 ou mais habitantes e em aproximadamente 60% dos municípios com 500.000 ou mais” (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2002, p.15). Esse dado justifica a escolha do município de Araraquara que está inserido no conjunto de municípios que passavam pelo processo de expansão de implantação do

PSF – já apresentando, de acordo com o censo de 2000, uma população residente de 182.471 habitantes.

De acordo com a Universidade Federal da Bahia:

A implantação do PSF também foi bastante expressiva em municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema de saúde (NOB 1/96), alcançando 83,7% desses municípios em 2001, ressaltando-se que este conjunto representa apenas cerca de 10% dos municípios brasileiros. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2002, p.25)

Ainda em relação à justificativa da escolha do município aqui estudado, deve-se destacar que o município encontra-se, desde 1998, habilitado em gestão plena do sistema, ou seja, Araraquara esteve, em 2001, entre os municípios onde a implantação do PSF foi bastante expressiva. De acordo com o estudo mencionado acima, em 2001, apenas 10% dos municípios brasileiros que estavam habilitados nesta gestão, e Araraquara incluía-se nesta porcentagem.

O município de Araraquara habilitou-se na gestão plena do sistema em 15 de junho de 1998, passando a ser, de fato, o gestor do sistema e responsável pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e pelas exigências de intervenções saneadoras em seu território, conforme a Norma Operacional Básica 01/96.

Acrescenta-se, a nossa justificativa, a crescente expansão do Programa Saúde:

De acordo com dados da Secretaria de Saúde, em 2000, a cidade contava com 4 UFSs (Unidades de Saúde da Família), que abrangiam os bairros do Vale do Sol, Hortências e ainda os Assentamentos Bela Vista e Bueno de Andrade. Essas USFs possuíam 5 equipes no total. Já em 2004, o governo municipal investiu em mais 4 unidades físicas, além da implantação de outras 7 equipes. Os bairros abrangidos dessa vez foram Pinheiros, Marivan, Ieda e Maria Luiza. Vale lembrar que todas essas obras são provenientes do Orçamento Participativo. Para 2006, novos investimentos nesse setor estão sendo programados, como implantação de USF no bairro Jardim Brasil e Assentamento Monte Alegre. Segundo a secretaria de saúde, o valor da obra e equipamentos de cada USF gira em torno de R\$ 400mil (ATENDIMENTO..., 2006).

Outro aspecto relevante do PSF de Araraquara é a sua continuidade, mesmo com as alterações de mandato na administração política da cidade. O programa foi implantado no município, em fevereiro de 2000, pelo então Secretário Municipal de Saúde, Dr. Anuar M. Lauer, durante o governo do prefeito Waldemar De Santi, cujo mandato correspondeu ao período de

1997 a 2000. Em 2001 até os dias atuais, Edson Antonio da Silva assume o cargo, dando prosseguimento e expandindo o programa. Esta característica deve ser destacada, pois uma das dificuldades do PSF, em geral, é a sua descontinuidade ou até mesmo o seu desaparecimento quando ocorrem mudanças de mandato nas administrações políticas municipais, fato que não foi verificado no município estudado.

Esta dissertação se divide em cinco seções e as considerações finais.

A primeira seção denominada **O Sistema de Saúde Brasileiro e o Processo de Descentralização**, apresenta a evolução do Sistema de Saúde brasileiro a partir da década de 70, por meio da análise do processo de descentralização e municipalização do setor. Contextualizou-se a descentralização, até período mais recente, incluindo a criação do PSF e do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e o processo de expansão do primeiro. Explicita-se a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), além da discussão sobre as vantagens e os limites do processo de descentralização.

A próxima seção, intitulada **Um histórico do Programa Saúde da Família (PSF)**, analisa a criação do Programa, de acordo com os documentos do MS. Nela, esclarece-se como ocorre o processo de implantação do PSF nos municípios, compreendendo o seu funcionamento, seus princípios e objetivos, além da formação e do papel da equipe de Saúde da Família (ESF). Esta seção apresenta alguns dados sobre a expansão do programa no Brasil, a partir de informações obtidas através do Ministério da Saúde, e uma discussão bibliográfica que aponta as divergentes perspectivas a respeito do PSF, enfatizando seus limites e avanços.

Na terceira seção, **O município de Araraquara e o Sistema Público de Saúde**, expõe-se dados municipais, realizando, assim, um levantamento dos principais indicadores de Araraquara. Os dados foram analisados em comparação com a sua região de governo e com o estado de São Paulo. Explicitou-se a estrutura do sistema público de saúde do município, com o objetivo de situar o PSF.

Na seção seguinte, denominada **O Programa Saúde da Família em Araraquara**, observam-se o processo de implantação do PSF do município em foco e alguns indicadores referentes à sua área de abrangência. Com o propósito de averiguar a atuação e contribuição do PSF no sistema de saúde municipal, constam também alguns indicadores de saúde do município de Araraquara.

Quanto à taxa de mortalidade infantil, verificou-se queda significativa na área de abrangência do PSF, demonstrando contribuição do programa no que tange à melhora desse indicador.

Em relação à taxa de natalidade na área abrangida pelo programa, notou-se que o número de nascidos vivos e nascidos vivos pesados são muito próximos, fato proporcionado pelo trabalho de acompanhamento dos profissionais do PSF aos grupos de recém-nascidos e de gestantes. No entanto, quanto ao número de nascidos vivos com baixo peso, percebeu-se que na população, inserida no PSF, não houve tendência decrescente regular desse número, não nos permitindo afirmar a contribuição do programa nesse aspecto.

No que se refere ao número de internações em regime público no município, observou-se que a partir do ano de 2003 houve queda significativa. Com o objetivo de apurar a contribuição do PSF nessa redução, expôs-se o número de hospitalizações necessárias por parte da população coberta pelo programa, constatando que não houve queda regular neste. Assim, não foi possível inferir a possibilidade do PSF ser uma das variáveis que contribuem para a redução do número de internações municipais. Entretanto, cabe mencionar, como será visto na seção seguinte, que os entrevistados afirmam a responsabilidade do PSF nessa diminuição e, conseqüentemente, na melhora desse indicador.

Ainda no campo dos indicadores de saúde de Araraquara, fez-se um levantamento das doenças e causas mais freqüentes de internações ocorridas. Pôde-se constatar que são as causas mais habituais de hospitalizações: a gravidez, o parto e puerpério; as doenças do aparelho circulatório; as lesões, os envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas e as doenças do aparelho respiratório. Partindo da idéia que hipertensão e diabetes são fatores de risco ligados às doenças do aparelho circulatório, e que estas causam elevado número de internações e óbitos no município, os dados do PSF, relacionados ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos, foram também abordados.

E, na última seção, **Avaliação do PSF de Araraquara, na perspectiva dos coordenadores do programa e da Secretaria Municipal de Saúde**, foram realizadas entrevistas com os coordenadores do programa e gestores da SMS. Foram questionados sobre: o objetivo da implantação do programa; as mudanças e avanços que este trouxe para o sistema municipal de saúde; a possibilidade de ser um dos responsáveis pela melhoria dos indicadores sociais e de saúde de Araraquara; as vantagens e desvantagens da Unidade de Saúde da Família; a interação

desta com as Unidades Básicas de Saúde (UBSs); o destaque do programa devido à prática da prevenção; a mudança do modelo de saúde curativo; a sua contribuição nos grupos de risco de diabéticos e hipertensos e na queda da taxa de mortalidade infantil do município; a avaliação do programa pela população beneficiada; as suas ações relacionadas com o alcoolismo e a gravidez na adolescência e, as mudanças ocorridas com a implantação do PSF.

Observadas as respostas, notou-se que os entrevistados concordaram que o programa foi responsável pela retomada e rediscussão da atenção primária e do conceito de saúde na SMS. A maioria mencionou a contribuição do programa na queda do número das internações e complicações na população araraquarense e na retomada das discussões sobre a relevância da prática preventiva, posta de lado, devido à grande demanda, nas UBSs.

Por fim, nas **Considerações Finais**, são explicitadas as conclusões obtidas após a análise dos dados e das diferentes percepções dos entrevistados, compreendendo a contribuição do PSF de Araraquara para o sistema público de saúde municipal. Concluiu-se que, até o momento atual, o PSF não realizou mudanças estruturais no modelo de saúde vigente em Araraquara. A sua significativa contribuição está relacionada à retomada da atenção primária e à rediscussão a respeito de um conceito mais amplo de saúde na SMS. Este estudo permite também sugerir que a atuação do PSF se restringe em **complementar** a assistência pública à saúde do município, sendo este o papel do programa de Araraquara, no período analisado. Ampliando a análise, é possível levantar a presunção de que municípios que apresentam uma rede assistencial de saúde estruturada, com um número razoável de Unidades de Saúde tradicionais, apresentam dificuldades de uma mudança maior no modelo de saúde vigente.

1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

1.1 A evolução da política de saúde pública no Brasil

Visa-se, nesta seção, apresentar uma contextualização histórica do sistema de saúde brasileiro, a partir da década de 70, e compreender os processos de descentralização e municipalização deste setor. Como objetivo principal, a partir da revisão acerca da literatura do assunto, tencionamos elucidar os avanços e as limitações destes processos para o sistema nacional de saúde, apontando diversas perspectivas, adotadas por autores que se dedicaram de forma variada ao tema em questão.

O país se esforçou, intensamente, pela descentralização na década de 80. Após a promulgação da Constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito social e, acrescido a essa nova perspectiva, propôs-se a descentralização como um importante princípio do novo desenho do sistema de saúde, que aos poucos se consolidava. Neste momento se verificou a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por volta dos anos 90, período contextualizado pela Reforma do Estado, marcou-se, acerca do processo de descentralização, a transferência de atribuições federais de execução à esfera dos municípios e estados, enfatizando o papel dos municípios. É o que se denominou municipalização.

Para que essas mudanças sejam compreendidas, realizamos um levantamento histórico do processo de descentralização da política de saúde, no período que corresponde à década de 70 até os dias atuais, tornando explícitos os instrumentos que auxiliaram tal processo e as inovações que contribuíram às referidas mudanças.

Durante a década de 60 e o início da década de 70, período de vigência do regime militar brasileiro (1964-1985), as relações intergovernamentais do Estado brasileiro, segundo Arretche (2000), eram na prática muito próximas às formas que caracterizam um Estado unitário que às formas que caracterizam as federações. Marcou-se como um período em que governadores e prefeitos eram destituídos de autonomia política – sendo selecionados por eleições indiretas, mediante indicação da cúpula militar – e em que a centralização financeira concentrou os principais tributos nas mãos do governo federal. A natureza dessas relações intergovernamentais fazia do poder político, no plano local, uma delegação do governo central, fonte exclusiva da autoridade política.

Essa centralização fazia com que estados e municípios fossem apenas agentes da execução local de políticas centralmente formuladas, sendo compatíveis com o formato institucional do Estado vigente durante a ditadura militar.

De acordo com Polignano (2005), a repressão militar seria incapaz de justificar por um longo tempo um governo ditatorial. Diante desse quadro, o regime instituído procurou atuar através da formulação de algumas políticas sociais na busca de uma legitimação do governo perante a população.

Dentro do objetivo proposto, o de buscar apoio e sustentação social, o governo expandiu o sistema previdenciário. Visto que os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's)³ eram limitados a determinadas categorias profissionais mais mobilizadas e organizadas político e economicamente, o governo militar procurou garantir os benefícios da previdência social para

³ Ao longo dos anos 30, o presidente Getúlio Vargas criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional. Nesses institutos, os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários). Nesse sistema, era descontado uma fração do salário dos trabalhadores, para que tivessem direito às assistências médica e hospitalar, à aposentadoria e a pensões.

Getúlio Vargas criara um regime de capitalização, algo parecido com uma poupança forçada, muito importante para o desenvolvimento econômico do país, pois os recursos dos IAP's foram aplicados pelo governo no financiamento da industrialização. Funcionava como um seguro, o trabalhador que pagava tinha direito aos seus benefícios. Na realidade, segundo Polignano (2005) os IAP's constituíram importantes feudos políticos e eleitorais.

Até o final dos anos 50, a assistência médica previdenciária, de acordo com Polignano (2005), não era tão importante. Os técnicos do setor a consideravam secundária no sistema previdenciário brasileiro e os segurados não a incluíam em suas reivindicações. É a partir da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização e o assalariamento de parcela crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico para prestar atendimentos aos previdenciários.

todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes, entre eles o benefício da assistência médica.

O processo de unificação dos IAP's se efetivou em 2 de janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)⁴, vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, propiciando a unificação dos benefícios. Todo trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema.

Com a unificação do sistema previdenciário, o governo militar incorporou benefícios já instituídos como o da assistência média, que já era oferecido pelos vários IAP's. No entanto, ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e, conseqüentemente, de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. O governo militar, para atender a necessidade de ampliação do sistema, optou por direcionar os recursos públicos para a iniciativa privada. Foram estabelecidos convênios e contratos com os médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos, o que propiciou a estes grupos acúmulo de capital, aumentando o consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando o que Polignano (2005) chamou de “sistema médico industrial”.

Esse sistema se tornou mais complexo, tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro, acarretando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), em 1977.

Nesse contexto do final da década de 70, a política de saúde brasileira apresentava uma gestão centralizadora das ações e serviços de saúde, sendo executada supondo os programas verticais do Ministério da Saúde (MS) e a centralização administrativa no INAMPS. Esse instituto tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O atendimento aos desempregados e indigentes era de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e dos serviços públicos federais. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada. Os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde.

O Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social era o órgão encarregado de gerir a faceta seguro-saúde no sistema previdenciário brasileiro, apoiado na rede hospitalar e ambulatorial. Nessa rede, o acesso aos serviços supunha o vínculo contributivo, não

⁴ O INPS é o atual Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

estabelecendo a saúde como direito social e universal. Acrescenta-se a criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, que reforçava a responsabilidade e competência do INAMPS na área de atenção médica, assegurando a atuação da Previdência.

O INAMPS, responsável pelo atendimento de todos os trabalhadores brasileiros, gerava grandes recursos financeiros que, ao invés de serem investidos num atendimento de qualidade, financiavam a construção de hospitais privados, que depois de prontos se descredenciavam do Instituto. De acordo com Freitas (2000), em razão do critério do pagamento desses serviços, que consistia no pagamento por ato realizado, foi criado um quadro de fraudes, corrupção e perversidade no sistema de saúde. Realizavam-se procedimentos mais lucrativos e, muitas vezes, não necessários, não investindo em ações de prevenção de doenças. A prática preventiva foi deixada de lado, permitindo a volta de doenças antigas, como a malária e a febre amarela, não conseguindo diminuir o avanço de doenças novas como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Conforme argumentação de Freitas (2000), o Estado apoiava e incentivava os investimentos privados sem se atentar ao funcionamento do serviço público. Hospitais e centros de saúde ficaram desprestigiados e começaram a se deteriorar, dando espaço à proliferação de hospitais privados e empresas de seguro saúde. O que interessava era o cidadão doente, que sem alternativa de acesso a um sistema de qualidade, pagava pelo atendimento, fortalecendo, assim, o sistema privado sem o devido usufruto de seus próprios benefícios. Aos que não podiam pagar, restava um atendimento precário e desumano, fazendo muitas pessoas perderem suas vidas numa longa espera por consultas e internações.

A política de saúde brasileira se encontrava, além de centralizada, voltada para a prática médica curativa e para a expansão dos serviços médicos privados, implementando um modelo médico-assistencial privatista. O Estado era o financiador desse modelo por intermédio da Previdência Social e o setor privado nacional assistencial o seu prestador. De acordo com Minayo (2001, p. 29), vem desse momento histórico a consolidação do “modelo hospitalocêntrico”, que até hoje domina o mercado da saúde, assim como povoa o imaginário da população brasileira

como sendo o ideal para o tratamento da saúde. Tal modelo se baseava mais nas doenças e na clínica do que na prevenção e promoção⁵ da saúde.

O Brasil desenvolvia uma política “dual e seletiva” dos serviços de saúde. De um lado, havia o Ministério, as secretarias e os órgãos que desenvolviam ações de saúde pública, isto é, serviços de natureza preventiva, entre eles os atendimentos médicos, oferecidos à população, particularmente àquela parcela não contribuinte da previdência. A atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças – por exemplo, realização da vacinação –, realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças. Servia àqueles que não tinham acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. (ARRETICHE, 2000, p. 198) Por outro lado, havia o sistema de seguro-saúde do INAMPS, que prestava serviços de atenção médica a seus segurados, ou seja, aos contribuintes da Previdência Social.

A massificação dos serviços de saúde não se deu através da ampliação da estrutura e dos serviços públicos, mas fez-se a partir do fortalecimento de seu pólo seguro-saúde de base contributiva, assentado na medicina curativa e na oferta de serviços hospitalares privados. Órgãos e unidades públicos de saúde prestavam serviços, mas predominavam as atuações do setor privado conveniado, que chegava a responder, segundo Arretche (2000), por 70% da oferta de serviços e atos médicos no país. O INAMPS concentrava a formulação de ações de saúde.

Na época que compreende os anos de 1970 e o início da década de 80, com a lenta e gradual abertura política (1974-1985) e o término do período de expansão econômica, houve um questionamento das políticas sociais, inclusive a política de saúde. O modelo médico-assistencial privatista vigente recebeu críticas de setores acadêmicos e não-acadêmicos.

Esse questionamento se baseou na crítica ao desenvolvimento da medicina previdenciária, realizada pelo Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que, além

⁵ Buss (2000) mostra as diversas concepções a respeito da promoção da saúde, agrupando-as em dois grupos. No primeiro grupo, “a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram”. Já no segundo, que corresponde à concepção mais moderna, a promoção da saúde é “a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde.” (BUSS, 2000, p. 166, 167). Aqui, a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo padrão adequado de alimentação, nutrição, habitação, saneamento e boas condições de trabalho.

de enfatizar ações curativas em detrimento da prevenção, reforçava um modelo assistencial de ações desordenadas de saúde.

Nos anos seguintes, as críticas à centralização das ações no e pelo INAMPS, e aos esforços de unificação das ações entre os níveis de governo e entre as ações do MS e do INAMPS foram frequentes.

No contexto da redemocratização, na década de 80, as críticas ao modelo de saúde e o debate a respeito da democratização do acesso aos serviços de saúde se intensificaram, inserindo os temas da descentralização e da universalização da assistência médica na agenda governamental.

No momento de transição à democracia, surgiu um processo de reformulação da política de saúde, culminado com a proposta da Reforma Sanitária. Esse processo, iniciado em meados dos anos 70, teve o Movimento Sanitário⁶ como liderança intelectual e política.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico, no começo da década de 70, como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época – o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), atual Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). De acordo com Soares e Mota (2006), tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, provenientes também do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que exerceu um papel de destaque na oposição ao regime militar.

O Movimento Sanitário⁷ assumiu um importante papel na defesa de uma reforma que efetivamente oferecesse melhores condições de saúde à maioria da população. Suas propostas sugeriram mudanças no modelo de atenção, através da incorporação da medicina preventiva e

⁶ Segundo Arouca (2003), surgiram também outras denominações, como movimento da reforma sanitária.

⁷ De acordo com Figueiredo (2001), o movimento sanitário surgiu nos anos 70, reunindo profissionais, intelectuais e lideranças políticas, e representava um dos focos de oposição ao regime militar. Com o início da Nova República, esse movimento alcançou articulação com o governo civil, conseguindo inserir suas propostas em planos oficiais, como o Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República, considerando a saúde como direito inerente à cidadania e dever do Estado e propondo a expansão do sistema de saúde de forma descentralizada. Nesse momento, o movimento sanitário conseguiu indicar representantes para cargos nos ministérios da Saúde e da Previdência Social. A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, foi o marco para a legitimação das propostas do movimento sanitário em torno do Sistema Único de Saúde. Dela participaram setores organizados da sociedade civil, que, pela primeira vez, tiveram presença efetiva nesse foro, até então restrito às cúpulas técnicas da saúde pública. Ver : FIGUEIREDO (2001, p. 13)

pela universalização do acesso, em contraposição ao modelo vigente na época, representado pela estrutura do INAMPS, que prestava assistência médica somente aos contribuintes.

Segundo Soares e Mota (2006), o Movimento Sanitário começou a denunciar os efeitos do modelo econômico na saúde da população, em defesa da Reforma Sanitária, caracterizando-se como um processo político de conquistas sociais em busca da saúde da população e da construção de um novo Sistema Nacional de Saúde.

Freitas (2000), atribui, ao movimento, a denúncia da situação de incentivo aos interesses privados e descaso com a população e, a elaboração, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, do projeto de reforma sanitária brasileira, posteriormente, encaminhado à Assembléia Nacional Constituinte:

Influenciada pela Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata (1978), essa reforma pregava a mudança no conceito de saúde e priorização da prevenção, mudando o modelo assistencial vigente. Essa conferência teve como meta “Saúde para todos no ano 2000”, e especificou os componentes centrais do conceito de assistência primária à saúde, como educação em saúde, através do saneamento ambiental, programas de saúde da mulher e da criança, prevenção das doenças endêmicas, promoção de adequada nutrição. Assim, ‘saúde não é conseguida apenas com assistência médica, mas principalmente, pelo acesso das pessoas ao emprego, à educação, a boas condições de transporte e moradia à alimentação adequada, cultura, lazer, além de, evidentemente, recebimento a um sistema de saúde digno e de qualidade. (FREITAS, 2000, p. 414).

Além do Movimento Sanitário, segundo Santoro (2003), também surgiram, como alternativa para um sistema de saúde público descentralizado, experiências municipalistas bem-sucedidas e viáveis para o país.

Devido às críticas e ao questionamento, profundas transformações no sistema de saúde brasileiro caracterizaram o período que compreende a década de 80. Foi o início do processo de descentralização, institucionalizado a partir da Constituição de 1988, e da garantia da saúde como um direito universal. Para compreendermos melhor, é necessário apontarmos algumas das mudanças e inovações ocorridas nesse momento.

A crise econômico-financeira da Previdência Social, em 1979, acelerou o processo de reforma do setor de saúde, buscando o corte de gastos. Em 1982, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que tinha como principal missão, segundo Geraci (2002), o estabelecimento de regras gerais de funcionamento para que o

sistema de saúde fosse mais racional no uso de recursos e mais efetivo na cobertura populacional. O CONASP ficou marcado por suas medidas racionalizadoras nas áreas ambulatorial e hospitalar, entre as quais se destacou a criação das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs).

Em 1984, institucionalizou-se o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), cujo objetivo era organizar os repasses dos recursos do INAMPS para estados e municípios, principalmente por meio de convênios. Houve um esforço na tentativa de homogeneizar as condições de oferta e serviços de saúde, em nível regional e local, promovendo o desenvolvimento dos sistemas estaduais e municipais. As AIS, além de possuírem como um de seus principais objetivos a promoção e reorganização do setor saúde por meio da regionalização/hierarquização das ações e serviços, permitiram a criação de condições de acompanhamento dos resultados por parte dos usuários, na busca pelo avanço de um processo integrado de planejamento, programação, acompanhamento da rede de saúde e que reforçasse os mecanismos gerenciais locais.

De acordo com Silva (2001), as AISs representam um reforço à descentralização, ao propiciar a assinatura de convênios entre a União, estados e municípios, direcionando-se ao desenvolvimento de ações de saúde pública e assistência médica. Esse período, segundo o autor, caracterizou-se pela multiplicação de experiências bem-sucedidas de implementação de políticas de saúde municipais, bem como pela intermediação clientelista⁸ de políticos situacionistas da bancada federal na expansão dos convênios/AIS, em virtude da expressiva quantia de recursos envolvidos. Ressalta-se que os estados e municípios eram remunerados pelo governo federal com base nos serviços prestados na área da atenção médica. No entanto, para o autor, tal aporte adicional de recursos públicos aos municípios não alterava a centralização presente nessa política.

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde que reuniu mais de quatro mil pessoas, com representantes de quase todas as entidades públicas do setor saúde. Considerou-se um evento de grande envergadura, do qual esteve excluído apenas o setor médico privado que, de modo organizado, recusou-se a participar.

A principal conquista dessa conferência foi a elaboração de um projeto de Reforma Sanitária que defendia a criação de um Sistema Único de Saúde, regido por políticas governamentais centralizadas, desvinculadas da Previdência Social, que controlassem o gerenciamento da prestação de serviços. Assim, seria privilegiado o setor público e

⁸ Para o conceito de clientelismo, ver: CARVALHO (1997)

universalizado o atendimento. Outro destaque desse projeto é a conceitualização ampla de saúde, a partir dos seguintes fatores condicionantes: o social, o econômico e o político.

Nesse encontro, materializou-se a doutrina do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios estabelecidos foram: descentralização, integração, regionalização, hierarquização e universalização dos serviços. Desenvolveu-se um documento, delimitando-se as competências de cada nível de governo.

Após o término da conferência foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, formada por parlamentares, representantes de entidades sindicais de trabalhadores e empregadores, órgãos de classe dos profissionais de saúde, partidos políticos, instituições públicas envolvidas com a área da saúde e entidades representativas da sociedade civil. Coube a presidência da referida comissão ao médico Antônio Sérgio da Silva Arouca, na época presidente da Fiocruz. O relatório elaborado pela comissão foi aprovado pelo então ministro da Saúde Carlos Santanna, em novembro de 1985.

A comissão tinha como objetivo principal averiguar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde, sugerindo opções para a nova estrutura organizacional do sistema. Por ser responsável pelo afloramento das discussões, elaborou um projeto de lei que seria debatido na Constituinte de 1988.

Segundo Minayo (2001, p. 42), é possível ainda salientar, nesse período, o surgimento de muitas propostas que enfatizavam os espaços microssociais – com toda a sua complexidade e interdependência em relação às esferas de maior escala – como “locus” privilegiado de realização da atenção de promoção, de prevenção e assistência aos agravos à saúde.

À continuidade dessas transformações, foi instituído e formalizado, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como um instrumento de descentralização operacional, administrativo e financeiro dos programas de saúde. Como argumenta Silva (2001), esse sistema foi concebido como “estratégia ponte” preparatória para a adoção do SUS:

O SUDS desconcentrou recursos, delegando responsabilidades administrativas e transferindo serviços, assim como também descentralizou parcelas do processo decisório, possibilitando às secretarias estaduais de saúde interferência na formulação das políticas de saúde. Também ficou reduzido o poder de instâncias burocráticas centralizadas, entre as quais o Inamps, sendo extintas suas superintendências estaduais.

Essa autarquia [o Inamps], vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social [...] deixou de ser responsável pela prestação de serviços, transferida a

estados e municípios, para tornar-se controladora e cofinanciadora do sistema de saúde. (SILVA, 2001, p.64,65).

Com o SUDS a parcela de recursos do INAMPS à disposição das esferas locais aumentou consideravelmente. Esse sistema buscou a valorização do setor público na execução da política de saúde, a participação dos profissionais de saúde e da população na gestão e controle orçamentário. De acordo com Mendes (1998), a partir das AISs e com o SUDS, foi alargando-se a participação relativa dos entes estatais na prestação de serviços de saúde.

A implantação do SUDS reforçou o processo de descentralização dos serviços de saúde e o papel dos executivos estaduais na gestão das ações de saúde, fazendo com que as Secretarias Estaduais de Saúde assumissem as atividades de gestão do SUDS. De acordo com Arretche (2000, p.205):

Este foi, portanto, um período de reforço da função dos Estados na gestão do sistema. As Secretarias Estaduais de Saúde passaram a gerir a rede própria do INAMPS e parte da rede privada conveniada e, por este mecanismo, retirou-se do INAMPS grande parte dos recursos organizacionais que permitiam a centralização do poder decisório. Além disso, o próprio processo de municipalização, via estabelecimento de convênios e repasses para os municípios era realizado pelos Estados.

Nesse momento, segundo a autora, propôs-se que a descentralização da saúde compreendia uma hierarquização na oferta de serviços, pela qual as estruturas estaduais, municipais e comunitárias prestariam serviços de natureza local e regional. Uma nova distribuição de competências viria mais tarde, mas a noção de hierarquização e municipalização das ações já estava presente.

Silva (2001) ressalta que a delegação de responsabilidades aos estados não impedia a relação, de forma clientelista, entre os governos estaduais e os municípios. Nada impedia também que os governos estaduais retraíssem a destinação de recursos dos estados para a saúde quando recebiam os recursos federais transferidos por força dos convênios das AIS e do SUDS.

Diversos estados mantiveram práticas centralizadoras e clientelistas no seu relacionamento com os municípios. Além disso, nos anos de 1987, 1988 e 1989, os gastos estaduais em saúde caíram drasticamente, chegando a ter crescimento negativo em 1988, ou seja, a soma dos gastos estaduais foi inferior ao total dos

repasses federais, pois parte destes foram transferidos para outros setores do governo. (SILVA, 2001, p.68).

O autor considera que a “estadualização da saúde” foi nitidamente incompleta, pois a autonomia dos estados na gestão da assistência médico-hospitalar era ainda bastante limitada. Para exemplificar, os limites e os critérios para os gastos eram estabelecidos pelo governo federal. Assim, a descentralização da saúde, nesse momento, significou uma desconcentração de serviços do governo federal para os governos estaduais e, conseqüentemente, também para os governos municipais, embora para estes últimos muito timidamente.

No final da década de 80, foi promulgada a Constituição de 1988 através da qual a saúde passou a ser vista como direito social assegurado pelo acesso universal e igualitário, o que exigiu uma nova organização da ação estatal. A Constituição de 1988 buscou a consolidação de um novo desenho do sistema de saúde brasileiro e a reversão da baixa qualidade de gestão pública na área social, além de atribuir maior autonomia de gestão às autoridades públicas locais, sendo, então, um instrumento de fortalecimento à orientação descentralizadora do setor de saúde. A descentralização político-administrativa foi colocada como um dos pilares da nova política nacional deste setor, tal como o atendimento integral e a participação comunitária.

Mendes (1998) esclarece que o debate a respeito da descentralização no Brasil, como na América Latina, foi inserido num contexto abrangente dos processos de redemocratização, uma vez que os regimes autoritários se caracterizavam por serem centralizados, burocráticos, excludentes e portadores de intervenções sociais fragmentadas e descordenadas.

De acordo com Arretche (2000), podemos sintetizar que, ao longo dos anos 80, o Brasil recuperou as bases do Estado federativo, com a democratização, a retomada das eleições, a promulgação da Constituição de 1988, alterando as relações intergovernamentais, sendo os municípios e estados dotados de autonomia política e fiscal. A recuperação das bases federativas do Estado brasileiro teve impacto sobre o processo de descentralização das políticas sociais, pois estados e municípios passaram a assumir a gestão de políticas públicas sob a prerrogativa da adesão.

Para Geraci (2002), a descentralização setorial por meio do processo de redistribuição de capacidade decisória e de recursos entre as esferas de governo foi traduzida pela definição do município como o ente federativo ao qual foi atribuída a missão constitucional de prestar serviço de atendimento à saúde da população. À União e aos estados foi dada a função de cooperação

técnica e financeira. Assim, desde a década de 80, houve um crescimento do papel dos governos locais na provisão da atenção no setor saúde.

Nesse contexto, a Constituição de 1988, buscando a consolidação de um novo desenho do sistema de saúde brasileiro, propôs a unificação da ação pública através da definição do Sistema Único de Saúde, como instância única de gestão pública responsável pela provisão universal, gratuita e integral de ações e serviços de saúde.

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, com a finalidade de suprir as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando-se obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

O SUS foi visto como a melhor maneira de consolidar o ideário de saúde como um direito de todo cidadão do país e tinha como princípios: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a regionalização e hierarquização, a resolubilidade e a participação dos cidadãos. A Constituição definiu que este novo sistema deveria ser universal, público e com comando único em cada esfera de governo, tendo como princípio organizacional a descentralização, passando as ações de saúde a ser co-responsabilidade da União, estados e municípios. Havia como meta a construção e preservação da saúde e não apenas a cura da doença.

A Constituição de 1988 também estabeleceu as regras para a institucionalização desse novo modelo de saúde. Enfocou-se, além das necessidades de regulamentação, fiscalização e controle, que o setor privado deveria ter caráter complementar dentro do sistema público de saúde.

Nas palavras de Marta Arretche (2000, p.203, 204):

[...] a unificação dos órgãos públicos de saúde dos três níveis de governo, em um sistema nacional hierarquizado, bem como a decisão de que a atuação do setor privado seja complementar à cobertura ofertada pelo setor público, implicaram profundo redesenho dos mecanismos operacionais até então vigentes. Desde então, um conjunto – às vezes, errático – de leis, normas operacionais e portarias ministeriais vem regulamentando um longo processo – ainda em curso – de institucionalização de regras e procedimentos deste sistema integrado e hierarquizado de prestação de serviços.

O arcabouço jurídico-legal do SUS foi constituído na década de 90, quando o contexto do Estado brasileiro era de crise fiscal e política. Segundo Soares (2001), nesses anos, a política de saúde fora fortemente atingida pela Reforma do Estado, que buscava o ajustamento fiscal, a reforma da previdência, a substituição da administração burocrática por uma administração gerencial, reformas econômicas e a modernização da gestão. Acrescenta-se a isso que, a política do governo Collor impôs resistências à descentralização e à democratização.

Concomitantemente às dificuldades encontradas para a implementação do SUS, ocorria a desativação progressiva de equipamentos federais e estaduais de saúde, implicando no sucateamento do setor.

Como conseqüência, ocorreu um crescimento considerável do setor privado, que atendia as camadas médias e o operariado qualificado. Ao SUS coube incorporar os segmentos mais carentes, o que foi chamado de “universalização excludente”, pois não atendia as camadas mais privilegiadas. (MENDES apud SILVA, 2001, p. 72)

No ano de 1992, o Brasil passou por um retrocesso político e administrativo, que contou com a participação da população em denúncias e críticas, em demandas de avanços e mudanças. A área da saúde, entre outras, foi alvo de reivindicações, destacando-se novamente o Movimento Sanitário que reivindicou e pressionou a realização da IX Conferência Nacional de Saúde.

No período de 9 a 14 de agosto de 1992, realizou-se a IX Conferência Nacional de Saúde com ampla mobilização social, tendo como tema *A municipalização é o caminho*, reforçando a proposta descentralizante da Reforma Sanitária. Durante a Conferência, foi escrito um documento intitulado *Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*, exigindo a descentralização dos recursos e da gestão da saúde para estados e municípios e enfatizando a necessidade de concentração dos esforços no sentido da municipalização do setor.

A IX Conferência Nacional de Saúde, organizada a partir de conferências municipais e estaduais, com intensa participação social – representantes de usuários, associações, movimentos populares e sindicais, entre outros –, ocorreu praticamente às vésperas da votação do *impeachment* do presidente Fernando Collor de Melo, representando um importante ato político, seja de apoio ao movimento político pela substituição do governo, seja na luta pela reafirmação e reforço da defesa dos avanços e conquistas jurídicas, institucionais e práticas da reforma sanitária e da implantação do SUS.

Ainda no final de 1992, a queda de Collor trouxe expectativa de um novo momento de avanço democrático, de reformulação do aparelho estatal, de desenvolvimento econômico e social, inclusive na área da saúde. Um grupo técnico/político do Movimento Sanitário, comprometido com o movimento de municipalização, assumiu a gestão de saúde e posições de destaque (cargos) no Ministério da Saúde. Essa gestão definiu e assumiu a decisão política de continuar a luta pela efetiva implantação do SUS, que se expressou na Norma Operacional Básica (NOB- SUS 01/93), de maio de 1993, vista mais adiante. Essa NOB foi o referencial do processo de implantação do SUS desde aquele momento, tendo procurado sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e serviços.

No transcorrer da década de 90, também foi aprovada a regulamentação do SUS, com as já mencionadas Leis 8.080 e 8.142 e através das Normas Operacionais Básicas. A Lei 8.080/90 organiza a descentralização político-administrativa do SUS e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. A Lei 8.142/90, fruto da negociação ocorrida, na época, entre os envolvidos no processo da construção do SUS, normatiza a participação da comunidade na gestão do Sistema e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros nessa área. As Normas Operacionais serão detalhadas separadamente mais adiante.

1.2 Período mais recente da descentralização, a Reforma do Estado e a expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF)

A década de 90 é marcada por uma conjuntura de desmonte do Estado brasileiro e a conseqüente desresponsabilização do governo federal de suas atribuições no terreno social. É a chamada Reforma do Estado, que atinge as políticas sociais sensíveis às condições econômicas de restrição financeira. Para que possamos compreender como as reformas do setor da saúde se articularam com as reformas mais gerais experimentadas pelo Estado brasileiro e em qual contexto fora criado o Programa Saúde da Família, tornam-se indispensáveis esclarecimentos acerca desse contexto histórico.

Soares (2001) argumenta que as causas da Reforma estão na “Crise do Estado”, quanto o aspecto fiscal (financiamento e endividamento), a forma burocrática da administração e o esgotamento da “estratégia estatizante” de intervenção do Estado. Tornam-se inadiáveis o ajustamento fiscal, a reforma da previdência, as reformas econômicas, a reforma do Estado e a “modernização” da gestão. (SOARES, 2001, p.48)

Segundo Rizzotto e Conterno (2001), o governo buscava a redefinição das funções do Estado, sob o argumento de que este tinha se ampliado além da sua capacidade operativa e financeira e se desviado de suas funções básicas, o que teria contribuído para o agravamento das sucessivas crises econômicas, ocorridas nas duas últimas décadas. Sendo assim, conforme os propósitos do governo:

[...] haveria a necessidade de reformá-lo, reduzindo o seu tamanho e tornando-o ágil para desempenhar as funções que são de sua competência, ou seja: dar assistência mínima àqueles que se encontram excluídos do mercado, manter o direito de propriedade, responsabilizar-se pela segurança e exercer ação reguladora. (RIZZOTTO; CONTERNO, 2001, p.73).

De acordo com o “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado” (1995), utilizado por Rizzoto e Conterno (2001), era necessário a reconstrução e redefinição da administração pública em bases modernas e racionais, destacando e valorizando a descentralização e o controle dos resultados das ações e serviços do Estado.

Sobre esse documento, Soares (2001) argumenta contra a idéia de que a transferência para o setor privado daquelas atividades que poderiam ser controladas pelo mercado, deveria ser tida como alternativa para a correção das distorções do Estado.

Para o setor público da saúde, Rizzoto e Conterno (2001) mostram que, naquele momento, as diretrizes políticas do MS incorporaram os pressupostos do *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado* (1995), onde estava expressa a lógica da Reforma do Estado, assim como absorveram as sugestões e orientações que o Banco Mundial havia apresentado em documentos específicos para a reforma da saúde.

Segundo as autoras, algumas das sugestões do Banco Mundial eram propostas que, ao serem implementadas, mudariam significativamente o arcabouço jurídico e institucional do SUS. Eram elas: as propostas de flexibilização do SUS; redefinição do papel dos estados federados na gestão do sistema de saúde; controle da oferta de serviços públicos em função dos custos; adoção

de formas de co-pagamento; ênfase no controle de resultados; favorecimento à iniciativa privada; incentivo à concorrência na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, envolvendo indistintamente os setores público e privado e o papel regulador do Estado.

Para Rizzoto e Conterno (2001), muitas das propostas citadas, mesmo não em suas íntegras, já foram, em alguma medida, contempladas nas reformas promovidas no âmbito da saúde, pelos governos brasileiros, na década de 90.

As autoras elucidam que os representantes do MS, no governo Collor de Mello, partiam do pressuposto de que a falta de eficácia das ações de saúde teria origem na inadequada organização e gerência de serviços, na falta de capacidade de seus dirigentes, no desconhecimento e na falta de práticas coerentes. Ainda segundo as autoras, o que de fato interessava ao governo daquela época, detentor de recursos escassos, era um modelo gerencial para otimizá-los, munindo-se da gerência participativa por objetivos, para nortear a gestão, definindo metas e a quantificação de resultados.

Além disso, nota-se que o governo partia do princípio de que a descentralização permitiria maior controle da qualidade e dos custos dos serviços prestados, favorecendo também o controle social por meio do acesso direto dos usuários ao sistema de fiscalização e de Conselhos Municipais de Saúde. Pretendiam, com a reforma, implantar um processo decisivo e rápido de descentralização. No entanto, para Soares (2001), a descentralização da saúde assumida nesse período, apresenta face neoliberal, contrária aos princípios preconizados pela Constituição de 1988, descentralizando encargos sem a equivalente descentralização de recursos.

Esse contexto de reformas influenciou a política de saúde na medida em que foi atingida pela restrição financeira e pela escassez de recursos. Baseados nas propostas do MS, Rizzoto e Conterno (2001) explicitam que as reformas no setor da saúde pretendiam proporcionar o uso racional dos recursos disponíveis, com a racionalização do acesso ao atendimento hospitalar, evitando internações e exames desnecessários. Entretanto, as autoras explicam que, na verdade, a racionalização do acesso tem se efetivado por meio de algumas estratégias, como a redução de leitos disponíveis ao SUS na rede conveniada, a privatização de leitos na rede pública, o controle das Autorizações das Internações Hospitalares (AIHs) e até mesmo a cobrança irregular de complementação ou taxas extras.

Para o MS, a reforma da saúde, como esclarecem as autoras, tinha como características: a clara separação entre a demanda de serviços hospitalares e a oferta desses serviços de saúde; o

aprofundamento da descentralização e da municipalização e o aproveitamento das economias realizadas na assistência médica para sua utilização nas ações de medicina sanitária.

O MS também pretendia separar os níveis de assistência, sendo que os Distritos responsáveis pela atenção primária e secundária ficariam sob a responsabilidade do município, e os hospitais, que oferecem assistência terciária, de alto custo, ficariam sob a responsabilidade do nível estadual ou federal.

Os documentos do MS, relativos ao governo FHC, analisados por Rizzoto e Conterno (2001), já expressavam a política de redução do papel do Estado na oferta direta de serviços de saúde e a intenção de priorizar as suas ações na avaliação dos resultados.

As autoras demonstram que no governo FHC a participação do setor privado não seria apenas complementar. O setor público ficaria com a responsabilidade pela prestação de serviços de atenção primária à saúde e, a iniciativa privada, filantrópica, entidades sem fins lucrativos e hospitais públicos disputariam a prestação de serviços na atenção terciária que, em parte, seriam compradas pelo Estado, mas aos poucos, a atuação deste, tenderia a ficar restrita à formulação de políticas, à regulamentação e à avaliação dos sistemas, contribuindo com a oferta dos serviços que não são do interesse do mercado.

Em 1997, de acordo com Rizzoto e Conterno (2001), o Ministro da Saúde Carlos Albuquerque afirmou que a meta do MS seriam as ações básicas de saúde. Para o MS, o Estado poderia garantir a saúde por meio de regulamentação e fiscalização dos serviços prestados pela iniciativa privada. Para as autoras, a NOB-SUS 01/96, que veremos a seguir, contemplou esta lógica da Reforma do Estado, ao propor que estados e municípios superassem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumissem seus papéis de gestores.

Outro aspecto ressaltado pelas autoras é a centralidade que a atenção básica⁹ tem adquirido nas políticas, a partir de 1997, quando o governo definiu que as ações e metas

⁹ A Atenção Básica foi definida, em documento do MS, como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação.” (BRASIL, 1999, p.10). Souza frisa, ainda, “que essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.” (SOUZA, R.R., 2003, p.451,453).

prioritárias do MS deveriam seguir a lógica seletiva e focalizadora da atenção básica, articulada com o desenvolvimento da comunidade.

Rizzoto e Conterno (2001) consideram que, usando em seu discurso a crítica ao modelo médico hospitalocêntrico e defendendo a necessidade de “inversão do modelo”, o MS tem assumido, como política estratégica para a mudança do padrão assistencial, a implantação de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)¹⁰ e o Programa Saúde da Família (PSF), que explicitam a centralidade na atenção básica à saúde.

Na área da assistência, o pressuposto parece ser, de um lado, a implementação de programas de baixo custo que atinjam o maior número de pessoas, “focalizando a assistência aos mais pobres”, e de outro, o fortalecimento da expansão do setor privado para prestar assistência ao restante da população. (RIZZOTO; CONTERNO, 2001, p. 94).

Para Soares (2001), isso explica a ênfase local como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais eficientes e conforme às necessidades da população, reduzida hoje à comunidade. As pessoas e as famílias passam a se responsabilizar por suas saúdes, significando o abandono, por parte do Estado, do papel ativo que possui nas condições de vida da população.

Silva (2001) argumenta que o período mais recente da descentralização da saúde no Brasil se caracteriza pela expansão de dois programas mencionados acima, o PACS e o PSF, e que apresentam como objetivo introduzir mudanças no modelo assistencial hegemônico da saúde, apresentando novas propostas. Tais programas, como veremos na próxima seção, enfatizam a

¹⁰ De acordo com o Ministério da Saúde, o PACS, existente desde o início dos anos 90, foi instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). “O PACS, importante estratégia no aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, é hoje compreendido como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família” (BRASIL, 2001a, p. 5).

O PACS foi criado baseado em experiências anteriores bem sucedidas, que se voltaram à prevenção da saúde, através de orientações sobre os principais cuidados para obtê-la, e constituiu uma estratégia que agregou idéias de proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações. Sua meta, desde então, é de contribuir na reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações dos diversos profissionais, visando à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. O desenvolvimento das principais ações desse programa se dá por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A diferença do PACS em relação ao PSF é, principalmente, o fato dos ACS do PACS estarem ligados a uma tradicional unidade básica de saúde (UBS), enquanto que aqueles que trabalham no PSF, estão ligados a uma Unidade de Saúde da Família. No PSF, forma-se uma equipe de saúde da família, já no PACS, os ACS trabalham juntamente com os profissionais da UBS. Podem-se atribuir críticas ao PACS no que se refere ao fato de permanecer atrelado ao modelo tradicional de saúde e por não apresentar uma equipe onde os profissionais têm os mesmos objetivos e a mesma compreensão do processo saúde-doença.

atenção primária de saúde e salientam a importância da prevenção nas ações públicas de saúde, juntamente com ações curativas, focando a família e não o indivíduo.

O PACS e o PSF foram propostos na tentativa de uma redução no número de problemas encontrados no SUS, tais como: as filas imensas e a escassez de recursos. Ambos propõem a prevenção, o tratamento e acompanhamento dos casos de doenças crônicas que atingem a população brasileira, entre elas o diabetes, a hipertensão arterial, a tuberculose e a hanseníase. Também procuram melhorar os indicadores de saúde, de morbidade, de mortalidade infantil e os indicadores sociais, através do desenvolvimento de ações educativas e preventivas. Primeiramente, realizam um diagnóstico da área adscrita e de sua população, observando o saneamento, a coleta de lixo e a quais riscos a população, do referido local, está exposta, baseados numa concepção ampliada de saúde em que se considera a abordagem social e não apenas a biológica.

A criação do conjunto de instrumentos indutores do modelo assistencial, entre eles o incentivo à adesão municipal no PACS e no PSF, realizada pela Norma Operacional Básica de 1996, a NOB 01/96, tem propiciado a expansão dos programas.

Como explicita Silva (2001), em 1998, o PACS contava com 64.776 agentes. Já em 2000, este número cresceu para 125.993 agentes, atuando em 4.330 municípios brasileiros e em todas as regiões do país. O PSF também apresentou crescimento rápido, segundo o autor, em maio de 1998, o número de equipes era de 1.992, em janeiro de 2000, passou para 5.139 equipes e, em julho do mesmo ano, tal número era de 7.291 equipes, atuando em 2.438 municípios.

De acordo com estudo realizado pela Universidade Federal da Bahia (2002), observou-se uma grande expansão numérica da estratégia de saúde da família, especialmente a partir de 1998, com ampliação quantitativa e geográfica da cobertura e com o progressivo aumento do número de implantações em municípios, estados e regiões. Além de se constatar a consolidação de tais programas pelo fortalecimento dos mecanismos de sustentabilidade financeira.

Com base em informações do Ministério da Saúde (MS), dados mais recentes também podem ser observados. Em 2003, o total de equipes de Saúde da Família implantadas era de 19 mil, com uma cobertura populacional correspondente a 35,7% da população brasileira. No ano de 2004, o número de equipes era de 21,3 mil, e a cobertura cobria 39% da população brasileira. Já

em 2005, o número de equipes era de 24,6 e a cobertura correspondia a 44,4% da população brasileira – cerca de 78,6 milhões de pessoas).¹¹

Como assegura Silva (2001), os dados exemplificam a influência do governo central no rumo do processo de descentralização, no final dos anos 90 e início do ano de 2000.

A notável expansão do PACS e do PSF está correlacionada com os incentivos financeiros do MS, que agregou valores ao Piso Assistencial Básico (PAB)¹² para contribuir com o financiamento dos programas. Com a Portaria nº. 1.329, de 12 de novembro de 1999, regulamenta-se que os municípios que alcançarem cobertura maior que 50% da população com o PSF, receberão mais por equipe que aqueles que tiverem uma cobertura menor que 50% da população.

A estratégia desses programas objetiva a transformação da prática sanitária brasileira e a garantia de uma a melhora na qualidade de vida dos cidadãos brasileiros. No entanto, ainda estão em andamento diversos estudos que analisam o potencial transformador dos programas PACS e PSF, existindo muitas divergências a respeito de suas reais efetividades. O PSF é ainda uma estratégia recente que precisa ser analisada no sentido de avaliar seus resultados.

1.3 A regulamentação do Sistema Único de Saúde

Nos anos 90, foi realizada a normatização e institucionalização do SUS e do processo de descentralização por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que são:

[...] orientações específicas e pactuadas, emanadas pelo Ministério da Saúde (MS) e aceitas pelas representações nacionais dos secretários municipais e estaduais de saúde, visando a repartição orçamentária entre níveis de governo, a atribuição de titularidade para gestão e a organização do modelo assistencial. (COSTA; SILVA; RIBEIRO 1999, p.39).

¹¹ Ver: BRASIL (2007a)

¹² O Piso de Atenção Básica (PAB), segundo o Ministério da Saúde, consiste em recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica”, sendo tipicamente municipal. É distribuído um valor de R\$ 10 a R\$ 18 por habitante do município. (BRASIL, 2002a, p. 128).

As Normas Operacionais Básicas são publicadas periodicamente pelo MS, servindo como instrumento jurídico institucional aos gestores do SUS, com finalidade de aprofundar e reorientar a implantação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos operacionais; regular as relações entre seus gestores e normatizar o SUS. Só podem ser editadas depois de discutidas pelos gestores e outros segmentos da sociedade, são negociadas e pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartites (CITs)¹³ e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁴.

Para Vianna, Lima e Oliveira (2002), a política descentralizadora na área da saúde contou, no Brasil, com uma forte indução estratégica de centro com a formulação e implementação de instrumentos reguladores próprios – as NOBs. Os autores asseguram que a tentativa de construção de um sistema ao lado de uma estratégia visando compensar as diferenças locais, como se propôs o SUS, orientou a formulação de instrumentos como: a criação e ampliação das funções dos Conselhos de Saúde e das Comissões Tripartite e Bipartite¹⁵ (CIT e CIB); as transferências automáticas *per capita*; o Piso Assistencial Básico (PAB); os incentivos ao desenvolvimento e à assunção de capacidades gestoras, vinculados ao processo de habilitação para municípios e estados, cujas modalidades estão previstas nas NOBs 93 e 96, vistas a seguir.

¹³ “A Comissão Intergestores Tripartite é integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.”(BRASIL, 2006a)

¹⁴ O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é um órgão específico do Ministério da Saúde, de instância colegiada, deliberativa e de natureza permanente, criado pela Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937. Tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política nacional de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado. (BRASIL, 2006b).

¹⁵ Comissão Intergestores Bipartite, CIB, é o fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, SUS. A CIB é composta paritariamente por representantes da Secretaria de Estado da Saúde (CONASS) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, COSEMS. Entre as mais importantes funções desempenhadas pela CIB, estão a deliberação e a responsabilização pela avaliação dos pleitos de habilitação dos municípios nas condições de Gestão Plena da Atenção Básica, Gestão Plena do Sistema Municipal e Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, conforme as normas do Ministério da Saúde, a Norma Operacional Básica - NOB/96 e a Norma Operacional de Assistência em Saúde - NOAS/02. (BRASIL, 2006c).

1.3.1 A Norma Operacional Básica NOB SUS 01/91

A NOB SUS 01/91 se constituiu de um conjunto de portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, de 8 de janeiro de 1991, e da Resolução n.º 258, publicada pelo Diário Oficial da União de 10 de janeiro de 1991.

Como atestam Costa, Silva e Ribeiro (1999), a NOB 01/91 estabeleceu as regras de transferências de recursos da União, a habilitação para a provisão direta dos serviços de saúde e as competências entre os três níveis de governo da federação, sendo também a responsável pela introdução do conceito de municípios e estados habilitados ao SUS, além de prever a formação de um fundo setorial e o funcionamento de Conselhos Municipais.

Considerou-se relevante no processo de descentralização das ações e serviços de saúde, no que diz respeito ao seu financiamento, destacando a criação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), regularizar o pagamento aos prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais. Foram definidas as quantidades de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) a serem distribuídas mensalmente a cada estado.

Um dado importante que deve ser apontado é o fato de que os critérios de distribuição das AIHs anteriores a esta NOB eram vinculados à produção de serviços, causando desigualdade entre as esferas subnacionais do país, pois os estados e os municípios que mais produziam internações recebiam maior número de AIHs. Com a NOB SUS 01/91, as AIHs foram alocadas por estado, por critério populacional (10% da população/ano), e repassadas aos municípios que atendiam aos pré-requisitos estabelecidos.

Apesar do critério populacional ser mais viável que o anterior, Santoro (2003) destaca que provocou bastante polêmica, especialmente entre os dirigentes dos estados que historicamente produziam maior quantidade de serviços.

Para Arretche (2000), inicialmente esse mecanismo operacional de financiamento agradou os municípios, pela possibilidade que havia de receberem os recursos diretamente sem a interferência da Secretaria Estadual de Saúde. No entanto, essa forma de financiamento foi vista como uma limitação à autonomia dos entes descentralizados, pela rigidez que impôs às possibilidades de adequação local da oferta de serviços, já que as transferências recebidas estariam vinculadas a um determinado tipo de atuação.

Ainda no que concerne ao financiamento, direcionando-o para a atividade ambulatorial, determinou-se que a transferência de recursos do INAMPS para os estados, o Distrito Federal e os municípios seria realizada pela forma de convênio.

Através da NOB SUS 01/91, definiu-se também que a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional seria efetuada pelo MS e pelo INAMPS, em cooperação técnica com os estados, o Distrito Federal e os municípios. Percebe-se que apesar dessa NOB representar um avanço para a época, são presentes indícios de centralização da administração federal.

1.3.2 A Norma Operacional Básica NOB SUS 01/92

Conforme Santoro, “a NOB-SUS 01/92 pode ser considerada um avanço em relação à NOB-SUS 01/91, pois nela já aparece o reflexo do movimento municipalista [...]” (SANTORO, 2003, p. 54), esboçando em seu conteúdo uma carga ideológica de cunho sanitário municipalista.

Nessa norma, de caráter transitório, foram criados dois fatores de estímulos à descentralização: o Fator de Estímulo a Municipalização (FEM) e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE). O FEM era um repasse de recursos de custeio aos municípios, cujos serviços já se encontravam descentralizados. O FEGE era um recurso de capital, destinado à recuperação e aquisição dos equipamentos da rede pública municipal e estadual. No entanto, Santoro (2003) afirma que ambos não saíram do papel.

Quanto ao financiamento das ações hospitalares e ambulatoriais pouca coisa é acrescentada em relação à NOB anterior, sobressaindo-se apenas a alocação dos recursos do então INAMPS para constituir o Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Essa NOB, por surgir num contexto em que a municipalização estava em foco, basta relembrarmos o tema da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, “Saúde: Municipalização é o caminho”, apresentou-se como reflexo da época, evidenciando aspectos municipalistas.

1.3.3 A Norma Operacional Básica NOB SUS 01/93

A Portaria 545, de 20 de maio de 1993, criou a NOB-SUS 01/93, que representou um instrumento mais efetivo de indução do processo de descentralização política. Para argumentarmos a respeito dessa norma, torna-se necessário fazer menção à realização da IX Conferência Nacional de Saúde, que propôs, em seu relatório, a agilização do processo de municipalização das ações e serviços de saúde.

Neste período, no início de 1993, foi criado pelo MS, o Grupo Especial para a Descentralização (GED), que produziu o documento *A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*, que enfatizava a necessidade da construção de um novo modelo assistencial e de dar materialidade aos avanços propugnados na lei.

Para alcançar tais objetivos uma das medidas foi a criação das Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs) e das Comissões Intergestoras Tripartites (CITs). Essas comissões são mecanismos de gestão plurinstitucional, que se consolidaram como fóruns de negociação entre os diferentes níveis de governo, estabelecendo uma relação de parceria entre os gestores do SUS para operacionalizar a política de saúde, criando estratégias e diretrizes para a descentralização das ações e serviços de saúde.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) se reúne mensalmente, atuando no âmbito nacional. Formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Essa Comissão tem como finalidade auxiliar o MS a elaborar propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

No âmbito estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é integrada paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, sendo o órgão responsável pela negociação e decisão operacionais do SUS. As propostas discutidas pela CIB deverão ser aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

A NOB 01/93 formatou um processo de normalização das relações intergovernamentais, criando regras de transferências de recursos, mecanismos de controle e avaliação.

Segundo Arretche (2000), a normatização do SUS, como vimos, começou a se definir a partir de 1990, mas, apenas na NOB-SUS 01/93 foram propostos aos municípios diferentes condições de gestão e o processo de municipalização começou a ser efetivamente regulado. A autora considera que foi esta NOB que definiu explicitamente o *município* como gestor dos serviços e estabeleceu distintas modalidades de habilitação estadual e municipal ao SUS.

A NOB 01/93 perfilou situações transacionais para o processo de municipalização plena da gestão, estabelecendo três situações distintas: a transacional incipiente, a parcial e a semiplena. Os estados poderiam se habilitar nas seguintes formas: gestão parcial e gestão semiplena. Tais modalidades implicavam diferentes escopos de autonomia e de funções a serem desempenhadas. Supunham graus distintos de responsabilidade sobre a gestão dos serviços, e estavam de acordo com os níveis de comprometimento e de estrutura administrativa.

No caso dos municípios, Arretche (2000) esclarece que a opção por modalidades distintas de condição de gestão permite que a implantação de um sistema nacional de saúde se adeque às distintas possibilidades municipais, seja no que diz respeito à disposição das administrações, seja no que diz respeito à capacidade técnica instalada.

Segundo Costa, Silva e Ribeiro (1999), a NOB 01/93 incentivou o aumento de responsabilidades municipais, servindo como mecanismo de aceleração da *adesão municipal* às novas funções propostas pelo SUS.

O enquadramento dos estados à determinada modalidade de gestão ocorria por solicitação estadual à CIT. Já a **municipalização** somente poderia ocorrer por solicitação municipal à CIB.

No entanto, deve-se mencionar, que para aderir ao *processo de municipalização*, em qualquer uma das situações de gestão, era exigido dos estados ou municípios que instituíssem um órgão local encarregado da gestão da política de saúde, o Conselho Municipal de Saúde, e também o Fundo Municipal de Saúde, o qual viabilizava as transferências “fundo a fundo”.

Tal norma “definiu procedimentos e instrumentos operacionais que visavam a ampliar e aprimorar as condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo” (SANTORO, 2003, p. 66). A autora considera que o avanço da NOB-SUS 01/93 em relação às NOBs anteriores, refere-se ao papel do *município*, pois lhe foi delegado as responsabilidades de autorizar cadastros e contratar prestadores do setor complementar, de

programar e autorizar a AIH, bem como de controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares e de gerenciar a rede hospitalar pública. Nas palavras da autora:

O novo papel delegado ao município foi um dos maiores avanços na concepção de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde, após a Lei Orgânica de Saúde. Quanto às formas de enquadramento de gestão dos municípios, a grande novidade foi na prerrogativa da gestão semiplena, em que o município recebe diretamente todos os recursos do custeio ambulatorial e hospitalar do Fundo Nacional de Saúde. (SANTORO, 2003, p.71).

Apesar do intenso processo de descentralização da NOB 01/93, apenas um pouco mais de 60% dos municípios brasileiros estavam enquadrados em algum tipo de gestão, sendo que não chegava a 3% o número de municípios habilitados na gestão semiplena. Pode-se compreender que a grande maioria dos municípios brasileiros se apresentava na condição de prestadores de serviço de saúde e não de gestores.

1.3.4 A Norma Operacional Básica-SUS 01/96

Para a pesquisa em questão, a NOB-SUS 01/96 é de fundamental importância, porque foi a responsável pela criação dos incentivos ao Programa Saúde da Família.

Foi criada por meio da edição da Portaria nº 1.742, pelo Ministério da Saúde, em agosto de 1996. Seu tema principal era a gestão plena, no sentido de “construir a plena responsabilidade do poder público municipal sobre a gestão de um sistema de saúde e, não somente, sobre a prestação de serviços de saúde.” (SANTORO, 2003, p. 75).

O município era considerado o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. Verifica-se que essa norma é nitidamente municipalista.

A NOB-SUS 01/96 teve como horizonte estratégico ampliar a responsabilidade do gestor municipal e estadual em um conjunto de mudanças no modelo assistencial, pelo fortalecimento da atenção básica e primária e das ações de saúde coletiva.

De acordo com Santoro (2003), essa NOB introduziu a idéia de Sistema de Saúde Municipal (SUS Municipal), procurando fortalecer o sistema local de saúde, integrado numa rede regionalizada e hierarquizada. Foi na NOB-SUS 01/96 que se instituiu o Cartão SUS Municipal, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão através desse sistema.

Foi definida uma hierarquização do papel público, sendo uma das responsabilidades nucleares do âmbito estadual mediar a relação entre os sistemas municipais, e a do federal, mediar as relações entre os sistemas estaduais.

Como corroboram Costa, Silva e Ribeiro (1999), os principais objetivos dessa NOB eram: promover e consolidar a função municipal na gestão do poder público na atenção à saúde; redefinir as responsabilidades de estados, Distrito Federal e União; reorganizar o modelo assistencial e estabelecer a direção única em cada nível de governo.

Em relação ao processo de responsabilização proposto pela NOB 01/93, a NOB 01/96 o simplificou, reduzindo as condições de habilitação municipal para duas modalidades: Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Aos estados, a NOB 01/96 prevê estas modalidades de gestão: Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE) e Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE).

No caso dos municípios, a Gestão Plena da Atenção Básica habilitou o gestor municipal para elaborar a programação dos serviços básicos, sendo responsável pela gestão e execução da assistência ambulatorial básica, pelas ações básicas de vigilância sanitária, epidemiológica e pelo controle de doenças. O município contratava, controlava e pagava os prestadores de serviços, os procedimentos e as ações de assistência básica.

Já a Gestão Plena do Sistema Municipal propiciou ao município a elaboração de toda programação em saúde, inclusive a assistência ambulatorial especializada e hospitalar, ampliando as responsabilidades municipais de acordo com as necessidades da população. O município passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde. Habilitado nessa gestão, torna-se responsável pela avaliação e auditoria nos serviços de saúde local e pela administração da oferta de procedimentos de alto custo e complexidade, sendo a ele subordinados todas as unidades e serviços de gerência pública (municipal, estadual e federal) e privada.

Quanto às modalidades de gestão para os estados, verifica-se na Gestão Avançada do Sistema Estadual que:

[...] o estado é responsável pela programação da Fração Assistencial Especializada (FAE) e política de alto custo e complexidade; pela formulação da política de sangue e assistência farmacêutica; coordenação da política de vigilância sanitária, epidemiológica e controle de doenças, cooperação técnica aos municípios, elaboração e execução do Plano Estadual de Investimentos; contratação, controle e auditoria dos serviços.(NAKAI, 1998, p.24).

Na Gestão Plena do Sistema Estadual, o estado possui as mesmas responsabilidades e competências da gestão acima mencionada, mas também se responsabiliza pela gestão plena de todos os serviços, exceto nos municípios habilitados nas gestões que a exercem.

Essa NOB também estabeleceu os bancos nacionais de dados como instrumentos essenciais à realização do controle, avaliação e auditoria dos serviços e ações de saúde. Assim, os gestores municipais e estaduais do SUS devem garantir a alimentação regular desses bancos, conforme as regras estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

A idéia de mudança do modelo assistencial, como vimos desde a NOB anterior, era enfática. A NOB-SUS 01/96 ressaltou a construção de uma rede regionalizada e hierarquizada, bem como a busca do enfoque epidemiológico.

O novo modelo a ser organizado deveria estar centrado na construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética individual.
Dessa forma foi incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Nessa nova relação a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da população da comunidade que integra. (SANTORO, 2003, p. 80).

Sobre o financiamento, essa NOB estabeleceu o aumento percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais aos estados e municípios. Em contrapartida, reduziu a transferência de recursos por remuneração de serviços prestados.

Além do teto financeiro de assistência, a NOB 01/96 criou um conjunto de instrumentos indutores do novo modelo assistencial, destacando-se: a criação do Piso Assistencial Básico (PAB); a Fração Assistencial Especializada (FAE); o Índice de Valorização de Resultados (IVR); o Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) e Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA); o incentivo à adoção do Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS). Focaremos-nos na criação do PAB e no incentivo à adoção do PSF e do PACS.

O Piso Ambulatorial Básico (PAB) é destinado ao custeio da atenção básica sob a responsabilidade do município. É composto de uma parte fixa (PAB fixo), destinada a todos os municípios, e de uma parte variável (PAB variável), que consiste no acúmulo de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB e outras.

O PAB fixo é calculado pela multiplicação da população do município por um valor *per capita* nacional.

O PAB variável é acréscimo percentual ao montante do PAB, sempre que estiverem atuando na rede municipal equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, sinalizando a preocupação da norma em promover uma mudança do modelo assistencial; preocupações também presentes nas NOBs anteriores. Buscava-se a reformulação do modelo assistencial centrado na assistência médico-hospitalar individual, fragmentada e sem qualidade, para um modelo com assistência integral, universalidade, equânime, regionalizada e hierarquizada.

O Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS) receberam, e ainda recebem, recursos através da transferência fundo a fundo, sendo calculados conforme os seguintes critérios:

a) Programa de Saúde da Família (PSF):

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município e,
- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

- acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e

- acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Cabe destacar que os acréscimos no PSF têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município e que os acréscimos no PACS possuem, como limite, 30% do valor do PAB original do município.

Segundo Santoro (2003), o Programa Saúde da Família (PSF) produziu consenso quanto ao projeto de mudança do modelo hegemônico, contribuindo ainda para o acirramento das discussões sobre a necessidade de uma nova lógica de financiamento que não fosse por procedimentos. O PSF foi estruturado para nortear as mudanças propostas pela NOB-SUS 01/96.

Santoro demonstra em seu trabalho que, com a implementação da NOB-SUS 01/96, houve intensificação do processo de descentralização, com 99% dos municípios brasileiros habilitados em alguma forma de gestão, em 1998, sendo que 90% se apresentavam habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica. “Tal fato, acrescido do estímulo à implantação da estratégia da Saúde da Família, permitiu melhoria considerável do acesso da população às ações básicas à saúde.” (SANTORO, 2003, p. 97)

1.3.5 Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001

O debate realizado na reunião na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que enfatizou os princípios organizativos do sistema de saúde – descentralização, regionalização e hierarquização dos sistemas de saúde –, contribuiu para a publicação da NOAS-SUS 01/2001, em 31 de janeiro de 2001, por meio da Portaria nº 95/GM-MS, propondo a regionalização da assistência, o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Como atesta Santoro (2003), em 1999, foi estabelecido um processo para avaliação do movimento de descentralização. Esta avaliação identificou alguns problemas, apesar da adesão dos municípios a este processo. Entre eles estavam as dificuldades na organização de sistemas de

saúde municipais/microrregionais¹⁶, devido à pouca funcionalidade dos pactos estabelecidos entre estados e municípios, e em relação à bipolaridade de condições de gestão – Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal –, que não contemplava a heterogeneidade da realidade de ofertas de serviços nas distintas regiões do país e mesmo entre os municípios de uma mesma região.

Na busca pela regionalização como possível alternativa para tais dificuldades, essa norma estabeleceu que as Secretarias Estaduais de Saúde e o Distrito Federal ficariam responsáveis pela elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), procurando garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde, em qualquer nível de atenção.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é, de acordo com a NOAS-SUS 01/2001, um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. Esse Plano define os conceitos-chave para a organização da assistência no âmbito estadual: região de saúde, módulo assistencial, município-sede do módulo assistencial, município-pólo e a microrregião ou unidade territorial de qualificação na assistência à saúde.

O PDR deve conter a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos, além de conter os mecanismos de relacionamento intermunicipal e a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas. Servirá de base e subsidiará o processo de qualificação das microrregiões de saúde.

Essa norma delimitou os requisitos para a qualificação de microrregiões na assistência da saúde e o cumprimento de um conjunto mínimo de serviços de média complexidade, entre eles atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e internações hospitalares, garantidos a toda população; além da apresentação, pelo gestor estadual, da habilitação dos municípios-sede

¹⁶ Utilizando o conceito de Santoro (2003), baseado na NOAS 01/2001, temos que região e/ou microrregião de saúde referem-se ao território base de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidindo com a divisão administrativa do estado, a ser definida pelas características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, pela oferta de serviços e pelas relações entre municípios.

em Gestão Plena do Sistema Municipal e de todos os municípios da microrregião a ser qualificada na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

Para elaboração desse plano, segundo a norma, devia-se proporcionar aos cidadãos um conjunto de ações e serviços, o mais próximo possível de suas residências.

Na NOAS-SUS 01/2001, atualizaram-se também as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais. Foram estabelecidas duas formas de habilitação para os municípios e para os estados.

Tencionando ampliar o acesso e a qualidade da atenção básica, essa NOAS instituiu, para os municípios, a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), definindo como áreas de atuação estratégicas mínimas para habilitação nesta gestão: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.

No caso da Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) foram propostos alguns requisitos como: o Plano Municipal de Saúde, oferta com qualidade e quantidade de procedimentos bem como leitos hospitalares, termo de compromisso para garantia de acesso, estrutura do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, capacidade técnica e administrativa, serviço estruturado de vigilância sanitária e disponibilidade orçamentária suficiente para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde.

Para os estados, a NOAS-SUS 01/01 possibilitou a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual.

Conforme Silva (2001), o objetivo dessa norma foi aumentar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, das secretarias estaduais de saúde, além de definir o processo de regionalização da saúde.

Após vasta revisão e discussão da NOAS-SUS 01/01, pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a mesma foi republicada, por meio da Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002, sendo editada como NOAS – SUS 01/2002.

1.3.6 Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002

Aprovada pela Portaria nº 373, em 27 de fevereiro de 2002, a NOAS – SUS 01/2002 buscou o acordo entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do SUS, que apresentava dificuldades para estabelecer comando único sobre seus prestadores de serviço. Essa norma aperfeiçoou e revogou a NOAS-SUS 01/01.

A NOAS-SUS de 2002 ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; incentivou o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, na busca de maior equidade; criou mecanismos para fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizou os critérios de habilitação de estados e municípios.

Considera-se que recuperou e redefiniu o conceito de descentralização, associando-o ao de regionalização¹⁷ dos serviços de atenção à saúde nos estados, através de Planos Diretores de Regionalização (PDR), elaborados pelos estados e aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite e pelos Conselhos Estaduais de Saúde. O fundamento da regionalização proposta era a integração dos sistemas municipais, reafirmando o papel dos estados de coordenação e mediação.

O processo de regionalização deveria contemplar uma lógica de planejamento integrado, que abarcasse as noções de territorialidade e identificasse as prioridades de intervenção, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde – não necessariamente restritos à abrangência municipal –, otimizando os recursos disponíveis.

1.4 Um debate sobre os avanços e limites do processo de descentralização e o surgimento do PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial

O processo de descentralização, no início, era visto como um instrumento fundamental para a implementação de um projeto de desenvolvimento integral, com o intuito de diminuir as disparidades regionais. Também foi correlacionado com a democratização, na tentativa de que poderia levar a uma redistribuição do poder político e uma maior participação popular. Diante

¹⁷ Enquanto a NOB-SUS 01/96 enfocou a descentralização a partir da municipalização, na NOAS-SUS 01/2002 a descentralização foi enfocada a partir da regionalização.

disso e do quadro da saúde pública brasileira, levantaremos o debate que se tem estabelecido acerca desse processo. A discussão sobre a descentralização ocorre desde a década de 80, entretanto, serão abordados estudos mais recentes.

Quanto à questão do avanço ou não do sistema de saúde brasileiro pela implementação do processo de descentralização, procuramos expor, a partir de estudos sobre o tema, diferentes posicionamentos, que contribuem para a construção histórica do referido assunto. Ressalta-se que a discussão realizada por Arretche (2000), Mendes (1998), Cohn (1998), Costa, Silva e Ribeiro (1999), Nascimento (2001), Geraci (2002) e Silva (2001), referem-se ao período do fim da década de 80 à década de 90.

Silva (2001) sintetiza que vários estudos foram realizados em torno do processo de descentralização, apresentando diferentes enfoques. Afirma que embora não haja divergências a respeito da importância desse processo na implementação do SUS, existem claras discordâncias quando se trata de analisar a forma pela qual o processo vem sendo conduzido. Existem diferentes avaliações quanto ao processo de municipalização, havendo dúvidas e discordâncias sobre os acertos e desacertos na implementação da descentralização na saúde.

A municipalização, em termos gerais, é quando o processo de descentralização enfoca a esfera municipal como a responsável imediata pelo atendimento das necessidades e demandas de sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. O município não é somente o prestador, mas também o gestor dos serviços de saúde. A regulamentação da municipalização ocorre com as normas NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96.

Aqueles que se posicionam de forma contrária ao processo de municipalização, consideram que os municípios ainda não têm a desejável autonomia para assumir a gestão de saúde. Argumentam que a descentralização está polarizada entre União e municípios e são desfavoráveis à forma como tal processo vem ocorrendo, salientando que as atuais normas valorizam em excesso o papel dos municípios. Propõem que haja, no processo de descentralização, uma redefinição nos papéis da União, dos estados e dos municípios.

Já os que são partidários da municipalização, segundo Silva (2001), consideram também que está ocorrendo uma excessiva autonomia municipal. Mas, criticam as normas federais que operacionalizam a descentralização, considerando-as fatores que dificultam o pleno exercício desta autonomia local, pois impõem parâmetros e políticas de cima para baixo, sem a participação dos atores locais.

A descentralização, para o autor, é quando os órgãos centrais do Estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver as próprias atividades. Considera que existem diferentes tipos de descentralização: a desconcentração, a descentralização funcional ou autárquica ou institucional, a devolução ou descentralização territorial e a delegação.¹⁸

A **municipalização** é salientada por Silva (2001) como uma devolução¹⁹, podendo também ser chamada de descentralização territorial ou político-administrativa. Municipalizar a saúde significa o reconhecimento da responsabilidade política do município com a saúde dos seus cidadãos. Segundo o autor, o marco legal do SUS é bastante claro no sentido de delegar responsabilidades aos atores locais, governantes e população, na gestão da saúde.

A descentralização foi definida por Costa, Silva e Ribeiro (1999, p. 33, grifo nosso) como “processo de transferência de autoridade ou poder decisório no financiamento e gestão [das políticas públicas sociais] do nível nacional para níveis subnacionais”.

Já Arretche (2000, p.16) a define como a “institucionalização no plano local de condições técnicas para a implementação de tarefas de gestão de políticas sociais”, considerando indiferente se a descentralização toma a forma de estadualização e/ou municipalização. No caso da saúde, explica que, nos anos 90, os programas de descentralização tiveram como meta municipalizar a gestão de determinadas tarefas – nesse caso, a descentralização é entendida como *municipalização*. No que diz respeito à noção de “local”, Arretche (2000, p.16) se refere “à unidade de governo para o qual se pretende transferir atribuições”. Ressalta a capacidade de indução do nível de governo mais abrangente sobre um outro menos abrangente, compartilhando a idéia de que políticas deliberadas da União têm impacto sobre as decisões políticas locais.

Mendes (1998, p.27), considera a descentralização como “um processo social cujo ritmo e conteúdo são estabelecidos pelas determinações políticas das realidades nacionais”, e deve ser orientada por um conjunto de princípios: a flexibilidade, o gradualismo, a progressividade, a transparência no processo de tomada de decisões e o controle público.

Mendes (1998) reitera que a descentralização tem muitas significações, ocorrendo vários erros devido à imprecisão conceitual. O autor trata o conceito de descentralização considerando-a

¹⁸ Ver: SILVA (2001, p.54-56)

¹⁹ Para Silva (2001), a devolução ou descentralização territorial ocorre quando há transferência de poder entre diferentes níveis de governo. É a transferência do poder de agir e de decidir. Estimula a ampliação da autonomia local, em especial do chamado poder local.

como uma “unidade dialética” que se exprime pela convivência de tendências de centralização e descentralização, ainda que o vetor de maior peso possa ser o descentralizatório – dessa forma, o conceito não se opõe à centralização. (MENDES, 1998, p.28).

Para Cohn (1998), o tema da descentralização está, na literatura, fortemente vinculada à idéia de eficácia e equidade, possibilitando-se maior racionalidade às políticas setoriais, maior controle público e participação dos diferentes atores sociais. A autora assegura que existe um consenso em torno da relação positiva entre descentralização e maior eficácia das ações na área social, havendo dissenso apenas quanto à forma de sua implementação.

Silva (2001) menciona que a descentralização tem duas dimensões: a política e a econômica. Na dimensão política, a descentralização é considerada como instrumento fundamental na estratégia de democratização do Estado. Considera-se que a descentralização do poder decisório de políticas públicas amplia os canais institucionais de participação. A maioria dos estudos analisa o processo descentralizatório a partir dessa dimensão.

Quanto à dimensão econômica, a descentralização é vista como estratégia de redução do déficit público e contribui para o ajuste fiscal do Estado. É a lógica da racionalidade econômica, descentraliza-se para cobrar maior racionalidade e eficiência na execução das políticas setoriais.

Silva (2001, p.106) cita que o alcance desse processo é relativo, argumentando que nosso país “descentralizou o poder de instituir e arrecadar tributos e ampliou a destinação da carga tributária, porém essa ampliação não foi suficiente para as necessidades e as responsabilidades da instância local.”

Mendes (1998) destaca que a descentralização se apresenta com graus ou formas distintas: a desconcentração, a devolução, a delegação e a privatização. O caso brasileiro é considerado pelo autor como emblemático, pois temos a convivência de graus ou formas de descentralização com movimentos de centralização, compondo o que Mendes (1998) chama de um mix, determinado pelas conseqüências históricas e políticas. Assim, no Brasil está ocorrendo, concomitantemente, essas quatro formas ou graus de descentralização, que convivem com movimentos de centralização.

Arretche (2000) alega que variáveis institucionais podem gerar (des)incentivos à decisão local pela descentralização. Enfatiza a variável que, segundo ela, é de fundamental importância na análise deste processo: a estratégia de indução do nível de governo interessado na descentralização. Afirma que o sucesso do processo de descentralização e de assunção de

responsabilidades e competências por um determinado nível de governo – no caso dos municípios – está correlacionado com a estrutura de incentivo oferecida pelo nível de governo interessado na transferência de atribuições, ou seja, com as regras de operação que incentivam a adesão do nível do governo a determinadas responsabilidades e atribuições, reduzindo seus custos financeiros e transferindo recursos a tal ponto que a adesão se torne atraente.

De acordo com essa análise, outros fatores também podem interferir no processo de descentralização, mas não isoladamente, como o nível de riqueza econômica, a participação política e a capacidade fiscal dos governos. Já a ação dos executivos estaduais²⁰, na maioria dos municípios brasileiros, pode influir decisivamente nos rumos da municipalização dos programas sociais.

Arretche (2000) considera significativa a descentralização das políticas sociais brasileiras. No caso do setor da saúde, os programas de descentralização apresentam taxas mais elevadas de adesão. Para confirmar os dados: “Em janeiro de 1997, 58% dos municípios brasileiros estavam enquadrados na NOB 01/93 e, ao longo do ano de 1996, 54% das consultas médicas foram prestadas por unidades municipais de saúde.” (ARRETCHÉ, 2000, p.55)

A municipalização da saúde, de acordo a autora, obteve elevado grau de consenso na agenda de reformas da área social e a coalizão pró-reformas. Neste setor, estava fortemente articulada e estável, gerando uma intensa pressão local pela adesão municipal ao SUS. Acrescenta-se a isso, o fato de que a flexibilidade do desenho do programa de municipalização, que contempla distintas modalidades de gestão, facilita a adesão ao programa, pois permite uma maior adequação entre os custos prováveis da adesão e a capacidade.

No entanto, no caso da habilitação municipal ao SUS, Arretche indica que a adesão à descentralização e às respectivas atribuições envolvia além do custo político, condições de elevada incerteza pela precariedade no desempenho das funções de financiamento do Ministério da Saúde. Além disso, para o exercício das competências previstas em cada uma das condições de gestão se supõe que o município disponha de certa capacidade técnica instalada. O custo financeiro para a instalação da capacidade técnica interfere mais fortemente nas taxas municipais de atendimento em saúde.

²⁰ A ação dos executivos estaduais diz respeito à orientação política desse governo em relação àquela política particular, que se traduz em uma série de medidas favoráveis ou desfavoráveis à descentralização.

No mesmo sentido, Elias (1992)²¹, explica que, apesar da Constituição de 1988 ampliar significativamente os direitos, as ações e serviços na área de saúde, manteve praticamente a mesma sistemática em relação ao financiamento, não havendo preocupação em alterar a sua lógica. Os direitos e benefícios são criados sem os correspondentes meios e fontes de financiamento capazes de garantir a efetivação dos mesmos.

Almeida (1996) também revela a irregularidade das transferências federais para estados e municípios. Considera que o futuro do SUS depende da disposição da capacidade dos municípios de assumir a plenitude das funções que lhes cabem no sistema, no entanto, nem sempre a existência da capacidade gerencial, recursos humanos e materiais estão ao alcance dos municípios. A autora ainda afirma que a perda de rumos políticos e, sobretudo, a crise financeira do governo federal estão transformando a política de descentralização em descentralização caótica. O que pode ser explicado pelo contexto da Reforma do Estado que o Brasil passou na década de 90.

Cohn (1998) corrobora as idéias de Arretche (2000) e Almeida (1996), citando que há certa instabilidade no que diz respeito aos recursos, pois a rigidez do esquema de financiamento do setor continua estreitamente centralizado no nível federal. Se a política da saúde é um dos setores da área social que apresenta maiores avanços no processo de descentralização, por outro lado, a presença do nível central na lógica do financiamento ainda é decisiva.

No Brasil, segundo Arretche (2000), a gestão de políticas sociais tende a ser cara e ineficaz devido às dimensões da pobreza da população-alvo dos programas sociais, consumindo um elevado volume de recursos e apresentando baixos níveis de proteção efetiva. Os custos políticos ou financeiros da gestão de uma dada política são elevados, gerando-se o que a autora denomina de “barganha federativa”, através da qual cada nível de governo transfere à outra administração a maior parte dos custos políticos e financeiros da gestão das políticas e, reserva a si, a maior parte dos benefícios dela derivados (ARRETCHE, 2000, p.48). Dessa forma, a autora considera que:

É devido à dimensão de barganha federativa que o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil só pode ser efetivo na medida em que as administrações locais avaliem positivamente os ganhos a serem obtidos a partir

²¹ Elias faz referência ao processo de descentralização da década de 80.

da assunção de atribuições de gestão; [...].Dito de outro modo, a adesão dos governos locais à transferência de atribuições depende diretamente de um cálculo no qual são considerados, de um lado, os custos e benefícios derivados da decisão de assumir a gestão de uma dada política e, de outro, os próprios recursos fiscais e administrativos com os quais cada administração conta para desempenhar tal tarefa. (ARRETCHE, 2000, p.48).

Arretche (2000) releva que, apesar do SUS ter alcançado a adesão de mais da metade dos municípios brasileiros, a decisão municipal por tal adesão ocorria ainda em um contexto de elevado grau de incerteza quanto ao efetivo desempenho da responsabilidade federal de financiar os atos médicos.

Mendes (1998), que também questiona a forma como vem sendo realizada a descentralização dos serviços e ações de saúde no Brasil, considera que a municipalização já estava presente desde a elaboração da NOB 01/91, mas que sua efetiva aceleração ocorreu no final de 1996.

Ainda, relata que se criou no país uma crença de que a municipalização é a melhor forma de viabilizar as políticas sociais, sem questionar a importância da descentralização e o protagonismo dos municípios. Desse modo, parte da perspectiva de que a descentralização dos serviços de saúde não é boa em si mesma, mas é um processo social que apresenta vantagens e desvantagens.

O autor observa, por um lado, que os resultados positivos da municipalização são indiscutíveis, tanto quanto à melhoria da produtividade como à dos níveis de saúde. A implantação da gestão semiplena, por exemplo, consolidou o mando único municipal, reforçou a capacidade de regulação da Secretaria Municipal de Saúde e municipalizou o controle, a avaliação e a operação dos bancos de dados SIH/SUS e SIA/SUS. A descentralização na saúde tem estimulado o controle público dos serviços de saúde mediante a criação dos Conselhos Estaduais, Municipais e Locais de Saúde, propiciando a construção da cidadania na saúde. Ainda que em muitos lugares esses conselhos sejam motivo de distorções partidárias, clientelistas ou corporativas, o resultado global é positivo e aponta para um movimento de democratização nos serviços de saúde.

Por outro lado, expõe os limites desse processo. Adverte que o caminho do SUS permitiu a municipalização da saúde, mas impossibilitou a sua consolidação como sistema público²², pois era contrária a expansão do setor privado.

A ênfase na descentralização se deu no campo da atenção ambulatorial e hospitalar e na forma de devolução da União para os municípios. O autor esclarece que, ao contrário do que ocorreu nas AIS e no SUDS, em que a descentralização foi conduzida pelas Secretarias Estaduais de Saúde, no SUS, esse processo foi dirigido pelo MS, ocorrendo uma supervalorização do papel do município e uma subvalorização do papel dos estados. Mendes (1998) faz uma crítica à descentralização pelo fato de ter desencadeado a polarização União e municípios, desvalorizando o papel estadual.

Houve nítida polarização institucional entre o governo federal, detentor do poder financeiro e normatizador, e os municípios, novos atores sociais que surgiram na cena político-sanitária e com capacidade de responder, com agilidade, por meio de Secretarias Municipais de Saúde, às demandas organizacionais postas pelo MS. (MENDES, 1998, p.37).

Entre esses dois pólos – a União e os municípios – estavam as Secretarias Estaduais de Saúde, sem recursos organizacionais e financeiros e que, ao municipalizar a rede ambulatorial, não conseguiram se capacitar para as funções emergentes da regulação.

Mendes (1998) concebe que o enfraquecimento das Secretarias Estaduais de Saúde rompeu o equilíbrio federativo e propiciou um desenvolvimento do SUS, caracterizado pela concentração do financiamento e do poder normativo no governo federal e pela devolução da União diretamente aos municípios. Em suas palavras, vige no país, um “federalismo dual”, polarizado entre um Ministério da Saúde concentrador de recursos e de poder normativo e as Secretarias Municipais de Saúde, espaços privilegiados da gestão dos serviços. (MENDES, 1998, p. 46). Acrescenta-se a isso a complexidade de que os municípios brasileiros têm diferenças de tamanho, população e desigualdades socioeconômicas.

De acordo com o autor, esse processo de descentralização do SUS, mediante “devolução municipalizada”, além da recentralização do financiamento e a ausência da participação

²² O autor considera sistema público, aquele em que há a especialização das instituições estatais na regulação e financiamento e na delegação estatal para prestadores privados, lucrativos e não-lucrativos.

protagônica dos estados, tende a apresentar problemas de equidade e eficiência no sistema como um todo. (MENDES, 1998, p.38).

Segundo Mendes (1998), “o modo como está sendo conduzida a descentralização dos serviços públicos de saúde, com uma polarização União/municípios e com a fragilização dos estados, pode significar aumento da iniquidade.” (MENDES, 1998, p.43).

Silva (2001) enfatiza o fato dos municípios, nessa nova situação, não obterem independência em relação ao governo central, dizendo que temos uma Constituição federalista e uma realidade local sem condições de que seja exercida a autonomia administrativa local, que se encontra impedida principalmente por determinantes econômico-estruturais, pois os recursos são insuficientes para que se possam cumprir as responsabilidades que teve que assumir.

No que diz respeito ao arranjo federativo, Cohn (1998), que analisa a descentralização no final da década de 80 e início da de 90, também afirma que existe uma oscilação das esferas estadual e municipal na negociação com o nível central durante o processo de descentralização, assim como ocorreu com o SUDS, que descentralizou ações e serviços de saúde para a esfera estadual, e com a implementação do SUS, em que se enfatizou o município.

A autora evidencia a ausência de uma definição clara das atribuições dos distintos níveis, permitindo que o arranjo federativo resultante da Constituição de 1988, que estabeleceu o município como ente federativo autônomo, criasse mecanismos que dificultavam “[...] ações solidárias entre as três esferas de governo, tornando-as, na maior parte das vezes, concorrentes entre si, fortalecendo o caráter particularista dos interesses em jogo na esfera política.” (COHN, 1998, p.45).

A perspectiva de Cohn (1998), diante do processo de descentralização, é notória quando ela enfatiza que o novo texto constitucional de 1988 descentralizou recursos, mas não encargos. Observa que:

[...] o atual texto não define com clareza uma hierarquia dessas competências. Dessa forma, tampouco estados e municípios vêm revelando capazes de definir com precisão suas atribuições diante das cerca de trinta competências concorrentes lá estipuladas, a grande maioria delas na área social. (COHN, 1998, p.153).

Almeida (1996) confirma o argumento de Cohn (1998) quanto ao problema da falta de clareza do papel dos estados e acrescenta o problema da diversidade das características do SUS no conjunto do país, ressaltando a dificuldade de coordenação regional.

Para Nascimento (2001), apesar da integração dos poderes ser prevista constitucionalmente, com o intuito de se estabelecer um sistema único, após dez anos de implantação do SUS, as estratégias de cooperação entre as três esferas governamentais vêm ocorrendo de modo bastante diverso no território nacional. A razão disso, para a autora, é a ausência de um regime de atribuições mais explícito, destinado a regular a competência de cada ente federativo, de forma a compor um conjunto de atribuições articuladas à execução de um objetivo comum.

Segundo Elias (1992), no caso brasileiro, o município por meio do aparato legal, recebeu papel proeminente na operacionalização dos serviços de saúde. No entanto:

Hoje já surgem indícios do fato de que muitos municípios brasileiros, a despeito de estarem formalmente vinculados ao Sistema Único de Saúde, não efetivaram seus princípios. [...] Normas nacionais sobre o Sistema Único de Saúde não chegaram até eles, ou melhor, podem chegar, desde que mediadas pelos interesses locais decorrentes de políticas municipais para a saúde. (ELIAS, 1992, p.80).

O autor ressalta, assim como Mendes (1998), a articulação direta entre o governo central e o nível local, sem a participação dos estados. Estes se eximem de uma pesada rede de serviços, sucateada em sua estrutura física, desembolsando a menor parcela de recursos e mantendo, ainda sob a sua gerência, uma rede de serviços hospitalares de alta complexidade tecnológica. A União arca com a maior parcela de contribuição financeira, mas não se torna responsável pela rede de serviços hospitalares e ambulatoriais que estão degradados. Elias (1992) mostra que 40% do sistema municipalizado passa a depender diretamente de recursos transferidos pela União, tornando a esfera municipal vulnerável frente à federal.

Estes aspectos denotam um competente projeto de engenharia política. Abrem-se enormes possibilidades para que a União possa promover profundas alterações na lógica do Sistema Único de Saúde, a partir de imposições na forma de financiamento dos serviços municipalizados, dependentes financeiramente dos repasses federais. (ELIAS, 1992, p.83).

Mendes (1998) acrescenta que o município expande a atenção médica sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando ineficiências. Explica que a “municipalização autarquizada”, conjugada com a fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais de Saúde, fez com que se perdesse a dimensão da regionalização, indispensável a um federalismo sadio, especialmente à região estadual, formada pelo encontro dos espaços subestaduais e supramunicipais. (MENDES, 1998, p. 39)

Entre as limitações desse processo, o autor indica que a municipalização vem dando reforço ao modelo flexneriano – clínico, biológico – de atenção médica em detrimento das ações de saúde pública, podendo ser explicado pela restrição da “devolução municipalizada” aos recursos da assistência ambulatorial e hospitalar. Outra debilidade apontada pelo autor está na privatização do sistema de atenção médica supletiva que, na ausência de regulação estatal, submete seus usuários à seleção de riscos. (MENDES, 1998, p. 38)

Diante desse quadro, o autor propõe como uma possível alternativa para o complexo sistema de saúde brasileiro, a substituição do federalismo dual por um “federalismo cooperativo” que reequilibre as funções dos três níveis de governo. Para Mendes (1998, p.46):

[...] o federalismo cooperativo significará instituir um sistema nacional de saúde organizado por uma confederação de sistemas estaduais, sob a reitoria de um MS pequeno e forte, que garantirá a unidade de doutrina, co-financiará o sistema de forma redistributiva, operará algumas ações estratégicas ou de corte supra-estadual e prestará cooperação técnica aos estados e municípios.

Tal federalismo exigirá mudanças significativas nas estruturas das três instâncias federativas e nos processos organizacionais, ou seja, uma “reengenharia institucional”. (MENDES, 1998, p. 47). Essa reengenharia implica uma clara divisão das competências federativas, de tal forma que cada nível se estruture para o desempenho de suas funções típicas de governo. De acordo com Mendes (1998), o federalismo cooperativo só funcionará se, nos estados, se constituírem Secretarias Estaduais de Saúde fortes, capazes de conduzir, em cooperação com os municípios, o sistema estadual de saúde. Essa nova Secretaria Estadual radicalizará a devolução aos municípios no que for pertinente e deverá se tornar apta para exercitar funções regulatórias sobre o sistema privado.

Mendes (1998, p.50) também propõe o sistema microrregional de serviços de saúde:

A municipalização tem sido importante movimento para a descentralização dos serviços de saúde e são inegáveis os resultados positivos desse processo. Contudo, [...] a forma dual e polarizada de descentralização, que leva a uma autarquia municipal, pode levar ao aumento da iniquidade, da ineficiência, à perda da qualidade dos serviços e à baixa sustentabilidade desse processo. Assim, sem impedir o seu desenvolvimento, a municipalização deve ser revisitada, de tal modo que se estabeleçam, nos espaços subestaduais e supramunicipais, conforme experiências internacionais bem-sucedidas, sistemas microrregionais de saúde ou, como é comum denominar-se em outros países, os distritos sanitários. O sistema microrregional de serviços de saúde é o espaço privilegiado da organização dos sistemas locais de saúde, onde deverão ofertar-se as atenções primária, secundária e terciária.

Além disso, o financiamento da saúde, segundo o autor, deve ser concebido numa visão de reforma fiscal em que, a partir da redefinição das competências dos três níveis, estabeleçam-se responsabilidades de financiamento compartilhadas pela União, pelos estados e pelos municípios. Assim, deverá se chegar a uma participação relativa mais equilibrada entre as três instâncias federativas, o que é imprescindível para o estabelecimento do federalismo cooperativo.

Soares (2001), analisa o processo de descentralização da saúde a partir da Reforma do Estado na década de 90. A autora argumenta que esse processo assumiu uma face neoliberal, contrária aos princípios da Constituição de 1988 e, de forma crítica, aponta seus problemas, fortemente influenciados pelas reformas propostas na época. Para Soares (2001, p.51), naquele momento, o governo federal perpetra uma “reengenharia” reduzindo a sua obrigação e repassando para estados e, principalmente, para os municípios a responsabilidade maior no financiamento do setor da saúde.

No contexto neoliberal da década de 90, a restrição mais evidente no setor da saúde, segundo Soares (2001) foi a financeira, com baixo valor per capita correspondente ao PAB fixo, sendo que o alto custo e a assistência hospitalar de má qualidade e baixa resolutividade continuaram consumindo a maior parte dos recursos.

Além disso, a autora enfatiza que o repasse de recursos impôs aos estados e municípios uma “camisa de força” que os obrigou a cumprir uma infinidade de portarias ministeriais, cujas fórmulas tecnocráticas impuseram um padrão uniforme para realidades políticas, administrativas, financeiras e sociais totalmente diversas (SOARES, 2001, p.51). Nesse sentido, a autora argumenta que a desigualdade entre os municípios é mantida, possivelmente ampliando a iniquidade do ponto de vista da oferta de serviços de saúde em qualidade e quantidade, porque possuem diferentes condições financeiras e distintas realidades.

Soares (2001) considera que a atual política de saúde, ao centrar seu foco na atenção municipal/local, impõe padrões de atuação não condizentes com a enorme heterogeneidade de nosso país, e totalmente distantes das reais possibilidades dos municípios de darem resposta aos crescentes problemas de saúde com os quais se defrontam.

Soma-se a isso que as políticas sociais e de saúde perderam suas dimensões integradoras, nos âmbitos regional e estadual, resultando numa visão que focaliza, como já mencionamos, o local como o único espaço capaz de dar resposta supostamente “mais eficientes” e acordes às necessidades da população, “não por acaso reduzidas hoje à “comunidade”. (SILVA, 2001, p.45). Para a autora, retrocedemos a uma “visão comunitária” onde as pessoas e as famílias passam a ser responsáveis últimas por sua saúde e bem estar. Por trás disso, “está o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinantes nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma estão na mais absoluta pobreza.” (SILVA, 2001, p.45,46).

Nessa perspectiva, a descentralização de face neoliberal apresenta vários problemas, entre eles estão a descentralização de encargos sem a equivalente descentralização de recursos, e sem respeitar as reais necessidades de saúde e as heterogêneas capacidades de intervenção das Prefeituras e órgãos municipais. Esse processo de descentralização tem provocado o desmonte de estruturas/equipamentos sociais federais e/ou estaduais pré-existentes, sem que as prefeituras sejam capazes de mantê-los ou substituí-los por algo equivalente. Para Soares (2001) as iniquidades regionais têm aumentado com o processo de descentralização, entendido apenas como municipalização das ações, à medida que tem provocado a fragmentação das ações e a diminuição de sua efetividade. Além dos estados terem sido praticamente ignorados nessa descentralização/municipalização, enquanto agentes responsáveis pela implementação de políticas regionais, limitando-se a um papel meramente formal de repassadores de recursos.

Essa descentralização, para a autora, é oposta àquela proposta pela Constituição de 1988, que previa uma autonomia real das unidades federadas, baseada em um esquema de financiamento e repasse de recursos compatíveis com o gradual repasse de encargos.

Outra face perversa desse contexto tem sido a privatização “por dentro” do setor público. É a introdução da lógica mercantil no interior dos serviços públicos, onde se privilegia o que a autora denomina de “microeconomia” do custo/benefício em detrimento da qualidade. (SOARES, 2001, p.56).

Soares (2001) frisa que é preciso olhar o processo real de municipalização que hoje ocorre no SUS, diante do contexto restritivo do ajuste e das propostas de reforma do Estado, dirigidas à privatização e à focalização dos serviços públicos para os pobres. Deve-se retomar a defesa do SUS, resgatando seus princípios.

Outro ponto notável a ser discutido, enfatizado por Silva (2001) e por Cohn (1998), refere-se ao poder local e seus governos.

Cohn (1998) enumera a permanência de traços patrimonialistas e clientelistas, tanto no governo central quanto no local. Ao explicar sobre a relação entre governo central e local, assegura que a política do primeiro é marcada pela pulverização de interesses de cunho particularista, além de apresentar perfil conservador e patrimonialista – traços que tendem mais a se acentuarem do que serem superados.

A presença do patrimonialismo e do clientelismo²³ na política brasileira apresenta, como explicita Cohn (1998), reflexo imediato no nível local, verificado quando, por exemplo, temos a descontinuidade de políticas e programas sociais, marcados não por serem políticas de determinados governos, mas de determinados governantes. Tais aspectos resultam na apropriação particular das ações pelos governantes e na sua descontinuidade quando ocorrem mudanças de gestão, mesmo quando se trata de sucessão do mesmo grupo e/ou partido político no poder.

Ainda é observado, pela autora, que quanto mais patrimonialista e clientelista a cultura política local, maior é a concentração do poder nas mãos do Executivo local e a apropriação da máquina pública por parte das elites políticas. Cabe lembrar que a escassez de recursos e as exigências de garantia de governabilidade também tornam os governos locais permeáveis aos interesses privados.

Cohn (1998) garante que a possibilidade e o alcance das ações do governo local se encontram articuladas aos determinantes mais gerais, em especial àqueles que dizem respeito às políticas implementadas no âmbito nacional. “O nível local [...] tem fronteiras de ação definidas pelos limites estruturais mais amplos presentes nas opções políticas sobre o modelo de ajuste estrutural e de estabilização econômica assumidas no nível nacional.” (COHN, 1998, p.156).

Nesse sentido, a autora argumenta que a lógica da máquina institucional governamental ainda obedece à cultura centralizadora de nosso Estado. Dessa forma, propor políticas descentralizadas no nível local confronta a lógica dessa máquina.

²³ Para os conceitos de clientelismo, ver nota 8. Para o conceito de patrimonialismo, ver: FAORO (2000)

Diante disso, mostra-se a necessidade de rastrear nas experiências do governo local a sua autonomia na formulação e implementação de políticas sociais, bem como seu papel na construção de espaços institucionais e de incentivos na participação dos setores organizados – já que se considera fundamental, para as cidades de vários portes e diversas realidades socioeconômicas, a iniciativa do governo local para implementar essas políticas sociais e, a participação da sociedade na gestão pública.

Segundo Cohn (1998), o desafio maior está em atender as demandas sem cooptação dos segmentos populares e em formular e implementar políticas e programas sociais que efetivamente atendam às necessidades dos setores mais carentes da sociedade local, sem se tornarem populistas, ou clientelistas.

O estudo de Silva (2001), a partir de alguns pressupostos que dizem respeito aos limites e às possibilidades do poder local²⁴ para pôr em prática as políticas de interesse do SUS, atenta-se também ao fato de como se expressam os distintos interesses no âmbito do poder local.

Silva (2001), que prevalece seu estudo no campo teórico, conceitua o local como espaço da realidade social complexa, considerando, no contexto da municipalização da saúde, que a investigação dos interesses manifestados na formulação de políticas e de sujeitos do processo decisório podem contribuir para a análise da formulação das políticas locais de saúde.

É válido citar que Silva (2001) não toma partido de nenhuma das visões polares encontradas na literatura sobre a análise do poder local. De um lado está a visão que supervaloriza o local, especialmente alguns da chamada corrente municipalista, que considera que o local constitui um cenário possível de grandes transformações sociais e políticas. E de outro lado, estão os que negam o local, preferindo retirar qualquer possibilidade transformadora do poder local. Nas palavras de Silva (2001, p.93):

Parece-nos, como mostram os resultados de diversos estudos [...], que nenhuma dessas duas visões polares é correta. Existe mútua interferência entre o ‘central’ ou ‘global’ e o ‘local’. Não é possível analisar as políticas locais sem considerar os determinantes sociais, políticos e culturais mais amplos. Por sua vez, também é preciso reconhecer que os grupos locais, mediante o exercício do poder local, podem influenciar no encaminhamento das políticas de saúde.

²⁴ O poder local é entendido por Silva (2001) como o poder que emana das relações que se estabelecem no local. No entanto, esse é um tema complexo, que tem sido analisado de diferentes perspectivas na literatura.

O autor reitera que no caso do Brasil, os governos locais correspondem às administrações municipais, que possuem autonomia para o exercício do poder, limitada pela legislação pertinente. E ainda corrobora a definição de governos locais, dada por Browman & Hampton (apud SILVA, 2001, p.96):

[...] instituições que estão constituídas por alguma forma de procedimento democrático, que desfrutam de fonte independente de recursos (tributos), ao menos para uma parte de seus gastos, e que têm certo grau de autonomia para buscar políticas que possam estar relacionadas com a de outros governos subnacionais, ou com prioridades estabelecidas pelo governo central.

Para ele, em relação ao governo central, os municípios ainda não alcançaram independência. A autonomia administrativa local se encontra limitada por determinantes econômico-estruturais, os recursos obtidos são insuficientes para cumprirem as responsabilidades assumidas.

No entanto, apesar das dificuldades dos governos locais, Silva (2001) salienta que a situação foi mais favorável à democratização do espaço local, pois a legislação previa maior participação da população, dando maior possibilidade de intervenção aos grupos de interesse local. Para que haja participação, é necessário cultura política, ou seja, deve haver vontade de fazer parte do processo, com base nos interesses da sociedade, para que não prevaleçam interesses particulares. Afirma:

No campo da política de saúde, percebe-se pelo marco legal da Reforma Sanitária, que o SUS delega poder de participação e de decisão – formular, acompanhar, controlar – aos atores locais, instituindo fóruns formais para que isso ocorra. Institucionaliza-se o pluralismo no espaço local e a meta é a ‘gestão participativa’. (SILVA, 2001, p.132).

Entretanto, Silva (2001) alerta o risco de que se promova tutela desses canais de participação pelo Poder Executivo. Os canais de participação têm sua influência limitada por diversos fatores, que dizem respeito aos limites do poder local e a outros que se referem ao micropoder, existente no interior das organizações de saúde. Na visão do pesquisador, é necessário o aperfeiçoamento dos canais de participação. Além disso, destaca a falta de qualidade na democratização das decisões e no controle social.

Para isso, levanta quatro pressupostos. O primeiro é que “o deslocamento de poder propiciado pela municipalização da saúde, apesar de limitado por obstáculos que fogem do domínio dos atores locais, permite que os processos políticos que ocorrem no município interfiram positivamente no controle social.” (SILVA, 2001, p.137).

O segundo diz que a capacidade de interferência do poder local está limitada a determinados assuntos e que a escolha dos assuntos que serão tratados de forma prioritária na formulação das políticas locais depende de vários fatores. Tal priorização de assuntos e a formulação de políticas podem gerar conflitos, que devem ser superados por gestores locais capacitados, sendo esse o terceiro pressuposto do autor.

E, finalmente, o último, que considera o convívio da municipalização com dificuldades relacionadas ao “que fazer” e “como fazer”, mas também com dificuldades no campo teórico e prático da Reforma Sanitária. Assim, a municipalização da saúde convive com uma dificuldade não superada da Reforma Sanitária, que é “a de traduzir suas intenções em práticas concretas, por causa da inexistência de caminhos absolutamente claros para transformar o atual modelo de saúde.” (SILVA, 2001, p.139).

Apesar dessas dificuldades, o autor acrescenta que o processo de municipalização da saúde induz à mudança nas organizações de saúde, embora ainda incipiente. “Um dos desafios que temos de superar na construção do SUS é a aceleração dessas mudanças.” (SILVA, 2001, p.260). Torna-se necessário uma mudança do modelo assistencial e a consolidação de novas práticas sanitárias, por isso a presença de modelos alternativos. Silva (2001) explicita a existência de dois modelos assistenciais no Brasil: o modelo médico-assistencial hegemônico, que se organiza com base na demanda espontânea, e os modelos alternativos, que procuram atender a demanda organizando a oferta de serviços, através de ações programáticas (ou programas em saúde) em saúde, vigilância em saúde, estratégia de saúde da família e políticas públicas saudáveis.

Como revela o autor, com a municipalização surgiram várias experiências alternativas de construção e operacionalização de política de saúde. No entanto, tais experiências ainda não constituem estratégias definitivamente consolidadas. E ainda, que são grandes as dificuldades na mudança das práticas sanitárias, sendo a mais evidente a incorporação do conceito ampliado do processo saúde-doença, que indique a ruptura com o reducionismo do modelo hegemônico.

O *Programa de Saúde da Família* (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde com o propósito de modificar o modelo de assistência, conforme Silva (2001), vem se consolidando nos últimos anos como a principal estratégia estruturada na inversão das práticas sanitárias no SUS, com a adesão cada vez maior dos municípios. De acordo com o autor:

O PSF tem como foco principal da estratégia de mudança do modelo a utilização de tecnologias de planejamento para intervir em um determinado território visando atuar nas variáveis que se relacionam ao adoecimento da população. Nesse ‘território-processo’ – conceito difundido pela Opas [Organização Pan-Americana de Saúde] que abrange território social, econômico, político, epidemiológico – as intervenções propostas têm como principais instrumentos a epidemiologia e a vigilância à saúde. Essa proposta de intervenção valoriza ações sobre o território em questão utilizando conceitos de ‘área de abrangência’ e ‘microáreas de risco’ – delimitações geográficas que procuram caracterizar um perfil homogêneo de ‘riscos de adoecer’ baseado nas condições socioeconômicas – e situações de risco dos diferentes grupos populacionais. (SILVA, 2001, p.268, grifo nosso)

No entanto, o autor aponta ao fato do programa não constituir uma unanimidade, recebendo várias críticas – como será explanado na próxima seção. Existe uma polêmica entre os que apóiam e os que questionam as possibilidades do PSF como estratégia estruturante de inversão do modelo assistencial. Assim, o autor salienta o cuidado de não adotar, dogmaticamente, o PSF como o único modelo de inversão do modelo assistencial. “Além disso é conveniente flexibilizá-lo na sua aplicação quando isso for conveniente nos contextos local e regional e incentivar outros modelos tecnoassistenciais que partilhem do mesmo ideário de mudanças.” (SILVA, 2001, p.280)

Retomando a questão da mudança do modelo assistencial, Silva (2001) estabelece os obstáculos desse processo, entre eles os que dizem respeito ao perfil dos recursos humanos que atuam na rede de saúde; à cultura prevalecente em usuários/comunidade, ligada ainda ao modelo tradicional; à cultura das organizações que resistem a mudanças e às dificuldades de integração entre as atividades preventivas e as curativas, apesar delas ocorrerem no mesmo local – a Unidade Básica de Saúde. A integralidade da prevenção, cura, promoção e reabilitação, segundo o autor, ainda não se consubstancia, concretamente, na prática.

Além desses óbices, Silva (2001) enumera outras dificuldades do processo de descentralização: a alocação de serviços ainda fortemente vinculada à lógica de oferta de serviços e não às necessidades epidemiológicas; ampliação desordenada da capacidade instalada pública e

da incorporação de serviços privados do SUS e a falta de integração entre as diversas políticas de descentralização.

Apesar dessas complicações, de acordo com o autor, uma proposta para superá-las esteve presente na NOAS SUS 01/2001, a de regionalização da assistência à saúde, também conhecida como microrregionalização ou organização de sistemas funcionais de saúde. A Regionalização da Saúde, segundo Silva, prevê a reorganização do fluxo de pacientes entre os diversos níveis de atenção e, especialmente, entre diferentes municípios, e a melhoria do acesso, ao definir com mais clareza a responsabilidade pela assistência. Temos, então, uma readequação da agenda de descentralização no Brasil.

Na visão do estudioso, para que isso ocorra é necessário que se regule uma legislação compatível ao contexto da descentralização da saúde e que contribua para superar tais obstáculos, além do apoio que deverá ser dado, aos municípios, no financiamento da saúde, pelos outros níveis de governo.

Tornam-se indispensáveis a capacitação de recursos humanos, principalmente dos gestores municipais, e o aperfeiçoamento dos canais de participação, como antes mencionado. É importante, segundo Silva (2001), que no âmbito local a institucionalidade de projetos de mudança, coerentes com os princípios do SUS, seja ampliada, envolvendo outras arenas de poder, além do executivo. É fundamental que seja preservada a autonomia política e administrativa própria do pacto federativo brasileiro e a autonomia dos gestores locais, para que exista certo grau de pluralismo na implementação de estratégias e para a utilização de medidas mais adequadas ao contexto local. Na perspectiva do autor, como não existe nenhuma fórmula pronta para a inversão do modelo assistencial de saúde, é válido enfatizar elementos que considera relevantes para que as mudanças aconteçam.

Por fim, destaquemos a perspectiva de Costa, Silva e Ribeiro (1999) que possuem uma visão que valoriza os pontos positivos desse processo, considerando que são poucas as evidências de que a descentralização setorial tenha afetado de modo negativo a qualidade dos serviços de saúde, negligenciando o desenvolvimento de mecanismos de responsabilização dos governos locais, ou até mesmo que tenha gerado um processo descoordenado, caótico e/ou produzido uma crise de legitimidade do sistema público de saúde.

Nesta seção procuramos fazer um levantamento histórico da política de saúde até aspectos mais recentes; analisar a regulamentação do SUS e, finalmente; fazer um levantamento

bibliográfico a respeito do processo de descentralização recorrendo à explicitação suas limitações e seus avanços.

Notamos, através da revisão bibliográfica que, de forma geral, os autores não discordam sobre os resultados positivos nos serviços e ações de saúde após a implementação da descentralização, relevando a maior eficiência e a democratização. Porém, criticam a forma como a descentralização foi realizada no Brasil.

Devemos esclarecer que o conceito de descentralização, utilizado neste trabalho, se refere ao processo no qual ocorre a transferência de responsabilidade, de serviços e de poder decisório do nível nacional para os níveis subnacionais - concordando com a definição dada por Costa, Silva e Ribeiro (1999). Consideramos a descentralização como um processo em andamento, já que ainda existem muitas dificuldades a serem repensadas e muitos aspectos a serem reformulados. A falta da plena autonomia municipal para que os municípios assumam a gestão de saúde, que se encontra impedida pela insuficiência de recursos e pela conseqüente dependência financeira em relação ao governo federal, mencionada pelos autores estudados, é uma das dificuldades. Para os municípios planejarem suas políticas de saúde, suas estratégias e programas, priorizando ações e serviços considerados adequados às suas populações, é necessário que possuam flexibilização e autonomia.

Deste modo, condiz com nosso trabalho, o conceito de descentralização dado por Arretche (2000), que o define como a institucionalização, no plano local, de condições técnicas para a implementação de tarefas de gestão de políticas sociais. Consideramos que o processo de descentralização não é possível se não forem dadas as condições estruturais para que os municípios desenvolvam suas ações. Pensamos que há necessidade de uma política nacional de saúde adequadamente formulada, em que os municípios sejam apoiados, tecnicamente e financeiramente, pelo MS e pelas Secretarias Estaduais de Saúde para a construção da infraestrutura apropriada.

No entanto, não bastam esses apoios, sem que haja mudança na maneira de pensar a saúde e, conseqüentemente, no modelo de saúde como política nacional.

O problema estrutural da descentralização e seus diversos obstáculos impossibilitam que o sistema de saúde ofereça um serviço de qualidade aos cidadãos. Mas, a nosso ver, um grave problema da saúde pública brasileira está relacionado ao modelo de saúde vigente, baseado na prática curativa que requer onerosos recursos e é incapaz de obter alta resolutividade **em termos**

de qualidade de vida da população. Não há dúvida que equipamentos e exames especializados de alta tecnologia são indispensáveis para um sistema de saúde público de qualidade, mas acarretam elevados custos e não solucionam o problema da demanda, que é cada vez maior quando não há o incentivo à prática preventiva e educativa. Qualquer doença simples não tratada adequadamente e a ausência de informação podem engendrar: a multiplicação de atendimentos pela mesma causa, um aumento no número das internações e das complicações de saúde; propiciando excessiva procura por atendimentos e consultas em geral, necessidades hospitalares, procedimentos médicos e cirúrgicos, exames especializados e de alta tecnologia – necessidade esta, criada pelo modelo curativo. Provavelmente, essa situação e realidade seriam outras se houvesse investimentos e políticas voltadas ao enfoque no trabalho preventivo, de orientação, de qualidade do atendimento primário e de vida do usuário, enfim, de mudança do modelo de saúde hegemônico.

Os custos do governo federal com a saúde também seriam significativamente menores, e seus serviços de melhor qualidade, com maior resolutividade. Deve-se buscar uma política de saúde nacional com objetivos e metas que tenham o propósito de: mudança do modelo de saúde curativo ainda vigente; qualidade de vida do cidadão, promover ações de prevenção de doenças e ações de promoção da saúde; maior acesso da população às informações básicas de saúde através da aproximação dos profissionais de saúde com a comunidade e a conscientização da população da relevância de hábitos saudáveis, como alimentação adequada, higiene e cuidados primários de saúde.

Vale destacar que, em relação à mudança do modelo de saúde e à busca por alternativas, o MS criou o **Programa Saúde da Família (PSF)** e o Programa de Agentes Comunitários (PACS), adotados como modelos alternativos da possível inversão do modelo atual, enfocando a ação de **práticas preventivas**, que devem ser realizadas concomitantemente às práticas curativas.

Esta pesquisa pretende a compreensão do PSF como modelo alternativo ao modelo de saúde curativo presente, através do esclarecimento e entendimento de seus princípios, conceitos, funcionamento e da sua forma de trabalho e atividades desempenhadas. Com este fim e basendo-se em um estudo de caso, analisamos a atuação e contribuição do programa no sistema público de saúde de Araraquara, observando o seu papel e sua colaboração na mudança do modelo de saúde em vigor no município e da concepção de saúde na Secretaria Municipal de Saúde.

É de relevância fundamental esclarecermos por qual razão o PACS não é nosso objeto de pesquisa. Este programa, na nossa compreensão, constitui uma proposta alternativa que ainda encontra-se atrelada à tradicional Unidade Básica de Saúde (UBS), unidade esta que preconiza a prática curativa. Nele, os Agentes Comunitários de Saúde realizam suas atividades junto à comunidade, fora das UBSs, e, quando retornam a essas unidades tradicionais, encontram dificuldades em conciliar os princípios de suas atividades desempenhadas e suas concepções de saúde com os trabalhos curativos desenvolvidos pelos profissionais da UBS. Desta forma, o PACS apresenta dificuldades maiores na mudança do modelo de saúde. Por isso é considerado, pelo próprio MS, um programa de transição para o Programa Saúde da Família.

Já o PSF atua na própria Unidade de Saúde da Família (USF), com uma equipe profissional, que será esclarecida na próxima seção. Os Agentes Comunitários de Saúde executam suas atividades junto à população da área adscrita e têm como apoio uma estrutura própria, a USF, – desvinculada da UBS tradicional – e uma equipe de Saúde da Família, com profissionais que possuem os mesmos objetivos, princípios e concepções. Entretanto, cabe ressaltar que se esse programa consegue efetivamente trazer mudanças significativas ao modelo de saúde curativo isso é outra discussão e que, com base no estudo de caso do município de Araraquara, será examinada nesta pesquisa.

2 HISTÓRICO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

2.1 Surgimento do Programa Saúde da Família (PSF)

Busca-se, nesta seção, explicitar as propostas e os objetivos que o Ministério da Saúde (MS) pretendeu, e ainda pretende, alcançar com a formulação do Programa Saúde Família (PSF). Nosso objetivo é compreender, a partir dos documentos emitidos pelo MS, como ocorreu a implantação do programa, como está estruturado, o seu funcionamento, seus princípios e a formação e o papel da equipe de saúde da família (ESF). Posteriormente, propusemo-nos a desenvolver uma revisão bibliográfica, acerca do assunto, apontando as vantagens e os limites do programa.

Como mostra Viana e Dal Poz (2005), a origem do PSF remonta à criação pelo MS do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, buscando aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar.

De acordo com documento do MS (BRASIL,2001a), o PACS, importante estratégia de aprimoramento e consolidação do SUS, é compreendido hoje como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família. A meta do PACS se consubstancia na contribuição para reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde.

O desenvolvimento das principais ações do PACS se dá por meio dos Agentes Comunitários da Saúde (ACS), pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população. As atividades destes profissionais são acompanhadas por um enfermeiro, numa unidade de saúde, na proporção máxima de trinta ACS para cada enfermeiro, o qual atua como instrutor-supervisor.

É da competência do ACS fazer o cadastramento/diagnóstico; o mapeamento, ou seja, o registro em um mapa de localização de residências das áreas de risco²⁵ para a comunidade; a

²⁵ Áreas de risco são locais em que a população está mais exposta a determinadas doenças, devido a condições epidemiológicas, sanitárias e sociais.

identificação de microáreas de risco, encaminhando-a aos setores responsáveis; a realização de visitas domiciliares e ações coletivas e intersetoriais. (BRASIL, 2001a, p. 6,7).

Pela primeira vez, segundo Viana e Dal Poz (2005), dentro das práticas de saúde, há um enfoque na família e não no indivíduo, o que faz com que o PACS se relacione diretamente com o PSF, podendo-se afirmar que o primeiro é um antecessor do segundo.

O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Sublinhe-se que todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência (da concepção) de sua intervenção. (VIANA; DAL POZ, 2005, p.230, 231)

Os autores asseguram que o PACS foi formulado com o objetivo central de contribuir à redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de uma extensão de cobertura dos serviços de saúde para áreas mais pobres e desvalidas. A partir das experiências acumuladas, o MS concluiu que os ACS seriam importantes para a organização do serviço básico do município, e tornou esse programa um instrumento de (re)organização dos modelos locais de saúde, um auxílio na implementação do SUS, deixando de ser um programa vertical do MS. Dessa forma, o êxito do PACS impulsionou a formulação do PSF.

Viana e Dal Poz (2005), explicam que o PSF foi concebido a partir de uma reunião²⁶, realizada em dezembro de 1993, em Brasília, com tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do então Ministro da Saúde, Henrique Santillo, do Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB).

Essa reunião foi a resposta do ministério a uma demanda de secretários municipais de Saúde, que queriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde (expansão do programa dos agentes para outros tipos de profissionais). [...] A reunião de dezembro esteve assentada na discussão de uma nova proposta. Partia-se do êxito do PACS, por um lado, e da necessidade de incorporar novos profissionais, para que os agentes não funcionassem de forma isolada, por outro. Cabe salientar que a experiência do

²⁶ Participaram dessa reunião técnicos do MS, de secretarias estaduais, secretários municipais de saúde, consultores internacionais e especialistas em atenção primária.

Ceará – de supervisão do trabalho do agente pelo enfermeiro – foi um primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais. Outro referencial importante nessa reunião foi a experiência de Niterói, com o Programa Médico de Família. (VIANA; DAL POZ, 2005, p.232,233).

Ao final dessa reunião, o MS, sob a gestão de Henrique Santillo, deu início à implementação no Brasil do PSF, através da Portaria nº 692. Em 1994, o programa foi implantado como política de Atenção Básica no governo Itamar Franco, sendo precedido, como já mencionado, pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Também foi criada a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), na Fundação Nacional de Saúde do MS, dentro do Departamento de Operações. A COSAC, segundo Viana e Dal Poz (2005), agregava três programas: o de agentes comunitários, o da saúde da família e o de interiorização do SUS.

O primeiro documento oficial do programa, *Programa Saúde da Família: Saúde dentro de casa*, de 1994, apresentava o programa como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação ocorreria, “prioritariamente, nas áreas de risco. É utilizado o *Mapa da Fome*, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como critério de seleção para as áreas de risco.” (BRASIL apud VIANA; DAL POZ, 2005, p.233).

O mecanismo de financiamento estabelecido, nesse momento, foi o convênio, firmado entre o MS, estados e municípios. No entanto, esse mecanismo, de acordo com Viana e Dal Poz (2005, p.233,234), se apresentou limitado, burocrático e pouco flexível, chocando-se com os propósitos descentralizantes do sistema de saúde, fazendo com que os técnicos do MS tivessem a percepção de seus limites.

Em 1995, o Ministro Adib Jatene²⁷, que assumiu o MS, transferiu o PSF da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), já ressaltando a importância que o programa adquirira dentro do MS. Em janeiro de 1996, buscando-se uma remuneração que superasse a forma convencional, recorreu-se à remuneração pela tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial SIA-SUS.

²⁷ Foi secretário de Saúde de São Paulo, entre 1979 e 1982, e, na década de 90, foi Ministro da Saúde durante o governo Fernando Collor, mas abandonou o cargo. Posteriormente, foi novamente ministro no governo FHC. Não era filiado a nenhum partido.

O PSF começa então a perder o caráter de programa e passa a ser um (re)estruturador dos serviços, isto é, passa a ser (mais) claramente um instrumento de (re)organização ou (re)estruturação do SUS, porque se deseja que este sirva como exemplo de um novo tipo de assistência distinto do modelo dominante. (VIANA; DAL POZ, 2005, p.234).

O PSF deixou de ser um programa para ser uma estratégia de reorganização do SUS.

É necessário ressaltar também que, a partir de 1996, o PSF começa a ter uma integração maior com o PACS, “o que aponta para uma fusão dos dois programas, pois suas operações podiam ser combinadas, já que a equipe de saúde da família inclui o agente comunitário.” (VIANA; DAL POZ, 2005, p.235).

Segundo Viana e Dal Poz (2005), esse modelo de assistência, baseado na família, passa a ter uma remuneração diferenciada em relação ao modelo tradicional, incentivando, assim, a sua expansão. Entretanto:

[...] a remuneração por procedimentos também é limitada, pois não pode ser estendida a todos os tipos de ações. Algumas atividades são mais bem remuneradas por outros tipos de critérios, como pagamento *per capita*. Podem ser citadas as atividades de prevenção, educação em saúde etc. Dessa forma, o programa evidenciou, para os técnicos do ministério, os limites dos pagamentos por procedimentos e a necessidade de combinar diferentes tipos de remuneração. (VIANA; DAL POZ, 2005, p.235).

Foi a partir dessa discussão, gerada pelo PSF, a respeito de que algumas atividades seriam melhor remuneradas por outros tipos de critérios, rompendo com a exclusividade da remuneração por procedimentos, que os técnicos do MS perceberam que tais atividades se adaptariam melhor à uma remuneração de tipo *per capita*. Portanto, “o PSF foi peça importante para as mudanças propostas pela NOB-96”²⁸ – analisada na primeira seção. (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 236).

Nesse contexto, tem-se a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), visto na primeira seção, que prevê a remuneração *per capita* para os municípios desenvolverem ações básicas de saúde, além de recursos adicionais àqueles que estiverem implementando o PSF.

²⁸ Como vimos na seção anterior, essa NOB estabeleceu o aumento percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais aos estados e municípios. Além do teto financeiro de assistência, a NOB 01/96 criou um conjunto de instrumentos indutores do modelo assistencial, dentre os quais se destaca a criação do Piso Assistencial Básico (PAB). Consultar anexo 1.

Ainda sobre o PSF, Viana e Dal Poz (2005, p.236) afirmam que o programa foi incorporado no projeto *Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS)*²⁹, do Banco Mundial, privilegiando as unidades básicas de saúde. Consideram que, os incentivos financeiros mencionados acima – e também a formação dos pólos de capacitação que devem formar recursos humanos para o programa –, ocasionarão sua expansão e uma redefinição do modelo assistencial do SUS.

Os autores salientaram, ainda, que, em fase de implementação, o PSF estabeleceu um novo tipo de aliança na política de saúde. Aliou-se a gestores locais (secretários municipais e técnicos do sistema local), a técnicos externos à área da saúde (técnicos da Comunidade Solidária³⁰ e de organismos internacionais, como o UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância) –, a países que desenvolvem práticas de saúde da família (Canadá e Cuba), e às associações da comunidade.

As antigas alianças que se estabeleceram usualmente na política de saúde (políticos, médicos e construtores de obras públicas), no nível local, foram superadas quando o programa iniciou sua implementação nos municípios, pois ele mobilizou mais as associações privadas da comunidade do que a corporação médica (inclusive porque não está centrado na figura do médico) [...]. Sublinhe-se que esse novo tipo de aliança foi suficientemente forte para neutralizar os opositores do programa: as corporações profissionais – Conselhos Federais de Medicina e de Enfermagem, além da Associação Brasileira de Enfermagem,

²⁹ O REFORSUS, instituído no final de 1996, é um projeto de investimento do Ministério da Saúde, com o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que tem como objetivos promover a qualidade da assistência e da gestão da rede de serviços de saúde; aumentar o grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviços, e promover a equidade. Para tanto, apóia programas que atuem de maneira a intervir simultaneamente nos principais pontos de estrangulamento do Sistema Único de Saúde e que contribuam para a superação dos principais problemas de saúde da população. (BRASIL, 2007b)

³⁰“O Programa Comunidade Solidária foi criado no início do Governo Fernando Henrique Cardoso como uma estratégia de articulação de programas sociais voltados para as populações mais carentes. Funciona na forma de uma secretaria executiva, ligada diretamente ao Gabinete Civil da Presidência da República, e se apóia em um conselho de *experts* na área social.”(VIANA; DAL POZ, 2005, p.262).

“O Comunidade Solidária é, assim, uma proposta do governo federal de *parceria* entre os três níveis de governo – federal, estadual e municipal – e a sociedade em suas diversas formas de organização e expressão. Pretende ser uma estratégia de *articulação* e *coordenação* de ações de governo no combate à fome e à pobreza, não se tratando de mais um programa. A parceria e a descentralização que caracterizam a proposta do Comunidade Solidária não permitem a elaboração de um modelo único de atuação. Trata-se de um processo extremamente *dinâmico*, construído coletivamente.” (PELIANO, A.M.T.; RESENDE, L.F.L.; BEGHIN, N., 1995, p.21).

preocupados em garantir o mercado de trabalho dos profissionais médicos e de enfermagem; a Pastoral da Saúde – as comunidades eclesiais desenvolviam programas de agentes comunitários e se opuseram ao cadastramento das famílias pelas unidades de saúde do programa; e alguns gestores estaduais. (VIANA; DAL POZ, 2005, p.238).

Assim, com o objetivo de (re)organização do modelo assistencial dominante, caracterizado pela predominância de ações curativas e pelo enfoque na doença, surgiu o Programa Saúde da Família.

2.2 O Programa Saúde da Família (PSF,) segundo o Ministério da Saúde (MS)

O Programa Saúde da Família, de acordo com a definição dada pelo Ministério da Saúde, “é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios e doentes, de forma integral e contínua.” (BRASIL, 2001b, p.5).

Como vimos, essa estratégia surgiu em um contexto de questionamento do modelo assistencial predominante no país, caracterizado pela prática hospitalocêntrica, pelo atendimento individual, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, restringindo as ações de prevenção e de promoção da saúde³¹, além de ter como foco a produção de procedimentos.

O objetivo do programa é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. O MS considera o modelo hegemônico de assistência à saúde ineficiente, pois orienta, prioritariamente, a atenção hospitalar e a oferta de procedimentos médicos para ações curativas e para a doença, com a utilização de serviços especializados e de procedimentos de alta densidade tecnológica, sob um discurso biologicista. Dessa forma,

[...] o Programa Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de

³¹ Para o conceito de promoção da saúde ver nota 5.

reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. [...] Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000, p.316)

O programa prioriza a atenção básica como porta de entrada ao sistema público de saúde, integralizando ações com a rede clínica e hospitalar.

A atenção à saúde, de acordo com a proposta do PSF, deve estar centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. O indivíduo deixa de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu conteúdo familiar, social e de seus valores. Assim, é proporcionada às equipes de Saúde da Família, “[...] uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.” (BRASIL, 2001b, p.5). Cabe-nos aqui explicitar a definição de família, dada pelo MS:

Família: é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados. (BRASIL apud BRASIL, 2000, p.6).

De acordo com o MS, a equipe de saúde deve compreender a família de “forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo”; deve identificar processos de violência no meio familiar e abordá-los de forma integral, organizada, com participação das diferentes disciplinas e setores e de acordo com os preceitos legais e éticos existentes. (BRASIL, 2001c, p.74). Os integrantes das ESFs devem estar preparados para dar solução aos principais problemas de saúde da comunidade.

O município é o espaço de execução da estratégia de Saúde da Família, enquanto projeto estruturado na atenção básica. A implantação do PSF depende, primeiramente, da adesão política da administração municipal, que deve submeter a proposta ao Conselho Municipal de Saúde. Segundo o MS (BRASIL,2001b), para que a implantação do programa seja realizada, o município deverá solicitar à Secretaria Estadual de Saúde a adesão ao PSF e cumprir determinados requisitos, entre eles: estar habilitado em alguma forma de gestão, segundo a NOB

1/96, e apresentar a ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS), constando a aprovação da implantação do programa.

O primeiro passo para a implantação da estratégia de Saúde da Família é [...] a vontade política do prefeito. O prefeito e o secretário municipal de Saúde devem estar firmemente decididos a implantar o PSF. Mais que isso, precisam estar convencidos de que o PSF pode, de fato, contribuir para reorganizar a Atenção Básica com a melhora efetiva do sistema de saúde do município e da qualidade de vida das pessoas. Ainda como parte do passo inicial desse processo de implantação, é fundamental que gestores, profissionais de saúde, políticos e a população em geral compreendam que o PSF é uma estratégia de organização da Atenção Básica e, conseqüentemente, de todo o SUS. É indispensável a participação de todos os atores envolvidos com o sistema, para se efetivar esse processo de mudança. É uma mudança em profundidade, que exige a participação de todos. (BRASIL, 2001c, p. 87).

O *Guia Prático do Programa Saúde da Família* (BRASIL, 2001c) informa que o PSF pressupõe que os municípios estejam preparados para atuar de forma regionalizada e hierarquizada. Cada município deverá dar solução aos problemas mais comuns e mais freqüentes na saúde da sua população, e definir para onde encaminhar os casos que exigem atendimento especializado. É um erro, portanto, imaginar o PSF como um serviço paralelo, isolado. Pelo contrário, o PSF se integra ao serviço de saúde do município e da região, enriquecendo-o, organizando-o e caracterizando-se como a porta de entrada do sistema municipal de saúde.

A estratégia de Saúde da Família surgiu para reafirmar e incorporar os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – desenvolvendo-se a partir da Equipe de Saúde da Família (ESF), que trabalha com a definição de território de abrangência, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área.

Essa estratégia, segundo o MS (BRASIL, 2001c), estrutura-se a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que deve possuir: uma sala de recepção, um local para arquivos e registros, um local para cuidados básicos de enfermagem – como curativos e outros procedimentos –, uma sala de vacinação, um consultório médico, um consultório de enfermagem, sanitários; uma clínica odontológica com equipamentos instrumentais e materiais para o

atendimento da saúde bucal, quando incorporado o Saúde Bucal³² e, sempre que possível, um espaço para atividades de grupo – por exemplo: de gestantes, de hipertensos, de diabéticos, de idosos e outros – e para educação permanente da ESF.

A USF deve possuir equipamentos e tecnologias para que seja alcançada a resolução dos problemas de saúde mais comuns da população, ou seja, deve estar equipada para garantir atenção básica à população. (BRASIL, 2001c).

No documento do MS (BRASIL, 2005a, p. 18), a USF aparece como a porta de entrada e o primeiro nível de atenção primária, devendo se integrar a uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade. Considera-se que não convém manter unidades tradicionais na mesma área das ESFs, para evitar a duplicidade de serviços e a concorrência entre os profissionais no atendimento a mesma população, pois, segundo o MS (BRASIL, 2001c), as situações de duplicidade desorganizam o sistema, além de não incorporarem racionalidade aos serviços e impossibilitarem o vínculo necessário entre a ESF e a comunidade.

A Unidade de Saúde da Família atua com base nos seguintes princípios:

- **Caráter substitutivo:** não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;
- **Integralidade e hierarquização:** a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços no sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral dos indivíduos e famílias e seja assegurada a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica;

³² Segundo o MS (BRASIL, 2002b, p.5), “[...] em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, [...] propôs, como estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, a inclusão de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Os objetivos são diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal.

As equipes de saúde bucal atuam mais próximas da realidade, identificando fatores de risco, famílias em situação de risco, priorizando demandas assistenciais e preventivas e levando ações de saúde bucal diretamente às comunidades.

Cada equipe de saúde bucal atende, em média, 6.900 pessoas, considerando-a proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família em funcionamento no município. Os recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde.”

- **Territorialização e adscrição de clientela:** trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área;
- **Equipe multiprofissional:** essa equipe de saúde, de acordo com MS, deve ser composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais poderão ser incorporados, a partir das necessidades e possibilidades locais, como: dentistas, psicólogos e assistente social.

A equipe de saúde (ESF), para o MS (BRASIL, 2001b e 2001c), é o pilar de sustentação do PSF no que se refere à operacionalidade do SUS. Os profissionais devem conhecer os fatores sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais e individuais, que determinam a qualidade de vida da comunidade registrada. Entre as prioridades das ESFs está o desenvolvimento de ações programáticas, levando-se em conta a fase do ciclo de vida das pessoas, como veremos a seguir, sem perder de vista o seu contexto familiar e social, e garantindo uma abordagem integral da assistência a saúde.

As principais atribuições das equipes do PSF são: o conhecimento da realidade das famílias, por meio das visitas nos domicílios³³, que englobam seus cadastramentos e o diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; a identificação dos problemas da área de abrangência; a elaboração do plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; a prestação da assistência integral na Unidade de Saúde da Família, na comunidade e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial; e desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde. (BRASIL, 2001a, p. 6,7).

³³ “Domicílio: designa o ‘local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos’. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes (muros ou cercas, entre outros) e coberto por um teto que permita que seus moradores se isolem e cujos residentes arcam com parte ou todas as suas despesas de alimentação ou moradia. Considera-se *independente* o local de moradia que tem acesso direto e que permite a entrada e a saída de seus moradores sem a passagem por local de moradia de outras pessoas.

Em casa de cômodos (cortiços), considera-se como um domicílio cada unidade residencial.

Também são considerados domicílios: prédio em construção, embarcação, carroça, vagão, tenda, gruta e outros locais que estejam servindo de moradia para a família”. (BRASIL, apud BRASIL, 1998, p. 6.).

De tal modo, o MS enumera como as principais responsabilidades da Atenção Básica a serem executadas pelas ESFs:

- **Ações de Saúde da Criança:** vigilância nutricional, imunização, assistência às doenças prevalentes na infância, e quando existem Equipes de Saúde Bucal (USB)³⁴ implantadas, dar assistência e prevenção às patologias bucais na infância;
- **Ações da Saúde da Mulher:** pré-natal, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo de útero e prevenção dos problemas odontológicos em gestantes;
- **Controle da Hipertensão:** diagnóstico de casos, cadastramento dos portadores, tratamento dos casos, diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência e medidas preventivas;
- **Controle de Diabetes Mellitus:** diagnóstico de casos, cadastramento dos portadores, tratamento dos casos, monitoramento dos níveis de glicose do paciente, diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade e medidas preventivas e de promoção da saúde;
- **Controle da Tuberculose:** busca ativa de casos, notificação destes, diagnóstico clínico, acesso a exames para diagnóstico e controle: laboratorial e radiológico, cadastramento dos portadores, tratamento dos casos e medidas preventivas;
- **Eliminação da Hanseníase:** busca ativa de casos, notificação, diagnóstico clínico, controle das incapacidades físicas e medidas preventivas.

Uma Unidade de Saúde da Família (USF) pode ter uma ou mais equipes, recomendando-se que cada equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no mínimo, duas mil e quatrocentas pessoas e, no máximo, quatro mil e quinhentas – o que corresponde de seiscentas a mil famílias.

O número de ACS da equipe varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da mesma. Estabelece-se que cada agente acompanhe de duzentas a duzentas e cinquenta famílias, dependendo da densidade populacional e da facilidade de acesso à USF,

³⁴ “Do ponto de vista da Saúde da Família, também as ações de saúde bucal devem ser organizadas, para que passe a existir, também nesse campo, uma relação nova com a comunidade [...].O município interessado em organizar as ações de saúde bucal, por meio da estratégia Saúde da Família, deverá obedecer à proporção de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para cada duas Equipes de Saúde da Família.” (BRASIL, 2001b, p.68). Existe um incentivo financeiro para que os municípios possam incluir ESB na ESF.

responsabilizando-se por uma microárea onde residem de quatrocentas e quarenta a setecentas e cinquenta pessoas. Se houver necessidade local, outros profissionais poderão ser incorporados, como psicólogos e dentistas.

A necessidade da educação continuada, para os profissionais das ESFs envolvidas, fez com que, a partir de 1997, o MS implantasse Pólos de Capacitação, com recursos do Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS). Os Pólos de Capacitação são os espaços de articulação de uma ou mais entidades, voltados para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde. Essas entidades são vinculadas às universidades ou instituições de ensino superior e se integram com secretarias estaduais e municipais de saúde para implementarem programas de capacitação destinados aos profissionais de Saúde da Família.

O monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas pelo programa são realizados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica, que possui os seguintes dados de alimentação obrigatória: dados cadastrais das equipes de saúde da família, dados cadastrais das famílias acompanhadas e índices de saúde e sociais.

O SIAB foi desenvolvido pela Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), da Secretaria de Assistência à Saúde do MS, sendo um sistema especial de gerenciamento das informações obtidas nas visitas às comunidades. De acordo com o documento do MS (1998, p.5), o SIAB produz relatórios que auxiliam as próprias equipes, as unidades básicas de saúde às quais estão ligadas e os gestores municipais a acompanharem o trabalho e avaliarem a sua qualidade. Ao mesmo tempo, os relatórios emitidos pelo SIAB permitem conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos – e readequá-lo, sempre que necessário – e, por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

A não-alimentação desse Sistema de Informação por um período de dois meses consecutivos ou três meses alternados durante o ano, implica na suspensão do cadastramento do programa. A alimentação do SIAB é condição obrigatória para que o município se mantenha habilitado no Piso de Atenção Básica.

Quanto ao financiamento do programa, de acordo com a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, o Piso da Atenção Básica (PAB) se constitui no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo formado por uma fração fixa e outra variável, como visto na seção anterior. A soma das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica.

A parte fixa do PAB é calculada pela multiplicação de um valor *per capita*, fixado pelo Ministério da Saúde segundo a população de cada município e do Distrito Federal. Determinou-se o valor mínimo do PAB, publicado na Portaria nº 2.133/GM, de 11 de setembro de 2006, em R\$15,00 (quinze reais) por habitante ao ano, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e ao Distrito Federal. Nos municípios em que os valores referentes já são superiores ao mínimo valor *per capita* proposto, será mantido o maior valor.

O PAB variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica. Consiste no montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal e outras.

A Portaria nº 648 estabelece que a efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da SF, dos ACS e da SB, tem por base os dados de alimentação obrigatória do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos municípios e do Distrito Federal. Os dados são transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, até o dia 15 de cada mês.

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrado no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O número máximo de ESF, pelo qual o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, é estabelecido pela fórmula: população / 2400.

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do PAB são aqueles definidos pela legislação federal do SUS: Plano de Saúde Municipal e o Relatório de Gestão, que deve demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população.

Quanto aos recursos de estrutura, tal portaria institui que, na implantação das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para suas estruturas, visando a melhoria, para o trabalho das equipes, da infra-

estrutura física e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde. Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Na Portaria nº 648/GM são estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESFs. A modalidade 1 é às ESFs que:

I – estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)³⁵ igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País;

II – estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item;

III - estiverem implantadas em municípios não inclusos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitando o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

Já na Modalidade 2, estão inclusas as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

A Portaria nº 650/GM, de 28 de março de 2006, estabelece que o valor dos Incentivos Financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família na Modalidade 1 é de R\$ 8.100,00 (oito mil e cem reais) a cada mês, por equipe. O valor dos Incentivos Financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família na Modalidade 2 é de R\$ 5.400,00 (cinco mil e quatrocentos reais) a cada mês, por equipe.

A Portaria nº 1.761, de 24 de julho de 2007, define que o valor do Incentivo Financeiro para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) seja de R\$ 532,00 (quinhentos e trinta e dois reais), a cada mês, estabelecendo como base de cálculo o número de ACS registrados no cadastro

³⁵ De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2004), o objetivo da elaboração do Índice de Desenvolvimento Humano é oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Entretanto, o progresso humano e a evolução das condições de vida das pessoas não podem ser medidos apenas por sua dimensão econômica.

O IDH parte do pressuposto de que para aferir o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características, sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana.

Criado no início da década de 90, combina três componentes básicos do desenvolvimento humano: a longevidade, a educação e a renda. Quanto ao seu cálculo, deve-se saber que quanto mais próximo de 1 o valor deste indicador, maior será o nível de desenvolvimento humano do país ou região.

de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), na respectiva competência financeira.

Além disso, no último trimestre de cada ano, é repassada uma parcela extra, calculada com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrado no cadastro de equipes, e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), no mês de agosto do ano vigente.

A Portaria nº 650/GM define também, para cada Equipe Saúde da Família quando implantada, o valor de 20.000,00 (vinte mil reais) transferidos para duas parcelas de R\$10.000,00 (dez mil reais), nos meses subsequentes ao mês de implantação, como recurso para investimento nas Unidades de Saúde e realização do Curso Introdutório. O valor para a Equipe de Saúde Bucal quando implantada é R\$ 7.000,00 (sete mil reais), a ser transferido em parcela única no mês subsequente ao de implantação, como recurso para os mesmos fins que os das ESFs.

Os incentivos financeiros transferidos para as ESFs têm por base a cobertura populacional.

De acordo com documento do MS (BRASIL, 2001b) e com a Portaria nº 1.329, de 12 de novembro de 1999, é este o critério para cobertura populacional das equipes de saúde da família num determinado município:

$$C = (E \times 3.450) / P \times 100$$

Em que C corresponde à cobertura populacional do programa em porcentagem, arredondada para uma casa decimal; E corresponde ao número de equipes de saúde da família e P significa o número de habitantes segundo o IBGE. O valor referente à transferência de recursos para manutenção das equipes de saúde da família varia de acordo com as faixas de cobertura populacional.

A Portaria nº 1.329 institui que, de acordo com a faixa de cobertura, os municípios passam a receber incentivos diferenciados, conforme a tabela abaixo:

Tabela 1: Faixa de Cobertura Populacional e Valores Anuais do Incentivo Financeiro por Equipe

CLASSIFICAÇÃO DAS FAIXAS DE COBERTURA	FAIXAS DE COBERTURA POPULACIONAL EM %	VALOR DO INCENTIVO/EQUIPE/ANO (R\$ 1,00)
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: BRASIL, 2003.

É válido indicar que o financiamento das estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde envolve, além dos recursos federais, recursos estaduais e municipais.

Como já mencionamos, o município é o espaço de execução da estratégia de Saúde da Família, enquanto projeto estruturante da atenção básica, portanto, cabe a este nível definir os meios e as condições operacionais para sua implantação.

No âmbito do PSF, a esfera municipal tem que se responsabilizar pela adequação das unidades de saúde, possibilitando resolutividade na assistência prestada e garantindo suas relações com os níveis de maior complexidade do sistema; pelo custeio da unidade de saúde; pela valorização da família e de seu espaço social como núcleo privilegiado de atenção do serviço de saúde; pela contratação e remuneração dos profissionais que compõem a equipe de saúde da família; pela educação permanente dos profissionais que compõem a ESF e pela contribuição para a organização da comunidade para efetivo exercício da participação e do controle social.

De acordo com o MS (BRASIL, 2001b), a coordenação do PSF está sob responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), conforme explicitado nos documentos do MS:

Compete a esta instância definir, dentro de sua estrutura administrativa, o setor que responderá pelo processo de coordenação do programa e que exercerá o papel de interlocutor com o nível de gerenciamento nacional. (BRASIL, 2001b, p.11).

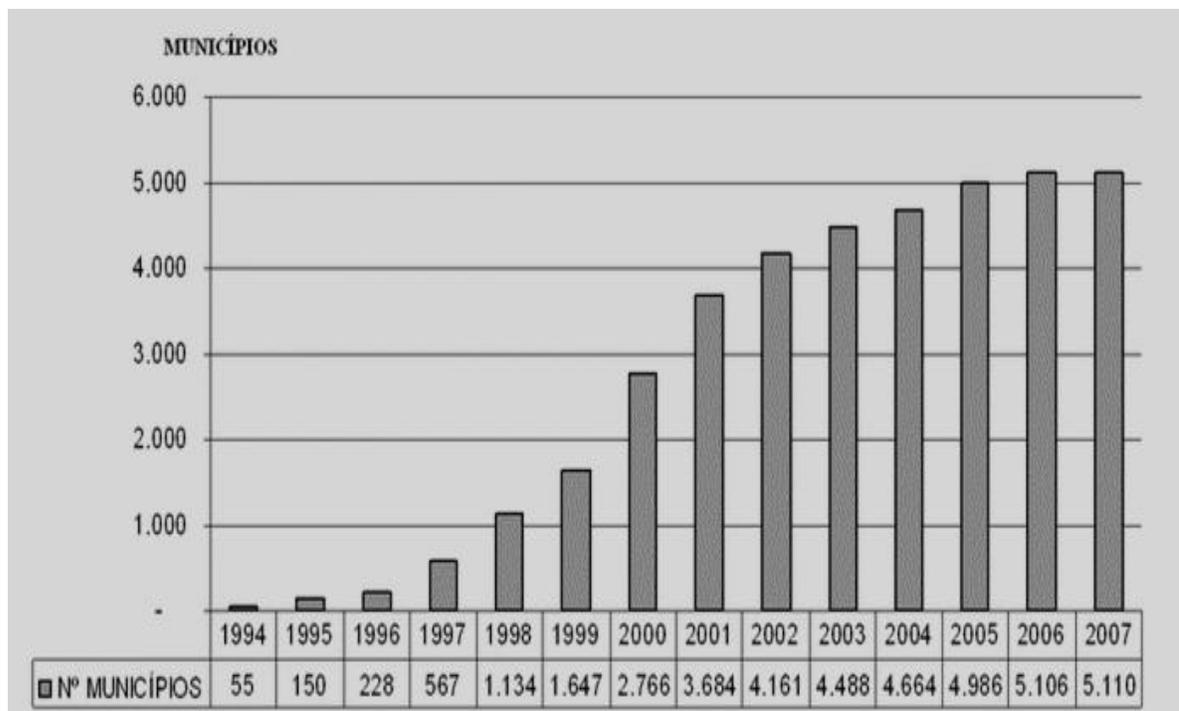
As Secretarias Estaduais de Saúde devem: contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção do programa; estabelecer, em conjunto com a instância de gerenciamento nacional do programa, as normas e diretrizes do programa; definir estratégias de implantação e implementação do programa; definir mecanismo de alocação de recursos que compõem o teto financeiro do estado para implantação e a manutenção do programa; definir prioridades para destinar os recursos estaduais; pactuar os requisitos específicos para implantação do programa; cadastrar as unidades de saúde da família no SIA/SUS; prestar assessoria técnica aos municípios; promover a articulação com instituições de ensino superior para educação permanente dos recursos humanos de saúde da família; analisar os dados de interesse estadual e alimentar o banco de dados nacional; controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados; identificar recursos técnicos e científicos para avaliação dos resultados e dos impactos das ações das unidades do PSF; promover intercâmbio de experiências e conhecimentos; promover articulações com outras instâncias da esfera federal e, viabilizar parcerias internacionais de apoio, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado, para fortalecimento do programa no âmbito do estado.

Ao Ministério da Saúde, no âmbito do PSF, cabe: contribuir para reorientação do modelo assistencial; estabelecer normas e diretrizes para implantação do programa; garantir fontes de recursos federais; definir mecanismos e prioridades de alocação de recursos federais; negociar requisitos para implantação da estratégia saúde da família; prestar assessoria técnica aos estados e municípios; promover articulações com o ensino superior e as instituições de serviço para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários ao modelo de saúde da família; consolidar e analisar os dados de interesse nacional gerados pelo sistema de informação e divulgar os resultados obtidos; controlar o cumprimento, pelos estados e municípios, da alimentação do banco de dados (SIAB); identificar os recursos técnicos e científicos para avaliação dos resultados; promover articulações com outras instâncias da esfera federal, e identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais, apoiadas em organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado.

O PSF, sob a óptica do MS, passa por um processo de expansão no país. Através dos dados fornecidos pelo MS (BRASIL, 2001b), é possível demonstrarmos a evolução do número de

municípios brasileiros com Equipes de Saúde da Família. Nesse aspecto, é ilustrativo o gráfico a seguir:

Gráfico 1: Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 a março /2007



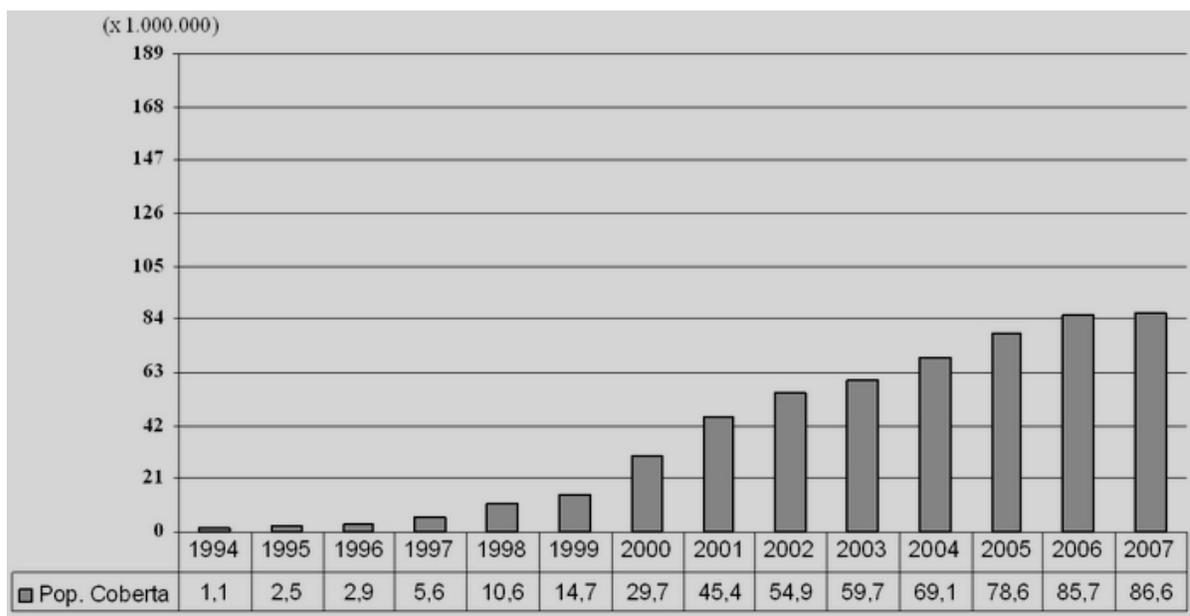
Fonte: BRASIL, 2001b

Pelo gráfico, percebe-se que o número de municípios com ESFs passou de 55, no ano de 1994, ano em que se inicia a implantação do PSF, para 5.110 no início do ano de 2007. Isso significa que 91,91% dos municípios brasileiros, até março de 2007, possuem ESFs.

É igualmente notável o aumento do número dessas equipes. Elevou-se de 3 mil, em 1994, para 27.100 mil equipes, no início de 2007, implantadas no Brasil.

Quanto à evolução da população coberta pelas ESFs, no referido período, de 1994 a março de 2007, observemos o próximo gráfico:

**Gráfico 2: Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família
BRASIL - 1994 a MARÇO/2007**



Fonte: BRASIL, 2001b

O gráfico indica, através dos números, uma intensa evolução da população coberta pelas ESFs. Em 1994, era 1,1 milhão a população atendida pelas equipes, aumentando para 86,9 milhões, em março de 2007.

O investimento no Programa de Saúde da Família também cresceu. Segundo o MS, em 2003, o valor investido foi de R\$ 1.662,80 milhões, contra R\$ 2.191,04 milhões, em 2004, e 2.679,27 milhões³⁶, em 2005.

Dessa forma, podemos afirmar que as expectativas do MS em relação ao PSF são bastante positivas.

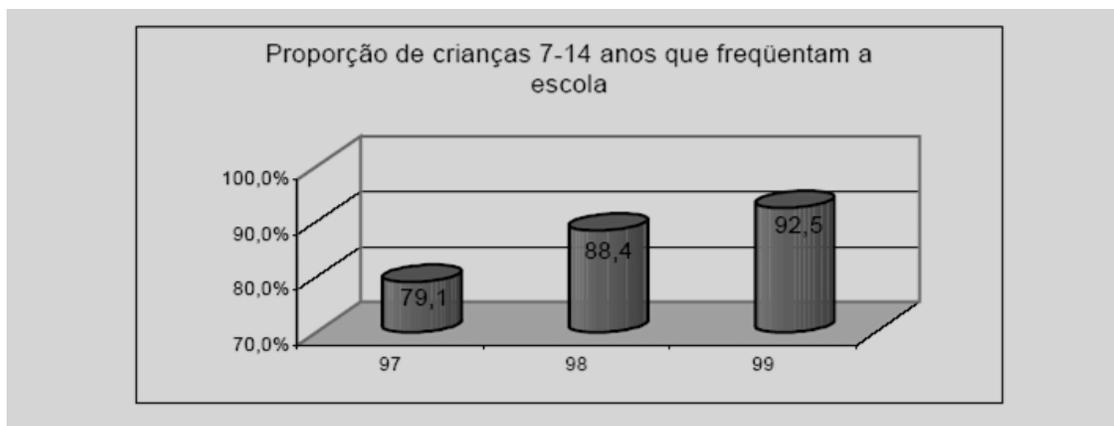
Para o MS (2001b, p.25), o Programa Saúde da Família, por apresentar uma atuação intersetorial de suas equipes voltada para outras áreas, como educação, cidadania e direitos humanos, apresenta resultados sociais bastante significativos. Verifica-se nos gráficos abaixo, em que MS analisou o período dos anos de 1997 a 1999, o aumento da proporção de crianças de 7 a

³⁶ Dados obtidos através do site: www.saude.gov.br.

Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>. Acesso: 05/03/2007.

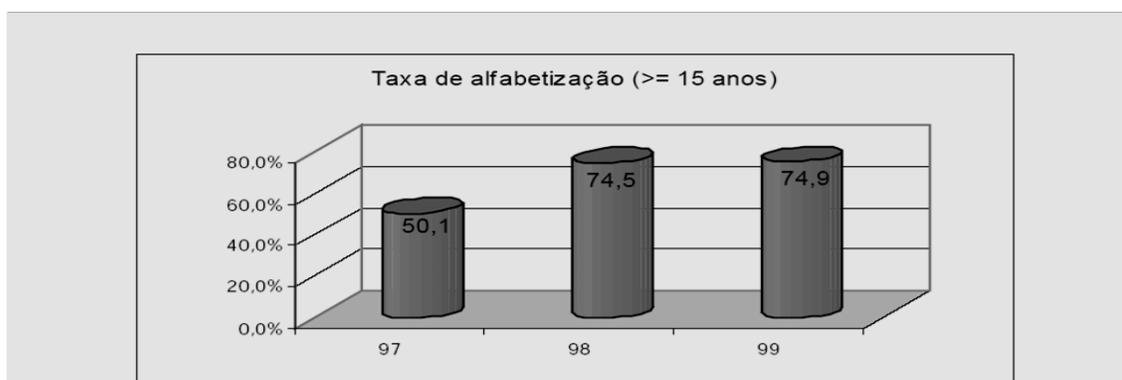
14 anos que freqüentavam a escola. Além do aumento da taxa de alfabetização (maior ou igual a 15 anos).

Gráfico 3: Proporção de crianças 7-14 anos, atendidas pelo PSF, que freqüentam a escola no período de 1997 a 1999



Fonte: BRASIL, 2001b

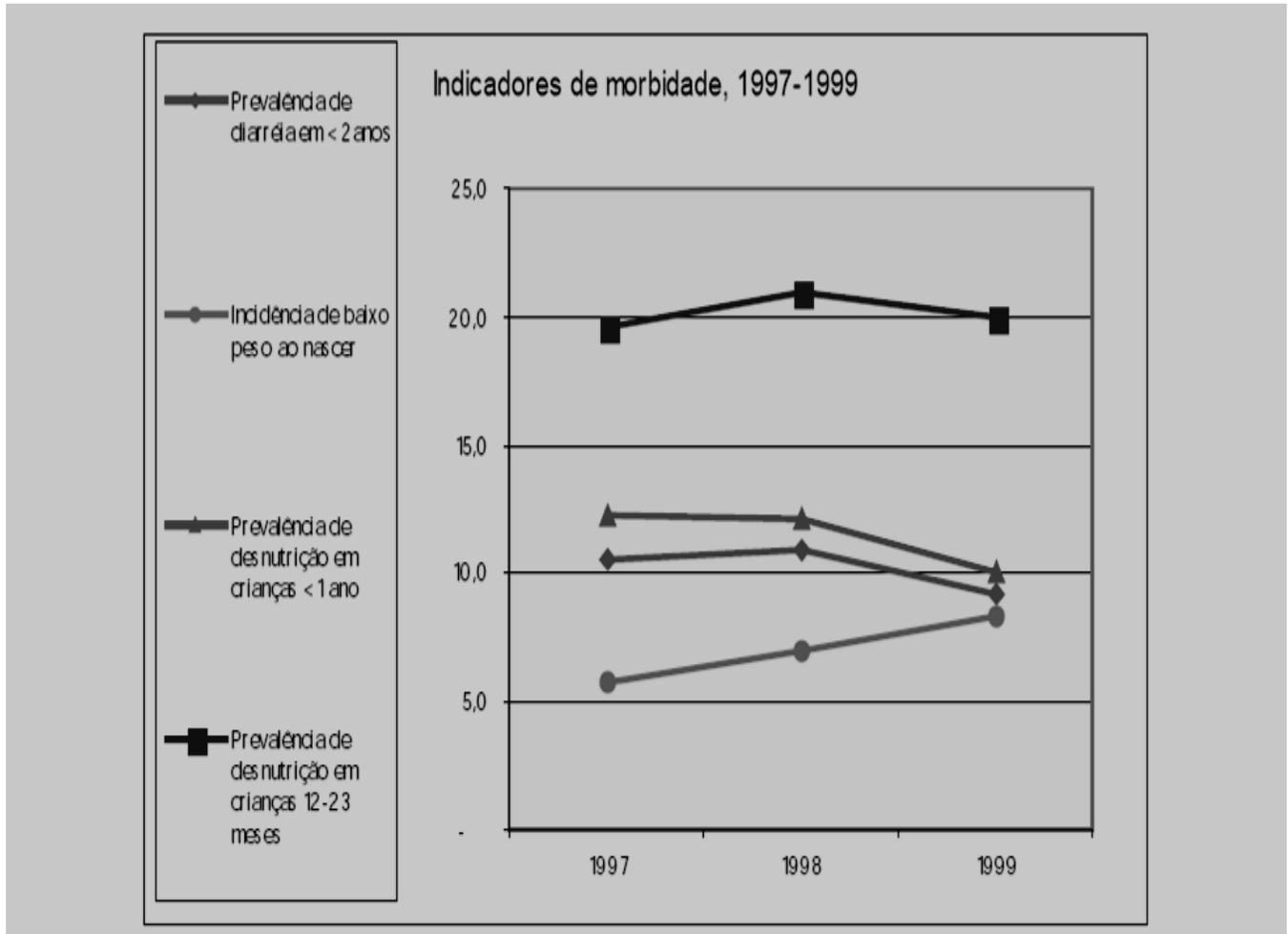
Gráfico 4: Taxa de alfabetização (maior ou igual a 15 anos) no período de 1997 a 1999, na população coberta pelo PSF



Fonte: BRASIL, 2001b

Em seu estudo, o MS (BRASIL, 2001b,) ainda apontou a melhora nos indicadores de morbidade e de mortalidade na população coberta pelo PSF. Atribui-se essa melhora à atuação das ESFs, que influenciam nos indicadores sociais.

Gráfico 5: Indicadores de morbidade, 1997 a 1999

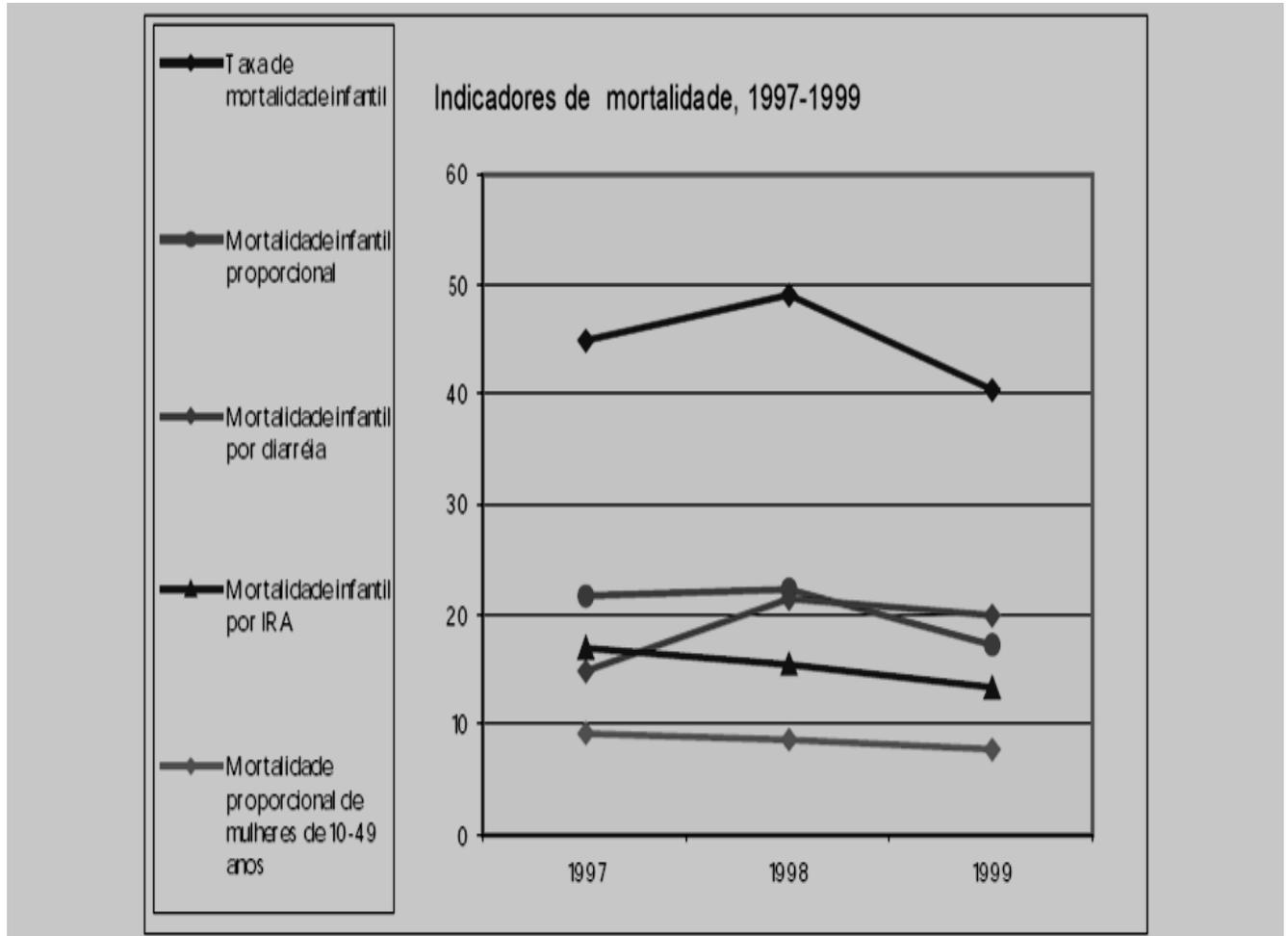


Fonte: BRASIL, 2004.

O gráfico acima demonstra que, nos anos de 1998 e 1999, a prevalência de diarreia em menores de 2 anos, a desnutrição em crianças de 12 a 23 meses e a prevalência de desnutrição em crianças com menos de 1 ano diminuíram em comparação com o ano de 1997. No entanto, a incidência de baixo peso ao nascer aumentou.

Já o gráfico a seguir apresenta a taxa de mortalidade infantil, demonstrando sua significativa queda:

Gráfico 6: Indicadores de Mortalidade, 1997 a 1999



Fonte: BRASIL, 2004

Para melhor compreensão dos indicadores sociais, vejamos o quadro a seguir, que detalha alguns deles, no ano de 2005, na região selecionada, a sudeste.

Quadro 1: Indicadores sociais e demográficos da população coberta por ACS/SF por Estado na Região Sudeste, Brasil, 2005.

Indicadores sociais e demográficos da população coberta por ACS/SF, por Estado e Região, Brasil, 2005

Estados	Razão de Sexos (M/F)(%)	Proporção de pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas %	Percentual dos domicílios com					
			Abastecimento de água da rede	Algum tipo de tratamento de água no domicílio	Esgotamento sanitário da rede	Coleta pública de lixo	Construção de tijolo ou madeira	Energia elétrica
Minas Gerais	96,1	77,4	98,3	89,3	71,7	81,0	98,0	95,4
Espírito Santo	96,9	89,3	99,1	76,5	58,6	75,4	97,5	95,8
Rio de Janeiro	92,9	91,7	95,3	78,0	62,8	88,3	96,2	94,7
São Paulo	94,8	72,4	99,0	65,7	77,7	95,3	98,0	97,8
Região Sudeste	95,2	78,4	98,2	77,4	71,6	87,2	97,7	96,2

Fonte: BRASIL,2005b

Por fim, deve-se relatar que o MS (BRASIL, 2004), por meio do Departamento de Atenção Básica, realizou, de junho de 2001 a agosto de 2002, uma avaliação normativa do processo de implantação do PSF e verificou, entre outras coisas, que a proporção de equipes de saúde da família que referiram que os médicos e os enfermeiros realizavam atividades educativas em grupo foram de, respectivamente, 64,3% e 77,2%. “Os resultados indicaram que as ações

educativas vêm sendo incorporadas pelas equipes de saúde, porém em patamares que ainda necessitam serem incrementados.” (BRASIL, 2004, p.120).

Como proposto anteriormente, realizamos aqui o levantamento dos documentos do Ministério da Saúde, que explicam como o PSF foi formulado, como funciona, quais são os seus princípios, seu financiamento, seus objetivos e suas propostas. Apresentamos também os resultados obtidos nas análises realizadas pelo MS, na tentativa de delinear suas perspectivas em relação ao PSF.

2.3 As diferentes perspectivas: vantagens e limites do PSF

Pretende-se, aqui, expor o debate acadêmico acerca do PSF. Pretende-se compreendê-lo não mais pela perspectiva do MS, mas pela observação dos argumentos daqueles que se dedicaram à análise do tema em questão, demonstrando suas vantagens e os aspectos considerados relevantes, assim como as críticas e limitações do programa.

Viana e Dal Poz (2005) afirmam que o PSF vem se expandindo de forma focalizada, à medida que são selecionadas, para a sua implantação, áreas e populações de risco, que podem corresponder acerca de 80% da população de um município. Viana e Dal Poz (2005) não consideram que não possa haver antagonismo entre universalismo e focalização. Consideram que as experiências de focalização dentro do universalismo evidenciam que “se pode ter práticas focalizadas dentro de uma política universal e que não há necessariamente conflito entre focalização e universalização, isto é, os dois conceitos não precisam ser excludentes.” (VIANA; DAL POZ, 2005, p.239).

Assim se deu a formulação do PSF, que:

[...] foi fruto, inclusive, do sucesso de práticas (anteriores) focalizadas dentro da política universal, e que constituíram instrumentos de reorganização e reestruturação do próprio sistema de saúde. O programa evidencia, assim, a necessidade de ações especiais, de atendimento especial, para as populações mais carentes. (VIANA; DAL POZ, 2005, p.239).

Os autores mencionam que o programa foi uma alavanca para a organização dos sistemas locais de saúde, funcionou como mecanismo de pressão ao processo de descentralização, por meio da exigência da habilitação dos municípios em alguma gestão e, ao mesmo tempo, teve papel importante na mudança dos critérios de pagamento do sistema, resultando na transferência *per capita*.

Observam também a importância do programa no avanço das formas organizativas da população, pois o PSF incentiva uma maior organização e institucionalidade dos mecanismos de representação da comunidade, aumentando as possibilidades de participação e controle da comunidade sobre as ações públicas.

Viana e Dal Poz (2005) apresentam a perspectiva de que o programa se constitui em instrumento de mudança do modelo assistencial, pois procura mostrar com clareza as fragilidades e limitações do modelo tradicional.

Do mesmo modo, ressaltam que o PSF introduziu na discussão política social uma série de questões. Uma delas se refere ao fato dessas experiências não só se concretizarem no espaço da focalização, mas “constituírem laboratórios de novas modalidades de gestão que tentam fugir das amarras da gerência pública, estabelecendo, inclusive, novos tipos de parceria com a sociedade.” (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 240). Seus elementos inovadores, segundo os autores, estão sendo testados pelo programa e podem servir de laboratórios de experiências para reformas mais profundas nas formas de operação das políticas sociais.

De acordo com Viana e Dal Poz, o PSF representou um avanço, pois no momento de sua formulação não existia nenhuma proposta concreta de assistência básica. Foi formulado em um período de “vazio programático”, nos três níveis de governo, num momento em que a política seguia numa inércia, repetindo modelos de atendimento antigos. (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 241)

Esses são os elementos considerados facilitadores do programa, mas os autores não pararam por aí. Debruçaram-se também em torno das dificuldades de sua expansão. Entre elas está a própria estrutura do MS, que é centralizadora, dificultando um aprofundamento do processo de descentralização. Essa estrutura não é flexível e, no que tange às decisões, é caracterizada pela lentidão, além de não estabelecer facilmente pactos de cooperação.

Outra complicação é a lenta resposta do aparelho formador de recursos humanos, já que é reduzido o número de médicos generalistas e difícil a inversão desse quadro, devido às

resistências das Faculdades de Medicina em explorar o campo da saúde coletiva e incrementar a formação desses profissionais.

Além dessas resistências, há também as resistências corporativas tanto das associações de enfermagem, que impõem restrições para as atividades dos agentes comunitários, quanto das associações médicas, que não são favoráveis à formação dos médicos generalistas e impulsionam a formação de especialidades.

Uma crítica que o PSF recebe diz respeito à atenção primária:

[...], há a noção de que atenção primária é sinônimo de tecnologia simplificada: na verdade, o PSF introduz uma noção mais sofisticada de atenção primária, tendo em vista que desenvolve todo um instrumental de informática (para diagnóstico e recolhimento dos dados sociais, econômicos e epidemiológicos das populações que pretende cobrir) baseia-se na automação de procedimentos diagnósticos, e se apóia na realização de exames e na utilização de instrumentos – como a ultra sonografia, podendo utilizar inclusive *kit* diagnósticos, como os usados pelos médicos de família cubanos. Dessa forma, a confusão entre atenção primária e tecnologia simplificada amplia o leque de opositores ao programa. (VIANA; DAL PAZ, 2005, p.242).

Os autores ainda salientam que o fato de se buscar novas modalidades de gestão, que economizassem os custos, contribuiu para a formação do PSF, pois com a reformulação da assistência básica, esperava-se diminuição dos números de internações e nos usos de equipamentos mais sofisticados, fazendo com que os hospitais passassem a se dedicar ao atendimento de suas especialidades, reduzindo o gasto.

O estudo da implantação do PSF em alguns municípios – Baturité, Trintade, da região do Nordeste, de Barbacema e Cotia, no Sudeste, Cocal do Sul, na região Sul, além dos municípios de Niterói (RJ), de Olinda (PE) e o Projeto de Qualidade Integral em Saúde (Qualis), no município de SP –, possibilitou aos autores concluir que a produção alcançada pelo programa nestes locais apresentou relevância distinta em relação ao cômputo geral da produção ambulatorial do SUS.

Quanto aos profissionais, os autores acreditam que os ACS, pelo menos nos municípios estudados, são os que têm maior comprometimento com o programa. Para Viana e Dal Poz (2005), são eles quem dão o “rosto” ao PSF, estando em contato direto com a comunidade, sendo esta a inovação na atenção básica. Para os autores, a consolidação do PSF exige a superação de várias dificuldades, tal como a questão da composição e manutenção das equipes profissionais,

pois quando a equipe é a mesma durante um determinado tempo pode possibilitar um expressivo resultado.

Os estudiosos encaram que o programa necessita enfrentar o problema da ausência das demais esferas de governo (estadual e federal) no auxílio de seu desenvolvimento. Propõem para o enfrentamento das dificuldades a expansão de iniciativas intermunicipais e a criação, na área municipal, de espaços intersetoriais na área social.

Vasconcelos (2001) esclarece que o PSF representa a primeira tentativa significativa de reformulação, em escala nacional, do modelo de atenção primária à saúde e uma proposta de grande impacto na diminuição da mortalidade. Para ele, o programa incorpora a inovação de deslocar o eixo de preocupação centrada na figura do médico, que vinha marcando a proposta da medicina, para uma preocupação com toda a equipe de saúde.

Apesar disso, Vasconcelos (2001) ressalta que não se tem mostrado clara a diferenciação entre as várias situações de risco vividas pelas famílias ou entre os diversos contextos familiares em que se situam os problemas de saúde para, assim, distinguir as diferentes metodologias de abordagens necessárias. “Isso ocorre porque o eixo que orienta a intervenção familiar são os programas de saúde pública planejados e padronizados nas instâncias hierárquicas superiores da burocracia da saúde” (VASCONCELOS, 2001, p.174). Assim, a percepção e a intervenção dos profissionais locais tendem a ficar restritas, ficando a atenção muito dirigida aos aspectos que os diversos programas priorizam.

A estratégia do PSF tem gerado uma discussão que questiona a sua efetividade, em contraposição à diretriz apontada pelo MS. De acordo com Marino, Ramos e Scherer (2004/2005), apesar do PSF se propor a substituir o atual modelo, verifica-se uma grande lacuna na implantação deste programa, na totalidade dos municípios brasileiros. Seu alcance ainda é limitado, o que parece tornar frágil sua existência. As autoras argumentam que a dificuldade do PSF em contribuir para a ruptura do modelo hegemônico parece estar associada à proposta verticalizada do programa, a sua ação centralizada e, ainda, à homogeneidade na oferta do serviço, sem se deter nas diferenças regionais de perfil epidemiológico.

Outra questão apontada em relação ao PSF, por Trad e Bastos (1998), refere-se às implicações de se definir a família como objeto da intervenção em saúde. Segundo as autoras, o problema está na visão excludente implícita numa definição restrita e universal de família. “Como exemplos, pode acontecer que sejam ignorados grupos familiares originados fora do

vínculo matrimonial civil ou religioso, ou que não tenham emprego ou residência minimamente estáveis”.(TRAD & BASTOS, 1998, p.432). Dessa forma, as autoras sugerem a necessidade de uma abordagem integrada, compreensiva e multidisciplinar de avaliação do impacto do PSF contemplando, ao lado do eixo epidemiológico propriamente dito, a dimensão das mudanças comportamentais e sócio-culturais em torno do processo saúde-doença.

Merhy (2001) avalia que a saúde é uma “coisa” complexa, que envolve eixos temáticos fundamentais para a compreensão, dos quais o debate sobre o PSF não pode deixar de ser mencionado. (MERHY, 2001, p.147).

Na visão do autor, “o PSF pode ser um instrumento para a ação em redes de serviços locais, mas é uma modalidade tecnológica de produção de atos de saúde insuficiente para dar conta [...] [dos] nossos objetos de ação, na saúde. (MERHY, 2001, p.148, grifo nosso)

Merhy (2001) levanta a questão de como o PSF pode responder de modo positivo e otimista às necessidades de saúde de indivíduos ou grupos, tais como as necessidades de boas condições de vida, de ser sujeito de direitos e cidadão, de haver garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, a necessidade de ser acolhido, de ter vínculo com um profissional ou equipe e de ter autonomia e autocuidado.

O autor considera que “o PSF pode ter o seu lugar”. Para isso, o mais adequado é explorá-lo dentro de seus limites e colocá-lo a um processo reflexivo. “Incorporá-lo como uma das modalidades tecnológicas, que podem fazer parte da complexa ação das redes básicas de saúde, seria a melhor forma de potenciá-lo” (MERHY, 2001, p.149).

Franco e Merhy (1999) criticam, sob vários aspectos, o Programa. O principal questionamento é o potencial do Programa Saúde da Família para mudar o modelo technoassistencial da saúde, como ele se propõe. Realizam uma análise do PSF, dimensionando o processo e as tecnologias de trabalho em saúde, como produtor do cuidado, em busca de uma compreensão de suas possibilidades e limites.

Para os autores, o programa ao resumir sua ação à vigilância à saúde, com tímida incursão na clínica, não tem potência para reverter a configuração do modelo médico hegemônico.

A crítica diz respeito ao fato do PSF não dar muito valor ao conjunto da prática clínica e nem tomar como desafio a necessidade de sua ampliação na abordagem individual nela inscrita, necessária para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram. Assim, consideram que, ao não se dispor a atuar na direção da clínica, o programa age como linha auxiliar do modelo

médico hegemônico. “É como se o PSF estivesse delimitando os terrenos de competência entre ele e a corporação médica”, como se o PSF cuidasse da saúde coletiva, e a corporação médica da saúde individual. (FRANCO; MERHY, 1999).

Os autores argumentam que a equipe de saúde da família, a porta de entrada do serviço de saúde, não tem um programa para atendimento da demanda espontânea. Assim, não há uma real desburocratização do acesso aos serviços, visto que o atendimento às urgências, que é muito importante do ponto de vista do usuário, não se torna ponto forte de sua agenda de trabalho. O Brasil possui uma rede básica assistencial, construída ao longo da história da saúde pública no país e com um número razoável de Unidades Básicas de Saúde, que deve ser levado em consideração na organização de um novo modelo assistencial.

Segundo os autores, a eliminação da demanda espontânea é uma ilusão, pois a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias – procurando atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento e Pronto Socorros, como usualmente acontece.

Este é um erro estratégico na implantação do PSF, o que enfraquece em demasia a sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas. (FRANCO; MERHY, 1999).

Sobre a organização e a forma de trabalho da equipe, Franco e Merhy (1999) revelam que, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante que nas estratégias do PSF haverá uma ruptura com a dinâmica “medicocentrada” do modelo hegemônico atual. A solidariedade interna da equipe, a sinergia das diversas competências, pré-requisitos para o desafio da ESF, ficam desestimuladas devido ao caráter prescritivo do programa que detalha as funções de cada profissional e as atividades a serem realizadas. Os autores afirmam que quando não existe a interação entre os trabalhadores, que propicia a troca de conhecimentos e articula o campo de produção do cuidado, não há trabalho em equipe. “O conhecimento de cada um em seu núcleo específico de saberes e práticas, aprisiona o processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o trabalho morto dependente.” (FRANCO; MERHY, 1999).

A realização das visitas domiciliares não devem ser vistas como exclusivas do PSF, pois podem ser desempenhadas por qualquer estabelecimento de saúde. Para os estudiosos, o fato de

realizá-las não significa que o médico tenha abandonado sua prática “procedimento centrada” e nem mesmo que o trabalho dos outros profissionais deixe de ser estruturado pelos atos e saberes médicos. (FRANCO; MERHY, 1999).

Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos afazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência. (FRANCO; MERHY, 1999)

Ainda sobre as visitas domiciliares, Franco e Merhy (1999) a consideram como excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando suas privacidades e liberdades. Esse controle exercido pelo Estado é visto como um problema, sendo ainda maior sob governos autoritários.

Franco e Merhy (1999) enfatizam que não é o fato do PSF remunerar melhor, principalmente os médicos, que garantirá bons atendimentos ou um atendimento acolhedor, com compromisso. O modo de assistir as pessoas está mais ligado a uma determinada concepção de saúde e à construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário.

Os autores argumentam que o programa “mitifica o generalista, como se este profissional [...] conseguisse por si só implementar novas práticas de saúde junto à população”. Além do mais, ressaltam que se o generalista se isolar no seu campo de conhecimento próprio, também pode se transformar, ao longo do tempo, em um “especialista da generalidade” e derrotar a sua pretensa resolutividade. Acrescenta-se a isso, o fato que apenas 2,6% dos médicos registrados nos Conselhos de Medicina, serem especializados em Medicina Geral e Comunitária. (FRANCO; MERHY, 1999)

Constitui-se como mais um problema do PSF, o alto grau de normatividade na sua implementação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existente no território, são, segundo Franco e Merhy (1999), regulamentados centralmente pelo MS. Suas normas devem ser rigorosamente seguidas, caso contrário pode ocorrer de determinado município ficar fora do sistema de financiamento das ESFs. Nas palavras dos autores:

Agindo assim, o Ministério da Saúde não só aborta a construção de novos modelos alternativos, mesmo que similares a proposta do PSF, como engessa o próprio Programa de Saúde da Família diante de realidades distintas vividas em diferentes comunidades em todo território nacional. O tradicional centralismo das políticas de saúde, que marcam a área governamental desde a primeira república, se evidencia neste ato. (FRANCO; MERHY, 1999).

Apesar dos autores concordarem que o foco de atenção de uma equipe de saúde, para um “indivíduo em relação” em oposição ao “indivíduo biológico”, é algo positivo, observam que nem sempre este núcleo está presente, nem sempre é este o espaço de relação predominante, ou mesmo o lugar de síntese das determinações do modo de viver das pessoas em foco.

Por fim, Franco e Merhy (1999) concluem que a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Consideram que o Programa precisa se reciclar para incorporar potência transformadora, ou melhor, assumir uma configuração diferente.

Ao argumentar sobre uma nova proposta, os autores pactuam com a sugestão de Merhy (apud FRANCO; MERHY, 1999) , que propõe a elaboração de “projetos terapêuticos” individuais a serem operados por um profissional implicado no cuidado àquele usuário, que ficaria com a função de gestor do cuidado. Esse profissional assume as funções de um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde.

Vasconcellos (1998) explicita como se deu o surgimento do PSF, enfatizando que os formuladores do programa, propondo o conceito de interiorização do SUS³⁷, permitiram relembrar o antigo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), na década de 1970, sobre a medicina simplificada em nível federal.

A autora mostra que ao ganhar notoriedade na década de 90, no Brasil, o Programa Saúde da Família se distanciou dos propósitos de interiorização do SUS e da meta de atender 32 milhões de desvalidos do Mapa da Fome do IPEA, como preconizou o MS, mesmo porque esse número

³⁷ No final da década de 70, com o movimento da Reforma Sanitária, foram várias as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. O PIASS foi instituído pelo Decreto-Presidential nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. Seus postulados são: máxima extensão de cobertura dos serviços de saúde e regionalização da assistência, com base na descentralização. Disponível em: www.saude.gov.br.

já é bem maior. Considera que “o PSF [...] vem responder a uma tendência mundial de redução de custos em seus procedimentos com pessoal, hospitalizações e tecnologias.” (VASCONCELLOS, 1998, p.157).

Por outro lado, Vasconcellos(1998) assegura que temos a retomada da humanização na atenção clínica e uma melhor qualificação dos profissionais a serem formados, pois se expõem mais no processo de intervenção e no acompanhamento terapêutico sem tantos anteparos tecnológicos. Soma-se a isso, o fato da saúde pública se tornar o *locus* para a compreensão de temas contemporâneos. Vasconcellos ressalta a importância da expansão desse movimento, nos municípios, ser acompanhada e avaliada pelas instituições formadoras.

A autora entende que a família deve ser compreendida historicamente, na especificidade de cada época. Relata:

Sabemos que existem famílias com laços afetivos e estabilidade econômica definidos, famílias sem recursos assistenciais ou direitos sociais, famílias nucleares ou famílias por conveniência ou sobrevivência. Em sociedades tão desiguais como a que vivemos deve-se, primeiramente, esforçar-se para incorporar, nas análises e propostas de trabalho, como essas relações se vêm transformando e ganhando novas significações. (VASCONCELLOS, 1998, p. 158).

Essa prática assistencial, do médico atuando em família, segundo Vasconcellos (1998), personalizada, de interação com pacientes e familiares tentando captar as dimensões sociais – antropológica, psicológica, econômica e educacional – sempre foi importante na conduta e prescrição da terapêutica e na lógica do pensamento clínico. Para a autora, “incrementar ações na perspectiva familiar e coletiva significa considerar a saúde questão da esfera das políticas sociais governamentais.” (VASCONCELOS, 1998, p.158).

Ao apontar a experiência do projeto Murialdo, de Porto Alegre, criado na década de 60, mostra-nos que, naquela época, já se atentava aos conceitos de atenção continuada às famílias nos postos de saúde e domicílios, ao sistema de registro e monitoramento das áreas geograficamente delimitadas, às práticas e valores culturais da população assistida, à articulação entre as práticas curativas e as práticas sanitárias e à incorporação de agentes comunitários leigos às equipes de Saúde, compostas por um médico geral comunitário, um enfermeiro comunitário, dois a quatro auxiliares de saúde e um número variável de voluntários de saúde provenientes da sociedade.

A autora avalia que:

Mesmo apresentando forte expressão ideológica e para alguns grupos impregnada de voluntarismo, não se pode negar a importância da medicina comunitária como proposta de resistência ao ‘crescimento gradativo da assistência médica previdenciária unificada e centralizada, baseada no atendimento hospitalar, em grande parte de natureza privada, na elevada utilização de equipamentos e serviços para diagnóstico, na difusão do uso de medicamentos, na diversificação das especialidades médicas, apontando, enfim, para o que se convencionou chamar de ‘capitalização da medicina’ (VASCONCELLOS, 1998, p.161).

A experiência de Porto Alegre, construída pelo governo e pela população, é considerada por Vasconcellos (1998) como inovadora e de grande efeito mobilizador na implementação das políticas públicas. A autora entende que a forma de “lidar com a coisa pública”, posta em prática pelo governo municipal pelo terceiro mandato consecutivo, influencia e possibilita outro nível de qualidade no controle social, aos projetos e programas de saúde local. (VASCONCELLOS, 1998, p.165).

Posteriormente, Vasconcellos (1998) analisa o projeto Médico de Família de Niterói, criado nos anos 90, quando a população do município teve o enfrentamento dramático de duas epidemias de dengue e meningite. “As autoridades sanitárias locais recorreram aos profissionais de Cuba e iniciaram intercâmbio técnico-científico entre as ações para contenção das epidemias.”(VASCONCELLOS, 1998, p. 167). A necessidade de enfrentamento das epidemias, segundo a autora, favoreceu a tomada de decisão político-ideológica de adoção do projeto de medicina familiar cubano reelaborado às circunstâncias fluminenses.

Nesse projeto, a equipe é formada pelo médico generalista e a auxiliar de enfermagem, tendo por retaguarda à sua prática clínica, supervisores por áreas de clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgia geral, saúde mental, epidemiologia, enfermagem e serviço social.

Para a autora, a experiência que a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Niterói vem desenvolvendo, articulando diversas secretarias no encaminhamento das políticas sociais no município, é relevante, pois permite pensar em novas possibilidades de gestão no sistema de saúde local.

Quanto às visitas domiciliares – não só quanto aos dois projetos mencionados acima, mas em qualquer experiência desse tipo –, Vasconcellos (1998, p.171) salienta que, no momento das “expedições clínico-sanitárias”, o profissional de saúde numa leitura socioantropológica, observa

detalhes íntimos da vida familiar. Afirma que é nesse momento que os profissionais de saúde passam a compreender melhor os diversos significados entre “o que se espera da cidade e o que ela realmente oferece”, ou seja, é percebida a distância em termos de distribuição desigual de recursos e equipamentos. Um dos grandes desafios, então, deve ser a busca de outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários. Conclui que:

A saúde da família e coletividade poderá desenvolver-se de forma mais plena caso seja compreendida não como programa para saúde restrito a procedimentos organizacionais e financeiros, mas como projeto concreto, provido de interesses, diversidade, desejos e intencionalidades, com o objetivo de formular políticas que promovam os movimentos de rever-se e dispor-se de mudar. (VASCONCELLOS, 1998, p. 171).

Os autores Matumoto, et al (2004/2005), enfatizam a supervisão das equipes, considerando que devem atuar diante do desafio da produção de cuidados e não mais da lógica predominante de produção de procedimentos. Ressaltam a necessidade de deslocar o foco da produção dos serviços de saúde, para que haja mudanças na atenção básica.

A produção de cuidados significa assumir compromissos com os usuários, realizar um trabalho orientado para as necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que além de produzir os procedimentos inerentes ao caso – como, por exemplo, uma sutura ou uma consulta ou um curativo -, centram atenção nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento, na responsabilização, articulando as necessidades dos usuários, promovendo autonomia destes e compromissos com a defesa da vida individual e coletiva.

Os autores corroboram a idéia de que a ótica do modelo médico-centrado, subordinando os saberes e ações dos outros profissionais à lógica médica, é um elemento dificultador e que causa tensão.

Dessa forma, para que haja esse deslocamento, do foco da produção de procedimentos para a produção de cuidados, é necessário, segundo os autores mencionados, “provocar a quebra de certezas construídas ao longo do processo histórico [...], arriscando novas formas de fazer saúde.” (MATUMOTO, et. al., 2004/2005 p.10).

A quebra do “mito da equipe perfeita” e a auto-avaliação da própria equipe, revendo e problematizando as ações que realizam, repensando seus papéis e atribuições, tomando por referência a produção do cuidado, também são importantes para o aperfeiçoamento do trabalho.

As equipes, segundo os autores, devem se analisar como equipes, reconhecendo a sua função e o funcionamento do estabelecimento em que operam. É preciso que haja discussão a respeito dos aspectos operacionais entre os profissionais da equipe e que se saiba lidar com os preconceitos e pré-noções. (MATUMOTO, et. al., 2004/2005 p. 16)

Além disso, Matumoto, et al (2004/2005,p.18,19) levantam o grande valor de se discutir melhor o que significa cuidar, “uma vez que cuidar se define num espaço imaginário e virtual, bem diferente dos procedimentos que são contáveis, mensuráveis e que se utilizam de objetos concretos.” A produção do cuidado é simbólica, não palpável, não mensurável. Deste modo:

[...] O desafio é procurar produzir o melhor cuidado em saúde, isto é, cuidado que resulte em cura, promoção e proteção da saúde e da vida individual e coletiva. Que esse modo de produzir saúde viabilize a produção de procedimentos e cuidados, sem prejuízo deste em função daquele. Que essa produção se organize por meio de arranjos transdisciplinares e multireferenciais. (MATUMOTO, et. al., 2004/2005 p.12).

Matumoto et al (2004/2005) buscaram analisar a substituição da produção de procedimentos pela produção de cuidados, enfatizando que a última deve buscar alternativas para uma melhor promoção e proteção da saúde. É uma nova forma de se pensar a saúde.

Santana e Carmagnani (2001) fazem uma revisão bibliográfica, indicando algumas das análises do PSF no Brasil. É nosso objetivo mostrar as conclusões que obtiveram.

Ressaltam que reorganizar o modelo assistencial vigente no país é tarefa difícil, pois exige a mudança de comportamento dos usuários e do segmento de produtos de serviços na área da saúde. Santana e Carmagnani (2001) afirmam que a substituição das práticas tradicionais de assistência, o compromisso e a responsabilidade devem ser de todos: desde os governos federal, estadual e municipal, seus respectivos gestores, as equipes multiprofissionais, até a sociedade civil, através de comunidades organizadas em prol de cada família, de cada cidadão. Consideram que:

O PSF, nesse sentido, favorece o estabelecimento de novas relações, em que cada parte atuante é sujeito do processo. A tendência é que com o tempo, o paciente deixe de ser objeto de ação, enquanto que o profissional, de qualquer instância, passe a compreendê-lo enquanto ser social, psico-biológico, cultural e contextualizado no ambiente em que vive, tal feito carece de um olhar técnico diferenciado e ousado, para que os ‘muros’ sejam rompidos, sejam os das Secretarias Municipais de Saúde, das Unidades de Saúde da Família ou do

próprio conhecimento das pessoas envolvidas, a fim de que a barreira entre o saber científico e o saber popular se mesclêm e produzam ações que possam agir efetivamente nos determinantes do processo saúde-doença. (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Dessa maneira, as autoras abordam como necessidade imperiosa a sensibilização da população e dos gestores locais de saúde, não apenas para a construção de mais unidades de atendimento primário, umas próximas às outras, para que não se configure um processo de inclusão ou exclusão de pessoas ao sistemas, mas também para a busca incessante do fortalecimento do mecanismo de referência e contra-referência e um controle social a fim de que o PSF se caracterize como uma estratégia de implementação do SUS.

Argumentam que como toda proposta, existem pontos favoráveis e desfavoráveis no PSF. Uma delas é a questão do território de abrangência definido que, se por um lado, facilita as ações de vigilância epidemiológica e dá condições à realização de um diagnóstico situacional, tornando propício um planejamento efetivo e baseado na realidade existente, por outro lado, limita as atividades às famílias cadastradas. Quanto às outras questões levantadas pelas autoras, estas se equivalem a argumentos, de autores com mesmo posicionamento, já mencionados, não cabendo repeti-las.

Por fim, para as autoras, deve-se considerar, como aspecto primordial, a avaliação do impacto do PSF, com base na investigação de mudanças comportamentais e culturais em torno do processo saúde-doença e das formas de enfrentamento dos problemas de saúde dos integrantes de cada comunidade.

Como se mostrou, pelo levantamento da literatura pertinente, o PSF ainda é objeto de muitas discussões. Se por um lado, apresenta-se como uma tentativa significativa de reformulação, em escala nacional, do modelo de atenção primária à saúde, por outro lado, é alvo de muitas críticas que questionam o seu efetivo potencial de ruptura com o modelo do sistema de saúde vigente.

Consideramos que o Programa Saúde da Família tornou-se relevante na medida em que trouxe, para o debate sobre saúde pública, a importância das práticas preventivas e educativas em saúde, além de ter reforçado a importância da atenção primária.

Além disso, a implantação do PSF trouxe a discussão da necessidade de um novo olhar sobre a saúde, sobre o cuidado e a qualidade de vida. Contribuiu, e ainda contribui, para reforçar

um novo conceito de saúde, não focado no indivíduo biológico, mas contextualizando-o indivíduo em sua realidade familiar, social, econômica e cultural. O programa tem como característica uma maior intersetorialidade e multidisciplinaridade, realizando ações de saúde juntamente com atividades culturais, de lazer e educativas, que envolvem a comunidade e aumentam sua participação. Podemos contemplar o PSF como um passo importante para a mudança de visão sobre a saúde, a partir de um conceito mais ampliado, que busca não somente a cura da doença, mas que tem como objetivo principal a sua não ocorrência.

Concordamos com Viana e Dal Poz (2005), quando afirmam que há confusão entre tecnologia simplificada e atenção primária. Deve-se mostrar com clareza que focar a atenção primária, não exclui a necessidade da existência da tecnologia nos serviços de saúde. Ao considerarmos a importância da atenção primária, mesmo porque ela amplia o acesso à saúde, não estamos desconsideramos a relevância da tecnologia avançada nos serviços. Precisa-se de uma atenção primária bem estruturada, para se obtenha um adequado funcionamento do sistema público de saúde e para que se evite o uso inadequado de recursos públicos; doenças que podem ser tratadas no setor de atenção primária devem ser efetivamente resolvidas, evitando complicações e o uso da tecnologia de alto custo.

De acordo com Rizzoto e Conterno (2001), o governo federal ao enfatizar a atenção primária parece se ausentar da responsabilidade de oferecer serviços de qualidade nos setores secundário e terciário da saúde. A atenção primária é primordial, mas a organização e o apropriado funcionamento desses outros setores é de suma importância para a garantia dos princípios do SUS, dos direitos adquiridos na Constituição de 1988 e para o sistema de saúde como um todo.

É imprescindível uma atenção primária organizada, de maneira adequada para o atendimento básico – no sentido de que se priorize a qualidade de vida e tenha como enfoque o indivíduo no seu contexto amplo –, e estruturada, para que exerça não somente o papel curativo, mas também o preventivo; desenvolva ações educativas e informe a população sobre mudanças de hábitos alimentares, de higiene, cuidados básicos sobre a saúde, possibilitando a prevenção de doenças.

Ainda que a redução de custos possa ter sido um dos objetivos do MS ao implantar o PSF, como mencionam Rizzoto e Conterno (2001), consideramos que a tentativa do MS em implantar algum programa ou política, que tenha como foco a prática preventiva e educativa

correlacionadas com a prática curativa, é válida. A mudança de foco significaria, como já mencionado, a diminuição de complicações, de internações, de exames desnecessários, uma racionalização do atendimento hospitalar, sem mencionar que proporcionaria um atendimento básico de melhor qualidade.

O PSF, na busca de seus objetivos, trabalha com uma equipe multidisciplinar que, apesar das dificuldades encontradas – entre elas, a falta de recursos para intervir na comunidade –, é composta por profissionais que possuem os mesmos objetivos: a busca da qualidade de vida, um atendimento diferenciado e uma melhor atenção à sua população.

Uma Unidade de Saúde da Família se diferencia das tradicionais Unidades Básicas de Saúde (UBSs) em vários aspectos. Atualmente, as UBSs trabalham o atendimento individualizado com enfoque na prática curativa, procurando a resolução da demanda espontânea, que é bastante numerosa. O atendimento é feito na própria unidade, onde não se tem conhecimento da realidade sócio-econômica, cultural e psicológica do paciente. Essas unidades não contam com a participação de médicos generalistas e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)³⁸, que realizam seus serviços na comunidade, próximos da população. Apresentam um quadro de médicos especialistas: pediatras, ginecologistas e clínicos gerais. E seus profissionais realizam, cada um, as atividades específicas dos seus setores, sem trabalhar em equipe.

As UBSs, geralmente, abrangem uma maior população, diferente das Unidades de Saúde da Família, que trabalham com uma população adscrita e limitada. Se por um lado, as UBSs são consideradas mais abrangentes, por atenderem maior número de pessoas e apresentarem razoável resolutividade nos casos da demanda espontânea, por outro lado, pode-se questionar a qualidade desse atendimento, que se torna debilitado pela grande demanda.

O PSF tem uma forma diferenciada de trabalho. Realiza, em primeiro lugar, um levantamento das características do local onde foi implantado e o cadastramento da população. É necessário que se conheçam as famílias, e seus membros antes mesmo do atendimento na Unidade de Saúde da Família. Isso é possível porque as Equipes de Saúde da Família, principalmente os ACSs, têm o contato direto com a vida íntima familiar, deparam-se com todos os tipos de problemas, sejam eles sanitários, financeiros, psicológicos, epidemiológicos ou sociais, para que possam intervir de maneira ampla e oferecer um melhor atendimento – tanto na USF quanto nas visitas domiciliares.

³⁸ Com exceção das Unidades que implantaram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A demanda espontânea é pequena, se comparada com a demanda da UBSs, devido ao trabalho preventivo realizado, às visitas domiciliares, ao agendamento de atendimento por horário, organizado na unidade, e ao atendimento primário realizado pelos enfermeiros, caso não haja necessidade do paciente consultar com o médico. A forma como se encontra organizado o trabalho do PSF pode proporcionar um atendimento básico diferenciado da UBS.

À questão da inversão do modelo hegemônico de saúde, baseado na prática curativa, para um modelo em que essa prática seja realizada concomitantemente com a preventiva, buscando-se promover a saúde do paciente e a qualidade de vida, consideramo-la uma mudança a longo prazo. Avaliamos que a atuação isolada do PSF pode contribuir, mas talvez insuficientemente. Vale ressaltar que é indispensável que o MS tenha essa meta como objetivo maior da política nacional de saúde.

É ainda imprescindível que os municípios tenham mais incentivos, técnicos e financeiros, na implantação do programa. Deve haver flexibilidade do MS, em relação aos seus programas e à sua política, para que os municípios possam adequá-los conforme as necessidades específicas de seu território e de sua população.

Dessa forma, a nosso ver, a discussão que deve ser posta, a partir de agora é se a inversão do modelo de saúde, proposta pelo MS ao implantar o PSF, está sendo efetivada, quais os caminhos e possíveis alternativas para que isso ocorra e qual o papel e contribuição do PSF nessa mudança. Nesse aspecto, os estudos de caso podem fornecer esclarecimentos relevantes.

3 O MUNICÍPIO DE ARARAQUARA E O SISTEMA DE SAÚDE

Pretende-se, nesta seção, contextualizar o município de Araraquara, realizando o levantamento e a exposição de seus principais indicadores, tais como: localização, demografia, urbanização, habitação, infra-estrutura, abastecimento de água, educação, condições de vida e economia. Os dados foram analisados, principalmente, em comparação com a região de governo e com o estado de São Paulo.

Em seguida, observa-se, de forma ampla, o sistema de saúde público do município, focando sua estrutura - as unidades de saúde presentes - e os programas desenvolvidos. Tenciona-se situar o PSF, a fim de compreender a sua contribuição para o sistema de saúde de Araraquara, nas próximas seções.

3.1 Perfil do município de Araraquara

O perfil do município de Araraquara é caracterizado pelos indicadores mencionados acima de: localização, população, território – densidade demográfica, habitação, grau de urbanização e infra-estrutura –, educação, condições de vida (Índice de Desenvolvimento Humano – IDH) e economia.

A relevância desses indicadores se explica por partimos de uma ampla concepção de que a **saúde** não deve ser compreendida restritamente pelo viés biológico e da medicina que prioriza a cura imediata da doença, mas sendo compreendida como qualidade de vida e atentando-se para a realidade sócio-econômica dos indivíduos. O homem deve ser visto em sua integralidade, levando em consideração sua subjetividade, os aspectos psicológicos e seu contexto social, político e econômico. Dessa forma, consideramos a importância do objeto do sistema de saúde ser visto, também, como abrangente das condições de saúde das populações e do contexto por elas vivido, para que se possam produzir, progressivamente, melhores estados e níveis de saúde dos indivíduos e das coletividades, atuando articulado, e integralmente, na prevenção, com redução dos riscos de doenças, seqüelas e óbitos.

3. 1. 1 Localização

O município de Araraquara se localiza no interior do estado de São Paulo, na região central– a 273 km da capital. Apresenta-se numa latitude 21°47'40" sul e numa longitude 48°10'32" oeste, estando a uma altitude de 664 metros. Possui uma área de 1006 Km², sendo 77,34% ocupada pela área urbana.

Mapa 1. Localização do município de Araraquara no estado de São Paulo



Fonte: (SEBRAE, 2005)

O estado de São Paulo contém as seguintes regiões: Região Administrativa Central, Região Administrativa de Araçatuba, de Barretos, de Bauru, de Campinas, de Franca, de Marília, de Presidente Prudente, de Registro, de Ribeirão Preto, de Santos, de São José do Rio Preto, de São José dos Campos, de Sorocaba e Região Metropolitana de São Paulo.

Araraquara está localizada na Região Administrativa Central, composta por 26 municípios: Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Fernando Prestes, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, Santa Rita do Passa Quatro, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga e Trabiçu. Vejamos o mapa:

Mapa 2. Região Administrativa Central



Fonte: SÃO PAULO, 2005.

3.1.2 População

A população total do município, em 2000, de acordo com os dados obtidos no site do Datasus³⁹ e do IBGE, era de 182.471 de habitantes. Em 2006, o número de habitantes estimado era de 199.657, sendo a 18ª cidade do interior paulista com maior número de habitantes. E, em 2007⁴⁰, o número aumentou para 202.251. Vejamos esse crescimento ano a ano:

Tabela 2. População residente por sexo, de 2000 a 2007

Ano	Homens	Mulheres	População	Método
2000	88.742	93.729	182.471	Censo
2001	90.002	95.063	185.065	Estimativa
2002	91.118	96.245	187.363	Estimativa
2003	92.228	97.409	189.653	Estimativa
2004	93.322	98.577	191.899	Estimativa
2005	95.826	101.214	197.040	Estimativa
2006	97.097	102.560	199.657	Estimativa
2007	98.364	103.887	202.251	Estimativa

Fonte: BRASIL, 2007c

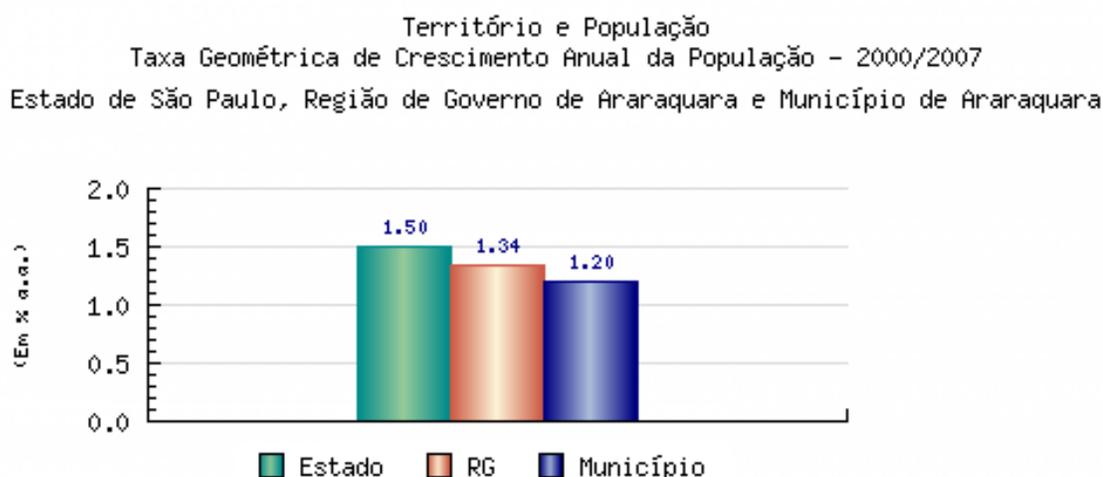
³⁹ O Datasus se baseia nos dados do IBGE. Deve-se ressaltar que os dados populacionais, dos anos de 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006 e 2007 são estimativas.

⁴⁰ Cabe uma ressalva aos dados referentes ao ano de 2007. As estimativas do Censo (de 2000) para o ano de 2007 se diferem dos número da contagem populacional realizada recentemente, em 2007, pelo IBGE. O Censo estimou que, em 2007, Araraquara teria aproximadamente 202.251 habitantes. Já a contagem populacional, de 2007, constatou que a população do município foi de 195.815. No site da Fundação SEADE, os dados da população araraquarense também se distingue, sendo de 198.079.

As populações consideradas na SEADE resultam de um modelo de projeção demográfico, baseado nos resultados do Censo Demográfico (IBGE) e nos Indicadores de Crescimento, calculados a partir das Estatísticas Vitais processadas na Fundação Seade. Essas estimativas se referem a 1º de julho de cada ano. Utilizamos dados baseados no Censo de 2000, contagem populacional e da Fundação SEADE. Por isso, cabe-nos mencionar a fonte quando utilizados os dados referentes ao ano de 2007 e esclarecer as diferenças existentes. Os dados anteriores ao ano de 2007 se baseiam no Censo de 2000. Os dados do Censo (2000), assim como os da contagem populacional de 2007, podem ser obtidos nos sites do IBGE.

Ao observar os dados da Fundação SEADE em relação à taxa geométrica de crescimento da população⁴¹, no período de 2000 a 2007, verifica-se que Araraquara apresentou taxa menor que a correspondente da sua região de governo e do estado de São Paulo. Visualizemos no gráfico:

Gráfico 7. Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População, de 2000 a 2007, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
Fundação Seade.

SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

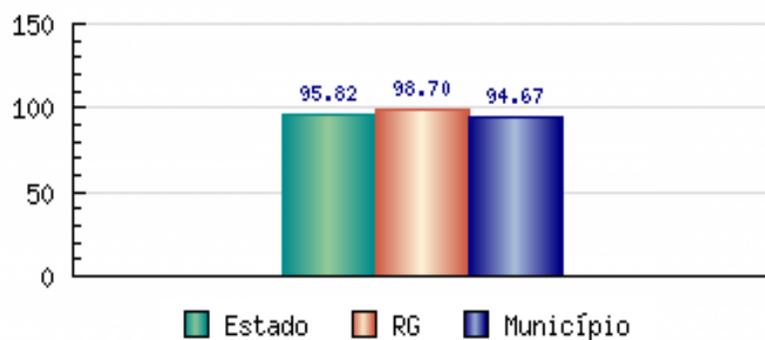
De acordo com a SEADE, em 2007, a população de Araraquara correspondia a 198.079 habitantes, apresentando razão de sexos⁴² de 94,67. Como mostra o gráfico abaixo, na sua região de governo, para o mesmo dado, nota-se 98,70 e, para o estado de São Paulo, 95,82.

⁴¹ Essa taxa expressa em termos percentuais o crescimento médio da população em um determinado período de tempo. Considera-se que a população experimenta um crescimento exponencial também denominado como geométrico. Fonte: Fundação Seade.

⁴² A razão entre os sexos é o número de homens para cada 100 mulheres na população residente em determinada área, no ano considerado. Fonte: Fundação Seade.

Gráfico 8. Razão de Sexos, em 2007, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara

Território e População
Razão de Sexos - 2007
Estado de São Paulo, Região de Governo de Araraquara e Município de Araraquara



Fonte: Fundação Seade.

SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

O DATASUS, baseando-se nas estimativas do IBGE, demonstra o predomínio das pessoas na faixa etária de 20 a 29 anos, nos anos de 2006 e 2007:

Tabela 3. População Residente por faixa etária e sexo, 2006 e 2007

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Menor 1	1.270	1.286	1.265	1.272	2.525	2.558
1 a 4	5.647	5.721	5.459	5.530	11.106	11.251
5 a 9	7.725	7.825	7.642	7.741	15.367	15.566
10 a 14	8.701	8.816	8.461	8.569	17.162	17.385
15 a 19	9.539	9.664	9.441	9.562	18.980	19.226
20 a 29	17.233	17.458	17.374	17.599	34.607	35.057
30 a 39	15.615	15.818	16.306	16.519	31.921	32.337
40 a 49	13.084	13.255	14.212	14.395	27.296	27.650
50 a 59	8.456	8.567	9.421	9.543	17.877	18.110
60 a 69	5.665	5.738	6.806	6.895	12.471	12.633
70 a 79	3.207	3.249	4.307	4.362	7.514	7.611
80 e mais	955	967	1.876	1.900	2.831	2.867
Ignorada	-	-	-	-	-	-
Total	37.097	98.364	102.560	103.887	199.657	202.251

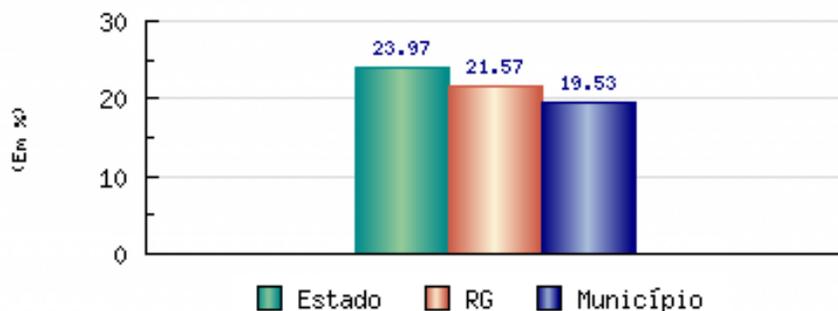
Fonte: BRASIL, 2007d

A população com menos de 15 anos⁴³, no ano de 2007, correspondia a 19,53%. O próximo gráfico indica que o município estudado apresentou porcentagem menor em relação à sua região e ao estado, com 21,57% e 23,97%, respectivamente.

⁴³ É a proporção da população de 0 a 14 anos em relação ao total da população em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Fundação Seade.

Gráfico 9. População com menos de 15 anos, em 2007, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara

Território e População
População com Menos de 15 Anos - 2007
Estado de São Paulo, Região de Governo de Araraquara e Município de Araraquara



Fonte: Fundação Seade.

SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

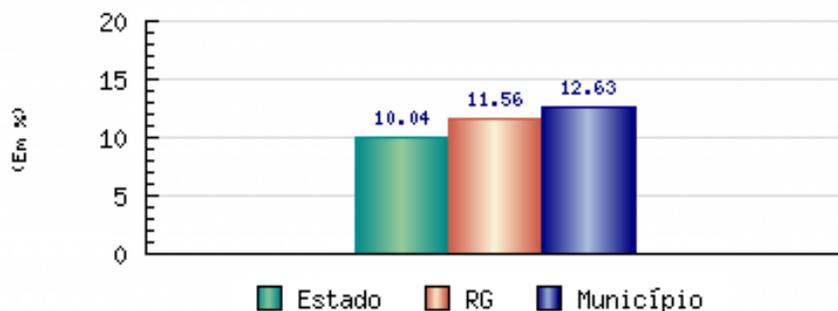
Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

Sobre a população com 60 anos e mais⁴⁴, o gráfico seguinte aponta, em 2007, número correspondente a 12,63%, contra 11,56%, na sua região de governo, e 10,04% ,no estado.

⁴⁴ É a proporção da população de 60 anos ou mais em relação ao total da população em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fonte: Fundação Seade.

Gráfico 10. População com 60 anos e mais, em 2007, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara

Território e População
População com 60 Anos e Mais - 2007
Estado de São Paulo, Região de Governo de Araraquara e Município de Araraquara



Fonte: Fundação Seade.

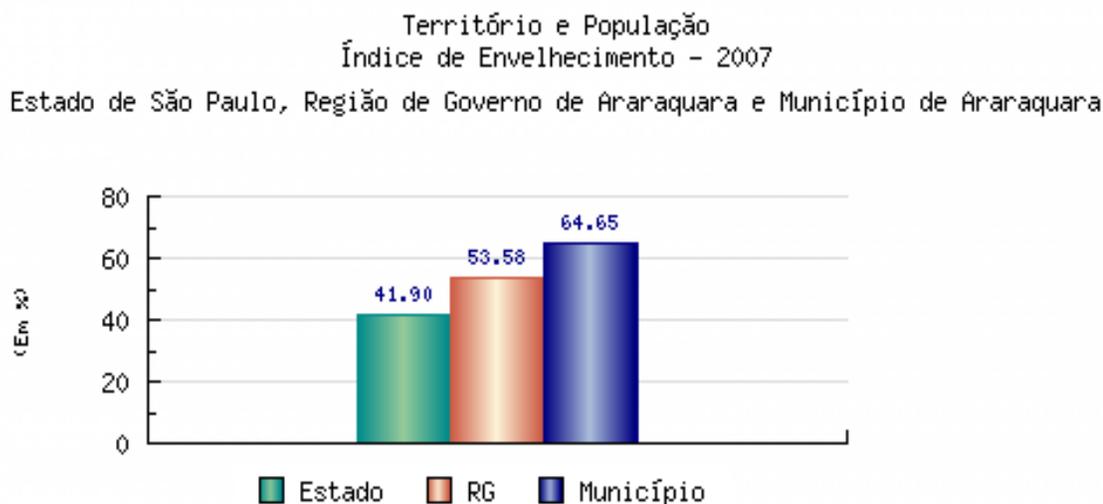
SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

O fato da porcentagem da população com 60 anos e mais ser maior em Araraquara em relação ao estado e à sua região de governo, explica-se pelo elevado índice de envelhecimento⁴⁵ do município. Observemos:

⁴⁵ O índice de envelhecimento, na Fundação Seade, corresponde à Proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos

Gráfico 11. Índice de Envelhecimento no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara, em 2007



Fonte: Fundação Seade.

SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

Em Araraquara, o índice de envelhecimento da população foi de 64,65%, enquanto em sua região correspondeu a 53,58% e no estado a 41,90%.

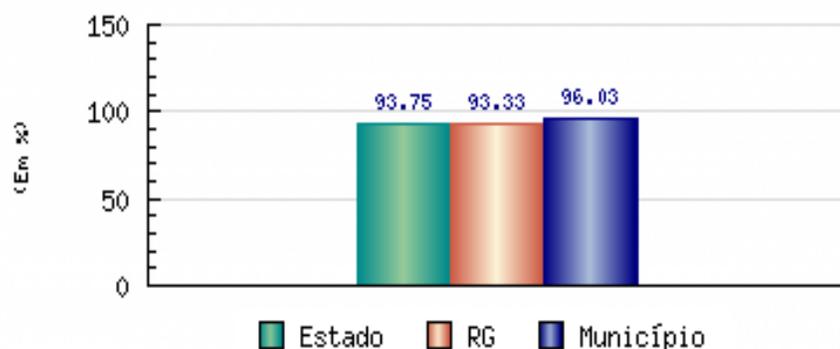
3.1.3 Território: densidade demográfica, habitação, grau de urbanização e infra-estrutura

Segundo os dados do censo, para o ano de 2000, a densidade demográfica – número de habitantes por km² – do município analisado era de 181,38. Constatou-se também que, 173.569 pessoas residiam na área urbana, numa porcentagem de 95,12%.

A Fundação SEADE, tendo por fonte o IBGE, estima em 96,03% o grau de urbanização de Araraquara, sendo 93,75%, no estado de São Paulo, e 93,33% na sua região de governo, no ano de 2007.

Gráfico 12. Grau de urbanização, em 2007, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara

Território e População
Grau de Urbanização - 2007
Estado de São Paulo, Região de Governo de Araraquara e Município de Araraquara



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Fundação Seade.

SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

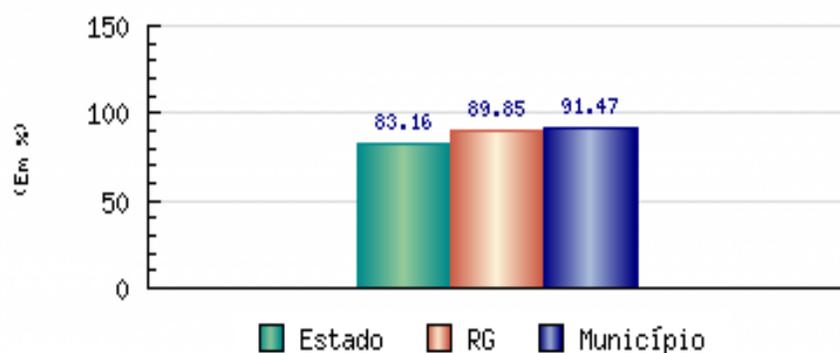
O gráfico acima evidencia que, em 2007, o grau de urbanização em Araraquara é maior se comparado com o da sua região e do estado.

O número de domicílios com espaço suficiente⁴⁶, em 2000, baseando-se nos dados da SEADE, atingiu 91,47%; porcentagem superior a do estado de São Paulo, que correspondeu a 83,16%, e da sua região de governo, marcada em 89,85%. Tais diferenças podem ser visualizadas no gráfico abaixo:

⁴⁶ De acordo com a definição, dada pela SEADE (SÃO PAULO, 2007), o número de domicílios com espaço suficiente é a proporção de domicílios com pelo menos quatro cômodos, sendo um deles banheiro ou sanitário, sobre o total de domicílios permanentes urbanos. Esse é o tipo de moradia considerado de composição mínima, para execução das funções básicas.

Gráfico 13. Domicílios com espaço suficiente, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara

Habitação e Infra-estrutura Urbana
Domicílios com Espaço Suficiente - 2000
Estado de São Paulo, Região de Governo de Araraquara e Município de Araraquara



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
Censo Demográfico.
Fundação Seade.

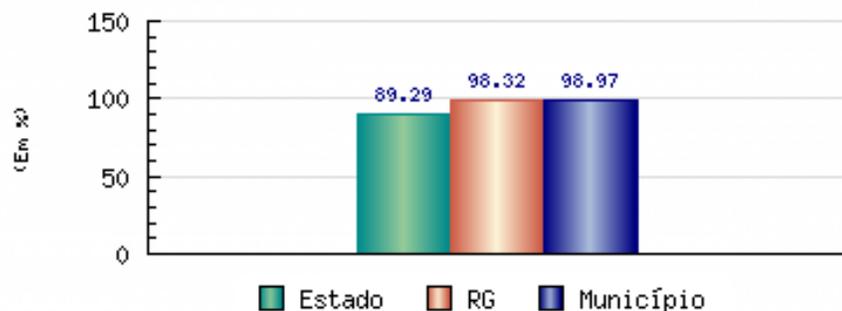
SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

Ainda no mesmo ano, a porcentagem do número de domicílios com infra-estrutura interna urbana adequada, em Araraquara, foi de 98,97%. Na sua região, nesse quesito, a porcentagem foi de 98,32%, enquanto o estado apresentou 89,29%. _Percebe-se que o município alcançou indicador maior que da sua região e, mais significativamente, se comparado com o do estado.

Gráfico 14. Domicílios com infra-estrutura interna urbana adequada no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara, em 2000

Habitação e Infra-estrutura Urbana
Domicílios com Infra-estrutura Interna Urbana Adequada - 2000
Estado de São Paulo, Região de Governo de Araraquara e Município de Araraquara



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
Censo Demográfico.
Fundação Seade.

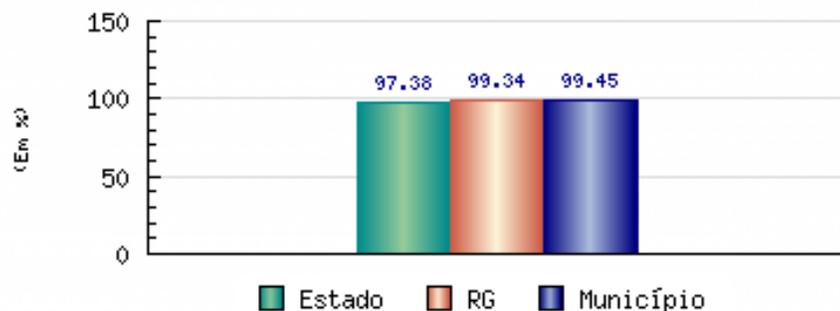
SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

Sobre o nível de atendimento do abastecimento de água no município, em 2000, pode-se considerar que foi elevado, 99,45%. Notam-se os níveis de 99,34%, na sua região de governo, e de 97,38%, no estado.

Gráfico 15. Nível de atendimento quanto ao abastecimento de água, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara

Habituação e Infra-estrutura Urbana
Abastecimento de Água - Nível de Atendimento - 2000
Estado de São Paulo, Região de Governo de Araraquara e Município de Araraquara



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
Censo Demográfico.
Fundação Seade.

SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

No ano 2003, conforme as informações da SEADE, o número de domicílios urbanos, abastecidos com rede pública de distribuição de água, em Araraquara, chegou a 100%.

Utilizando-se dos dados do IBGE, observa-se que o tipo de abastecimento de água, no ano de 2000, distribuía-se da seguinte maneira: 96,5% dos moradores do município tinham abastecimento por rede geral; 3,4% por poço ou nascente (na propriedade) e 0,2% obtinham o abastecimento por outras formas. O abastecimento de água é realizado pelo Departamento Autônomo de Água e Esgoto (DAAE). Ao compararmos os anos de 1991 e 2000, temos:

Tabela 4. Proporção (em porcentagem) de moradores por tipo de abastecimento de água, nos anos de 1991 e 2000, em Araraquara, em porcentagem

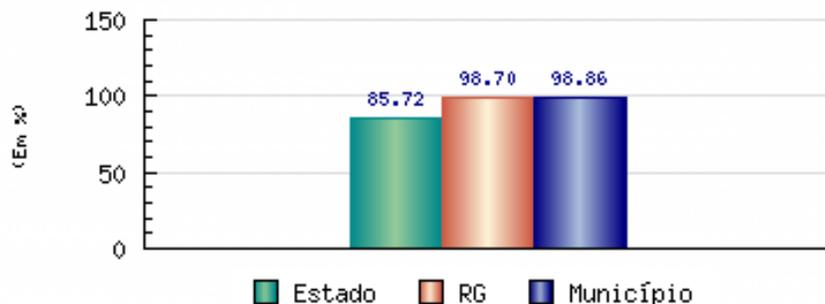
Abastecimento Água	1991	2000
Rede geral	93,4	96,5
Poço ou nascente (na propriedade)	6,4	3,4
Outra forma	0,2	0,2

Fonte: DATASUS, IBGE/Censos Demográficos.

Quanto ao esgoto sanitário, recorremos novamente aos dados da Fundação SEADE. O município de Araraquara, em 2000, apresentou um nível de atendimento⁴⁷ de 98,86%. O mesmo nível foi de 98,7% em sua região e 85,72% no estado. Averigua-se que o município e sua região se destacaram em relação ao estado, apresentando melhores indicadores sanitários.

Gráfico 16. Nível de atendimento quanto ao esgoto sanitário, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara

Habitação e Infra-estrutura Urbana
Esgoto Sanitário - Nível de Atendimento - 2000
Estado de São Paulo, Região de Governo de Araraquara e Município de Araraquara



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico. Fundação Seade.

SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

⁴⁷ Esse nível representa a porcentagem de domicílios particulares permanentes urbanos, atendidos por rede geral de esgoto sanitário. Fonte: Fundação Seade.

Só em 2003, o esgoto sanitário tratado atingiu a porcentagem de 100%, segundo a Fundação SEADE.

O Datasus nos fornece os dados quanto à proporção de moradores por tipo de instalação sanitária. No ano 2000, 95,9% dos moradores tinham instalação sanitária por rede geral de esgoto ou pluvial; 2,9% por meio de fossa séptica; 0,8% por fossa rudimentar; 0,2% por rio, lago ou mar; 0,1% por outro escoadouro e 0,1% não tinham instalação sanitária. Na tabela abaixo, comparamos os dados de 2000 com os de 1991.

Tabela 5. Proporção, em porcentagem, de moradores por tipo de Instalação Sanitária no município, nos anos de 1991 e 2000

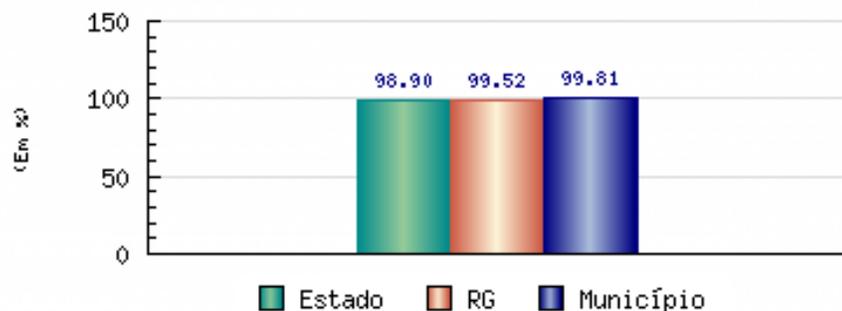
Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	90,6	95,9
Fossa séptica	5,9	2,9
Fossa rudimentar	1,2	0,8
Vala	0,0	0,0
Rio, lago ou mar	-	0,2
Outro escoadouro	0,1	0,1
Não sabe o tipo de escoadouro	0,0	-
Não tem instalação sanitária	2,1	0,1

Fonte: DATASUS, IBGE/Censos Demográficos

Os dados da SEADE, logo abaixo, denotam que, em 2000, o nível de atendimento da coleta de lixo de Araraquara, de sua região e do estado não apresentou diferenças percentuais significativas, sendo respectivamente 99,81%, 99,52% e 98,9%.

Gráfico 17. Nível de atendimento quanto à coleta de lixo, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara

Habitação e Infra-estrutura Urbana
Coleta de Lixo - Nível de Atendimento - 2000
Estado de São Paulo, Região de Governo de Araraquara e Município de Araraquara



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico. Fundação Seade.

SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

No mesmo ano, quanto à proporção de moradores por tipo de destino do lixo, explicitemos os dados do DATASUS: 97,4% dos moradores tinham o lixo coletado; 2,1% tinham o lixo queimado (na propriedade); 0,2% dos moradores tinham o lixo enterrado (na propriedade); 0,1% tinham o lixo jogado e 0,2% dos moradores haviam dado outro destino ao lixo. A próxima tabela contrasta esses números com os de 1991.

Tabela 6. Proporção de moradores por tipo de destino de lixo, no município estudado, nos anos de 1991 e 2000

Coleta de lixo	1991	2000
Coletado	90,5	97,4
Queimado (na propriedade)	6,8	2,1
Enterrado (na propriedade)	0,3	0,2
Jogado	2,4	0,1
Outro destino	0,0	0,2

Fonte: DATASUS, IBGE/Censos Demográficos

Os dados apresentados evidenciam a infra-estrutura do município, seus consideráveis níveis de atendimento de abastecimento de água, instalação sanitária, coleta do lixo e seu grau de urbanização. Consideram-se esses aspectos relevantes para a qualidade de vida da população do município.

3.1.4 Educação: alfabetismo, analfabetismo e média de anos de estudo

No ano de 2000, a taxa de alfabetismo da população residente total do município correspondia a 92,2%. De acordo com a faixa etária:

Tabela 7. Proporção, em porcentagem, da população residente alfabetizada por faixa etária, no município de Araraquara, no ano de 2000

Faixa Etária	Ano 2000
5 a 9	59,5
10 a 14	98,8
15 a 19	98,9
20 a 49	97,4
50 e mais	86,9
Total	92,2

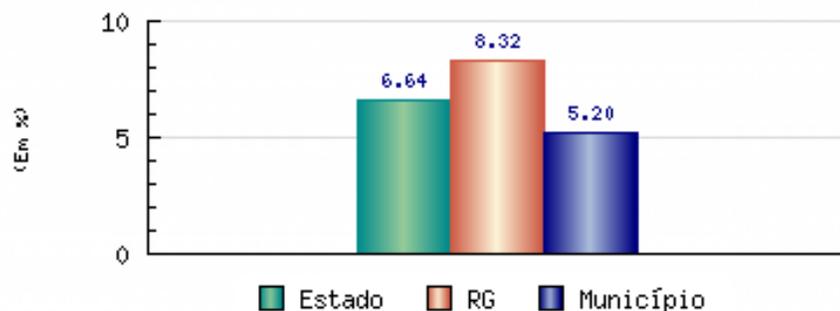
Fonte: Datasus e IBGE

Verifica-se, na tabela acima, que no ano observado a taxa de alfabetismo foi maior nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos.

De acordo com os dados da Fundação SEADE, para o mesmo ano, a taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais, em Araraquara, correspondeu a 5,20%. Nesse aspecto, o município de Araraquara se sobressaiu quando comparado com estado de São Paulo e com a sua região, que apresentaram essa taxa em porcentagens maiores, 6,64% e 8,32% respectivamente. O gráfico a seguir permite visualizarmos melhor essa comparação:

Gráfico 18. Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara

Educação
Taxa de Analfabetismo da População de 15 Anos e Mais - 2000
Estado de São Paulo, Região de Governo de Araraquara e Município de Araraquara



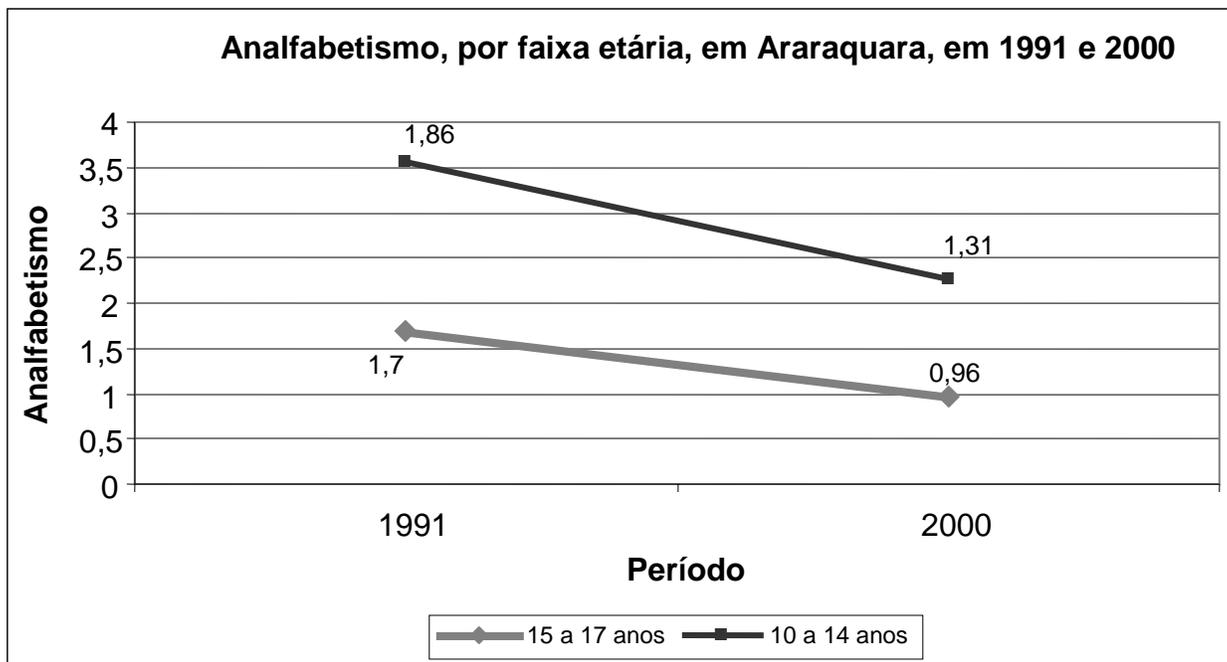
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
Censo Demográfico.
Fundação Seade.

SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

Ao cotejar os dados de 1991 e 2000, atenta-se que a taxa de analfabetismo em Araraquara decresceu, como indicam os gráficos abaixo:

Gráfico 19: Taxa de analfabetismo nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 17 anos, no município de Araraquara, nos anos de 1991 e 2000

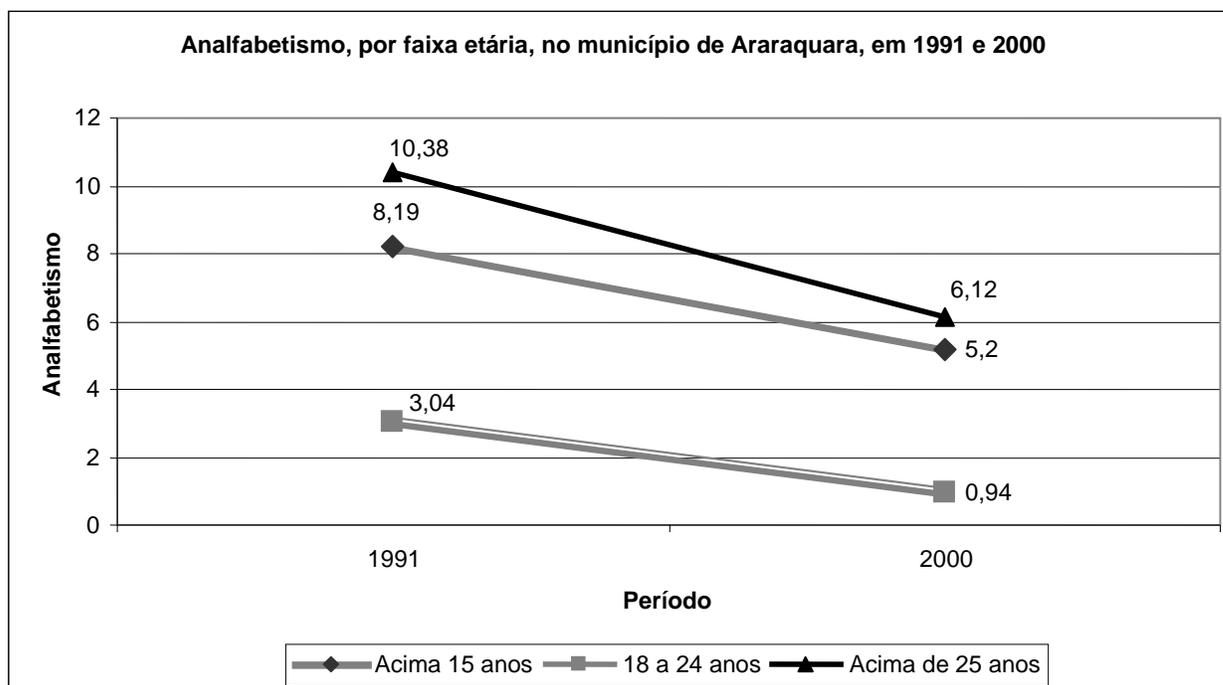


Fonte: Própria

Observa-se, no gráfico acima, que a taxa de analfabetismo na população da faixa etária de 10 a 14 anos era de 1,86%, em 1991, caindo para 1,31 em 2000. Na faixa etária de 15 a 17 anos, a taxa era de 1,7, em 1991, e de 0,96 em 2000.

No gráfico a seguir estão organizados os dados da taxa de analfabetismo na faixa etária acima de 15 anos:

Gráfico 20. Taxa de analfabetismo por faixa etária acima de 15 anos, no município de Araraquara, nos anos de 1991 e 2000

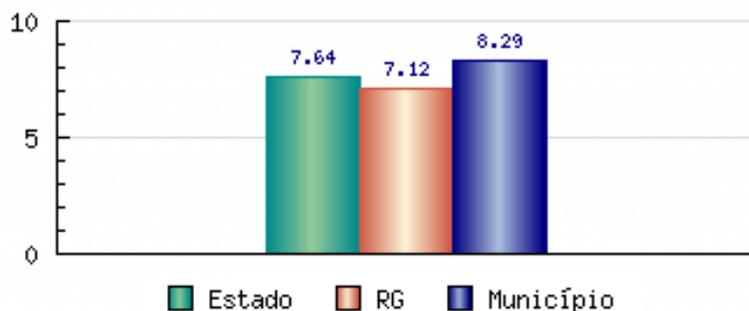


Fonte: Própria

Ainda, baseados nas referências da Fundação SEADE, ressaltamos que a média de anos de estudo da população de 15 a 64 anos, do município estudado, em 2000, foi de 8,29%, destacando-se entre as médias de 7,12% da sua região de governo, e de 7,64% do estado, vistas na seqüência.

Gráfico 21. Média de anos de estudo da população de 15 a 64 anos, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara

Educação
Média de Anos de Estudos da População de 15 a 64 Anos - 2000
Estado de São Paulo, Região de Governo de Araraquara e Município de Araraquara



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
Censo Demográfico.

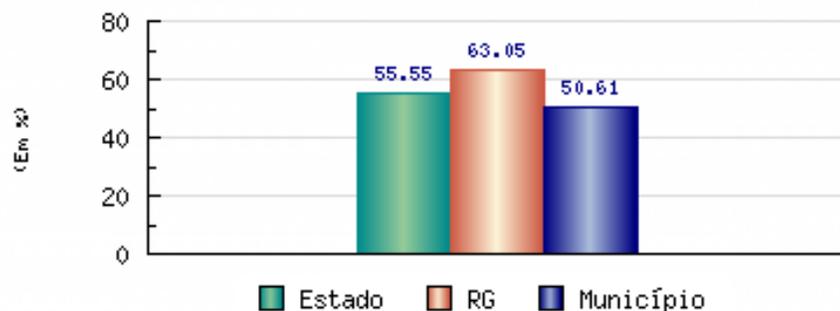
SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

No que diz respeito à porcentagem da população entre 25 anos e mais, com menos de 8 anos de estudo, no ano 2000, Araraquara também se sobressaiu, principalmente em relação à sua região. Obteve porcentagem de 50,61%, seguida de 55,55% do estado e 63,05% da sua região. Notemos o gráfico a seguir:

Gráfico 22. População de 25 anos e mais com menos de 8 anos de estudo, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara

Educação
População de 25 Anos e Mais com Menos de 8 Anos de Estudo - 2000
Estado de São Paulo, Região de Governo de Araraquara e Município de Araraquara



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico.

SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

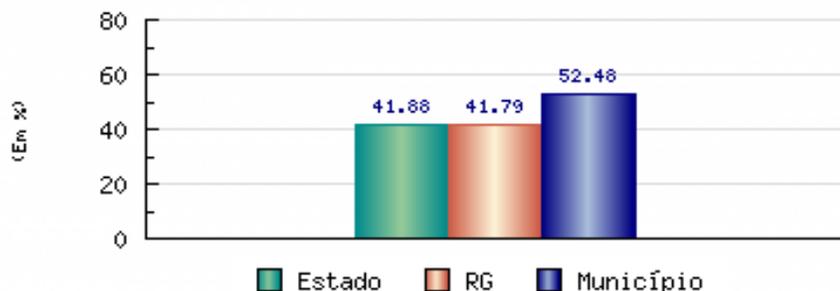
Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

É significativa a diferença percentual, vista no próximo gráfico, da população de 18 a 24 anos com Ensino Médio completo,⁴⁸ no município de Araraquara, em relação ao estado e à sua região de governo, em 2000. O município alcançou a faixa de 52,48%, superando os 41,79% da sua região e os 41,88% do estado de São Paulo.

⁴⁸ População de 18 a 24 anos de idade que concluíram o ensino médio em relação ao total da população na mesma faixa etária.

Gráfico 23. População de 18 a 24 anos e mais com ensino médio completo, em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara

Educação
População de 18 a 24 Anos com Ensino Médio Completo - 2000
Estado de São Paulo, Região de Governo de Araraquara e Município de Araraquara



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico.

SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

Demonstrou-se que Araraquara se sobressaiu quanto aos indicadores de educação, em relação ao estado e à sua região de governo. Em 2000, aproximadamente, 92,2% de sua população foi alfabetizada e sua taxa de analfabetismo foi menor se comparada com essas outras esferas. O município, no mesmo ano, destacou-se na média de estudo da população entre 15 e 64 anos e por apresentar menor porcentagem da população entre 25 anos e mais com menos de 8 anos de estudo. Também foram expressivos os resultados referentes à população de 18 a 24 anos com Ensino Médio completo, tendo o município superado os números do estado e da sua região.

Considera-se que os dados educacionais e os de infra-estrutura influenciam na situação de saúde do município e na qualidade de vida de sua população, assim como outros indicadores sociais, políticos e econômicos.

3. 1. 5 Condições de vida: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

Conforme a Fundação SEADE, Araraquara apresentou, em 1991, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) correspondente a 0,789. Em 2000, o IDH municipal passou para 0,830, conferindo-lhe a 33ª posição no *ranking* estadual e a 133ª no *ranking* nacional. Comparado com o IDH do estado de São Paulo, no ano de 2000, nota-se que o índice do município foi maior, segundo demonstra o seguinte gráfico:

Gráfico 24. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH), em 2000, no estado de São Paulo, na região de governo de Araraquara e no município de Araraquara



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD.
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA.
Fundação João Pinheiro - FJP.

SEADE
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

Fonte: SEADE (SÃO PAULO, 2007)

A seguir, apontamos os dados obtidos na Conferência Nacional dos Municípios (CNM) do IDH Longevidade, Renda e Educação do município de Araraquara, nos anos de 1991 e 2000:

Tabela 8. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no município de Araraquara em 1991 e 2000

IDH/ Ano	1991	2000
IDH – Educação	0,857	0,915
IDH – Longevidade	0,752	0,786
IDH – Renda	0,758	0,790
IDH – Municipal	0,789	0,833

Fonte: CNM, Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD

3.1.6 Economia

A tabela abaixo indica que Araraquara, em relação à renda *per capita* em salários mínimos, estava na média do estado e era maior que a da sua região:

Tabela 9. Renda per capita em salários mínimos em Araraquara, na sua região de governo e no estado de SP, no ano de 2000

Ano	Araraquara	Região de governo	Estado
2000	2,91	2,25	2,92

Fonte: SEADE, IBGE – Censo Demográfico

A economia do município analisado estava, e ainda está, assentada em importantes atividades agroindustriais, na diversificada produção industrial, no comércio varejista e atacadista e na prestação dos serviços.

Na agricultura, destaca-se a produção de cana e de laranja, em grande escala, acompanhadas pelo cultivo de soja, amendoim, algodão, milho e café, em escalas bem menores.

Para Geraci (2002), a agricultura de Araraquara acompanhou o processo de modernização e industrialização da produção agrícola brasileira nas últimas três décadas, além de ter

participado da consolidação e expansão de dois complexos agro-industriais importantes para a economia paulista e brasileira: da cana e da citricultura.

A cana-de-açúcar é uma cultura tradicional do município, onde importantes usinas e destilarias atuam há várias décadas. A citricultura, também tradicional, está integrada ao complexo paulista de produção e exportação do suco de frutas cítricas.

A atividade agroindustrial, importante geradora de renda para o município, baseia-se na agroindústria sucroalcooleira, que realiza a produção do açúcar e do álcool a partir da cana, e na agroindústria cítrica, que executa o processamento de citros, com obtenção do suco concentrado e outros derivados e com comercialização voltada para mercado externo.

A pecuária bovina se apresenta como alternativa diversificada da renda, porém é bastante tímida, assim como a produção de suínos.

Está presente também no município a atividade industrial, contando com sete distritos industriais. No entanto, o crescimento industrial de Araraquara está sustentado principalmente nas agroindústrias da laranja e cana-de-açúcar.

Os principais ramos industriais são o químico; o metal-mecânico, produzindo artigos de caldeiraria, hidráulica, fundição e produção de peças de alumínio; alimentos e bebidas; têxtil; vestuário e calçados, e materiais plásticos.

Segundo Geraci (2002), Araraquara, ao longo da década de 1970 até os dias atuais, manteve-se como centro polarizador de diversos tipos de comércio da região – destacando-se no comércio varejista e atacadista. No atacado, o município tem papel importante como centro distribuidor de combustíveis e de lubrificantes, bem como de produtos alimentares. No setor de serviços, o município concentra diversas atividades, tais como: alimentação, hospedagem, assistência médico-hospitalar, assistência educacional, serviços bancários, administração pública e profissionais liberais de diversas áreas.

De acordo com o IBGE, o Produto Interno Bruto (PIB) do município, em 2004, correspondeu a 2.198.285 mil reais, sendo o PIB per capita de 11.307 reais.

Teve-se como propósito, nesta seção, caracterizar e contextualizar o município de Araraquara, apresentando seus indicadores referentes: à demografia, à urbanização, à habitação,

à infra-estrutura, à educação, às condições de vida e à economia. Os dados obtidos da região de governo e do estado serviram de parâmetros para comparação, através da qual se revelou que o município se sobressaiu, apresentando indicadores considerados mais razoáveis.

3.2 O Sistema de Saúde no município de Araraquara

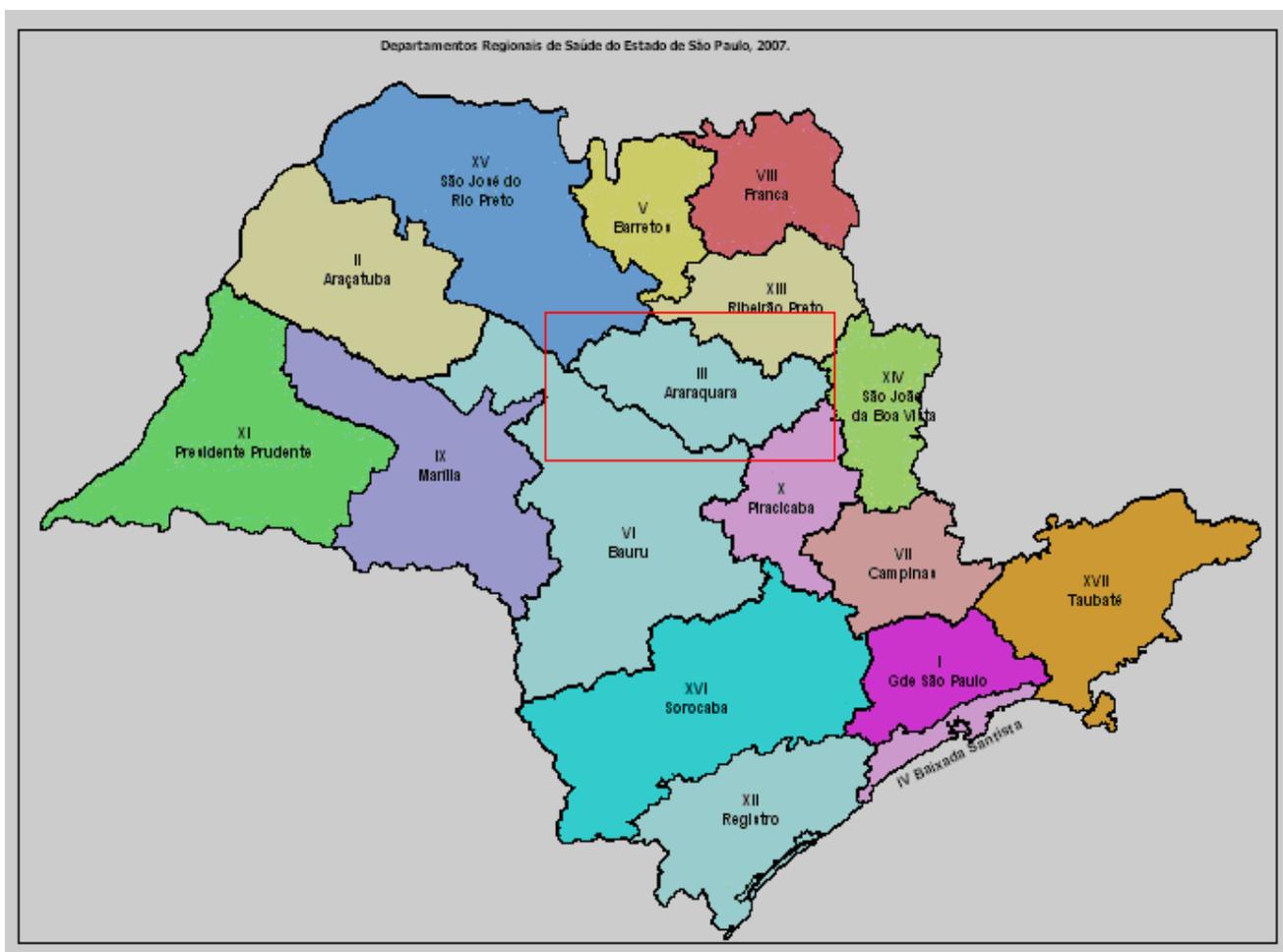
Propõe-se, neste item, o entendimento da estrutura do sistema de saúde de Araraquara, através de uma breve caracterização deste, buscando situar o objeto de estudo desta pesquisa, o PSF.

A divisão administrativa da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado.

O município de Araraquara é sede da Divisão Regional de Saúde III (DRS III) – indicada na figura abaixo –, que abrange 25 municípios: Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, Santa Rita do Passa Quatro, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga e Trabiju.

O mapa, apresentado a seguir, mostra a divisão do estado nos Departamentos Regionais de Saúde.

Mapa 3. Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, 2007.



Fonte: SÃO PAULO, 2005.

Araraquara está habilitada, desde 1998, na Gestão Plena do Sistema Municipal, respondendo por todas as ações e serviços que garantam o atendimento integral à saúde da população e gerenciando todas as atividades do Sistema Único de Saúde⁴⁹. Isso significa que o município passou a ser, de fato, o gestor do sistema e responsável pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território, conforme a NOB 01/96.

O município recebe todos os recursos financeiros provenientes do MS, diretamente no Fundo Municipal de Saúde (FMS), que devem ser aplicados de acordo com o Plano Municipal de

⁴⁹ Para compreensão detalhada das atividades e funções do município habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, ver anexo 1.

Saúde, discutido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, de forma a atender a sua população integralmente. Para isso, segundo Mattar (2005), recebe recursos anuais na ordem de R\$ 20.000.000,00.

É necessário relembrar que este processo ocorre no contexto nacional de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. Faz parte dele contexto a publicação da NOB-SUS 01/96, que teve como horizonte estratégico ampliar a responsabilidade do gestor municipal e estadual em um conjunto de mudanças no modelo assistencial, pelo fortalecimento da atenção básica e primária e das ações de saúde coletiva.⁵⁰

A partir da adesão da Gestão Plena, a Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara tem reorganizado suas ações. Em 2002, adequou sua estrutura gerencial para fazer frente às demandas advindas das novas responsabilidades assumidas pelo município, de acordo com os seguintes princípios: da descentralização das decisões e da execução das políticas de saúde; da divisão das responsabilidades entre as coordenações e da “regionalização da autoridade sanitária, estímulo e investimento nos treinamentos (‘reciclagens’, capacitação técnica e gerencial) da equipe da secretaria”. (MATTAR, 2005, p. 27)

Nesse sentido, foram implantados três Distritos de Saúde, com a finalidade de:

[...] reorganizar a rede básica de assistência à saúde para atender as demandas da comunidade, responder o perfil epidemiológico local, descentralizar a coordenação e gerência dos serviços de saúde, além de melhorar a operação e organização da assistência. (MATTAR, 2005, p.27)

Esses distritos assumem a responsabilidade integral pela saúde da população de sua área de abrangência segundo diretrizes da SMS, realizando diagnóstico de situação e planejamento de ações de curto e médio prazos. São compostos da seguinte forma:

1. **Selmi Dei IV:** Selmi Dei I, Jardim Paulistano, Vila Xavier, Jardim América, Residencial São Paulo e Distrito Sul.
2. **Vila Melhado:** Yolanda Ópice, Cecap, Iguatemi e Hortênsias.
3. **Santa Angelina:** Vale do Sol, Parque Laranjeira, Jardim Santa Lúcia, Assentamento Bela Vista e Assentamento Bueno de Andrade.

⁵⁰ Essa NOB criou um conjunto de instrumentos indutores do modelo assistencial, dentre eles o incentivo à adoção do Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS).

O Sistema de Saúde Municipal de Araraquara é composto pelo SUS, incluindo a rede básica formada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), conhecidas como Postos de Saúde ou Centros Municipais de Saúde (CMS), e pelas Unidades de Saúde da Família (USFs).

Na rede básica podemos incluir as Unidades Básicas de Saúde (Centros Municipais) e as USFs.

A UBS é um centro de atendimento e serviços médicos, oferecendo consultas nas clínicas de pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica média. Essas unidades realizam a assistência básica de saúde, incluindo em seus procedimentos: vacinas, curativos, aplicação de medicamentos, exame do pezinho, controle de pressão arterial, controle do peso e da estatura, consultas, inalações e outros. Promovem, também, atividades educativas, preventivas e curativas nos seguintes programas: hipertensão arterial e diabetes mellitus, prevenção do câncer de colo uterino e mama, planejamento familiar, pré-natal, puerpério, climatério, puericultura, prevenção das DST/AIDS, prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, e saúde bucal – direcionado principalmente às gestantes e crianças em idade escolar.

As Unidades Básicas atendem qualquer morador de Araraquara, sendo que cada unidade tem sua área de abrangência de bairros. O atendimento é realizado mediante matrícula do cidadão e prévio agendamento da consulta. Nos casos necessários, há o atendimento imediato. De acordo com Mattar (2005), no acolhimento ou triagem é verificada, a partir dos sintomas e sinais apresentados por cada pessoa, qual a melhor forma de atendê-la, através de agendamento ou encaminhamentos aos Prontos Socorros.

Sobre as atividades educativas e preventivas nas UBSs, vale destacar que foram se perdendo devido à crescente demanda nessas unidades. Existe o atendimento aos que aqui chamamos de grupos de risco – os diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças e idosos –, mas a grande procura diária na UBS, por consulta médica ou por procedimentos, dificulta a humanização do atendimento, o efetivo acolhimento, o cuidado ao paciente, o seu acompanhamento, a devida informação e a prática preventiva.

Esse “inchaço” das UBSs, conseqüência também do crescimento populacional da cidade, e a proposta do MS de buscar um novo modelo de saúde, fizeram com que Araraquara

implantasse 8 USFs, com 12 ESFs⁵¹. Essas unidades foram implantadas em locais onde não havia UBSs e não era oferecido nenhum tipo de assistência à saúde à população residente.

As USFs realizam os mesmos procedimentos que as UBSs, com a diferença no trabalho do profissional médico – médico de família – ,que sozinho exerce as três clínicas (clínica geral, pediatria e ginecologia), e na organização e metodologia de trabalho em equipe que, apesar de realizar o pronto-atendimento, enfatiza a importância das visitas domiciliares, a prática preventiva e ações educativas, retomando essas atividades, ultimamente, não muito presentes nas UBSs. Deve-se, ainda, ressaltar outros aspectos do PSF: o trabalho em equipe com foco na família, na saúde do paciente e não somente na cura; o acompanhamento integral do cliente; a integralização das ações, buscando parcerias com diversos setores da sociedade, e a territorialização, que faz com que a unidade não seja sobrecarregada, como nas UBSs, mantendo a qualidade da assistência e do atendimento.

Nos bairros Residencial São Paulo e Parque Laranjeiras, foi implantado o PACS, o programa que insere o trabalho dos ACSs na tradicional UBS.

A Rede Municipal de Araraquara é formada pelas seguintes unidades:

- **Unidades Básicas de Saúde (UBSs)**

Centro Municipal de Saúde Jardim Paulistano “Dr. Genaro Granata”;

Centro Municipal de Saúde Jardim América “Dr. Marcelo Edgard Drouet”;

Centro Municipal de Saúde Jardim Roberto Selmi Dei I “Dr. Ruy de Toledo”;

Centro Municipal de Saúde Jardim Roberto Selmi Dei IV “Dr. Herculano Graeff”;

Centro Municipal de Saúde Parque Residencial São Paulo “Gustavo de Moraes Júnior” e PACS;

Centro Municipal de Saúde Vila Xavier;

Centro Municipal de Saúde Santa Angelina “Rafael Sorbo”;

Centro Municipal de Saúde Parque das Laranjeiras “Dr. Wilson Antunes Pereira” e PACS;

Centro Municipal de Saúde Jardim Santa Lúcia “Dr. Aldo Cariani”;

Centro Municipal de Saúde Vila Melhado “Dr. Giuseppe Auphiero Sobrinho”;

Centro Municipal de Saúde Cecap “Dr. Renato Guimarães Bastos”;

Centro Municipal de Saúde Jardim Iguatemi “Kimiko Yuta”, e

Centro Municipal de Saúde Yolanda Ópice “Dr. Francisco Oswaldo Catelucci”.

⁵¹ No final de 2007, foi criada mais uma Unidade de Saúde da Família, no Jardim Brasil, com duas ESFs. Os dados desse PSF não estão inclusos em nossa análise, porque ainda não foram preenchidos no SIAB.

- **Unidades de Saúde da Família (USFs)**

Programa de Saúde da Família Vale do Sol – “ Dr. Euclides Croce”;

Programa de Saúde da Família Jd. Hortênsias-“ Dr. José Nigro Neto”;

Programa de Saúde da Família Bueno de Andrada –“ Dr. Nilo Rodrigues da Silva”;

Programa de Saúde da Família Bela Vista;

Programa de Saúde da Família Jd. Ieda – “ Dr. Nicolino Lia”;

Programa de Saúde da Família Jd Maria Luiza –“Dr^a Neuza Maria Affini Dicenzo”;

Programa de Saúde da Família Jd. Marivan -“ Adolfo Léo”;

Programa de Saúde da Família Jd. Pinheiros – “Luiz Alberto Marin Junior”, e

PSF, atualmente sendo estalado no Jardim Brasil.

- **Prontos-Socorros**

Pronto Socorro Médico Odontológico “Amélia B. Cutralle”, e

Hospital Dia (HIV).

- **Núcleo Integrado de Saúde (NIS)**

NIS – Núcleo Integrado de Saúde – “Dr. Otton do Amaral”, e

NIS – Núcleo Integrado de Saúde – “Dr. Antônio Victor dos Santos”.

- **Divisão de Saúde Pública**

Vigilância Sanitária;

Vigilância Epidemiológica;

Controle de Vetores, e

Centro de Controle de Zoonoses – CCZ.

- **Outras Unidades**

Central de Ambulâncias – Serviço de Atendimento Municipal de Urgência e Emergência (SAMU);

UMED – Unidade Municipal de Métodos e Diagnósticos “Dr. Cláudio de Jesus Curti”;

Centro Regional de Reabilitação de Araraquara – CRRA;

Centro de Atendimento Psicossocial-“ Dr. Nelson Fernandes” – CAPS;

Centro de Referência do Adolescente;

Centro de Referência de Saúde do Trabalhador – “Chico Neves”;

NGA-3 – Núcleo de Gestão Assistencial 3;

Central de Medicamentos;

Serviço de Controle da Dengue, e
Serviços de Controle de Infestação do Aedes Aegypti.

A Rede Estadual é composta pelas Unidades:

CEAMA – Ambulatório de Atendimento médico aos funcionários do serviço público;
Unidade de Resgate do Corpo de Bombeiros;
Maternidade Gota de Leite;
Santa Casa de Misericórdia “Santa Isabel”;
Santa Casa de Misericórdia “Beneficência Portuguesa”;
Hospital Psiquiátrico e Espírita “Caibar Shutel”;
Sociedade Beneficente União Operária;
Universitários conveniados;
Laboratório de Análises Clínicas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Unesp;
Núcleo de Hemoterapia – Unesp;
Assistência Odontológica da Faculdade de Odontologia de Araraquara – Unesp;
Serviço Especial de Saúde – Centro de Saúde Escola – Faculdade de Saúde Pública;
Privados contratados;
Instituto de Fisioterapia de Araraquara;
Instituto Médico de Araraquara;
Laboratório de Anatomia Patológica “Dr. Mário Alberto Paino”;
Clínica de Pneumologia;
Unidade de Tratamento Dialítico de Araraquara, e
Instituto de Patologia Cirúrgica e Citopatologia “Dr. Nicolino Lia neto”.

Já na Rede Privada, há o Hospital São Paulo, que possui 102 leitos das diversas especialidades, 6 leitos de UTI adulto e 6 leitos de UTI infantil e neonatal.

O SUS fornece cobertura dos principais exames necessários para os diagnósticos: exames laboratoriais (de sangue, fezes, urina); exames de RX; mamografia; ultra-sonografia abdome, pélvico, obstétrico e mamó; tomografia; densitometria óssea; cintilografia; ecocardiograma; cateterismo cardíaco; biópsia de peças cirúrgicas (ambulatoriais ou hospitalares); testes alérgicos; cirurgias; partos; fisioterapia; hemodiálise; litotripsia; tratamento de má-formação do crânio facial e tratamento oncológico.

Mattar (2005) argumenta, a respeito da dificuldade do acesso a determinados exames e tratamentos mais específicos, que o município, por não ser proprietário de todos os equipamentos que realizam os exames, recorre, mediante pagamento, a terceiros para suas utilizações. Além disso, aponta o fato do MS trabalhar com sistema de cotas, que são repassadas aos municípios para determinados procedimentos, porém, em número insuficiente, não contemplando todas as necessidades locais. No sentido de amenizar essas dificuldades, são organizados e financiados mutirões desses procedimentos, visando atender as listas de espera.

Os principais prestadores de serviços são: Santa Casa (CORA); Beneficência Portuguesa; Unesp; Instituto Médico de Araraquara (IMA); Laboratório Paina; Uniara; Unidade de Tratamento Dialítico de Araraquara; Centro de Pesquisa e Tratamento das Deformidades Buco Faciais (Cedeface); Unidade Municipal de Métodos e Diagnósticos (UMED); Instituto de Fisioterapia (IFA) e Gota de Leite.

Ainda no ano de 2002, foram implantados os conselhos gestores das unidades de saúde, em cada uma das 21 unidades de saúde (UBSs e USFs), consolidando práticas de controle e participação social, como é preconizado no SUS. Além disso, a SMS desenvolveu atividades voltadas para a capacitação dos membros desses conselhos e do Conselho Municipal de Saúde, totalizando 410 conselheiros, entre titulares e suplentes.

Os Conselhos Gestores das Unidades de Araraquara foram instituídos “para possibilitar a participação da população na formulação de políticas públicas na saúde”. (MATTAR, 2005, p.33). Nesses Conselhos, a população se reúne para discutir e definir as diretrizes da unidade.

Os conselhos são órgãos auxiliares e colegiados, subordinados ao Conselho Municipal de Saúde, que tem por finalidade estimular a participação popular na definição de diretrizes para a saúde do município e na luta pela melhoria da qualidade de vida dos cidadãos e cidadãs.(MATTAR, 2005, p.33).

O Conselho é composto por representantes dos servidores municipais eleitos na Unidade, mais os representantes da população. Sua composição é paritária, sendo o número dos funcionários igual ao número dos representantes da comunidade.

Por ser o desenvolvimento dos recursos humanos uma preocupação constante da SMS, implantou-se o Programa de Educação Continuada, de caráter permanente, que realiza treinamentos, seminários e palestras, visando à capacitação dos profissionais de saúde para

melhora da qualidade da assistência. Mas, como explicita Mattar, “existe grande necessidade de investimento em pessoal especializado, que possa compreender o sistema integralmente, com melhor relação entre os diversos níveis e com maior humanização no atendimento”. (MATTAR, 2005, p.28)

Quanto ao fornecimento de medicamentos, Mattar (2005) salienta que o município mantém a sua aquisição e busca padronizar os que são utilizados nas unidades de saúde, objetivando garantir o tratamento precoce e adequado dos problemas mais comuns e prioritários. No entanto, existe grande procura por medicamentos não padronizados de pacientes crônicos, não contemplados pela distribuição estadual de Alto Custo, gerando insatisfação nos pacientes não atendidos.

O sistema de saúde se encontra dividido em: assistência primária à saúde, ou seja, a atenção básica; assistência secundária, que são os procedimentos especializados, e assistência terciária, que compreende a alta complexidade. A seguir, listamos alguns procedimentos referentes a cada nível de saúde.

A) Procedimentos de Atenção Básica: ações de enfermagem e outras de saúde, realizadas por profissionais de Nível Médio; ações médicas básicas; ações básicas em odontologia; ações executadas por outros profissionais de Nível Superior e procedimentos básicos em Vigilância Sanitária.

B) Procedimentos Especializados: processos mais específicos, atendidos por profissionais médicos e por outros profissionais de Nível Superior; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia (por sessão); terapias especializadas (por terapia); instalação de Cateter; próteses e órteses, e anestesia.

C) Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade: hemodinâmica; terapia renal substitutiva; radioterapia (por especificação); quimioterapia - custo mensal; busca de órgãos para transplante; ressonância magnética; medicina nuclear; radiologia intervencionista; tomografia computadorizada; medicamentos; hemoterapia; acompanhamento de pacientes e procedimentos específicos para reabilitação.

O município conta com o desenvolvimento de outros programas, realizados nas unidades de saúde, voltados para diversas faixas etárias, como⁵²:

- **Programa de saúde da criança:** compreende vários projetos como o SISVAN (sistema de vigilância alimentar e nutricional), o projeto do recém-nascido de risco, o projeto de estimulação precoce, imunização e saúde bucal. São desenvolvidos em todas as unidades de saúde.
- **Programa de saúde do adulto:** abrange o programa de controle de diabetes e hipertensão, com acompanhamento mensal e fornecimento de medicamentos, desenvolvidos em todas as unidades de saúde.
- **Programa de saúde do idoso:** desenvolve atividades de reabilitação, prevenção, inclusão social e orientação sobre cuidados com a saúde. É um dos projetos que integra o Programa FELIZ IDADE e tem suas atividades centradas no Centro Regional de Reabilitação.
- **Programa de saúde bucal:** realiza atendimento emergencial, atendimento às gestantes, crianças e adolescentes em idade escolar; ações educativas e preventivas em toda rede pública de ensino e ações ambulatoriais para portadores do vírus HIV. Possui atendimento nas escolas estaduais e municipais, centros de educação e recreação, Centros Municipais de Saúde, Pronto Socorro do Centro e Pronto Socorro da Vila Xavier.
- **Programa da saúde da mulher:** executa o pré-natal, a prevenção do câncer de mama e colo de útero, o climatério, o planejamento familiar e o controle de doenças sexualmente transmissíveis. Atua em todas as unidades de saúde.
- **Programa Deficiente Auditivo:** compreende avaliação, indicação e fornecimento de aparelhos auditivos, assim como acompanhamento dos protetizados. Essas atividades são desenvolvidas no Centro Regional de Reabilitação.
- **Programa de Órteses e Próteses:** contempla avaliação, indicação e fornecimento de aparelhos e próteses para portadores de necessidades especiais. Suas atividades também são desenvolvidas no Centro Regional de Reabilitação.
- **Programa de Controle da Dengue:** promove atividades de controle e combate à dengue.

⁵²Tais informações foram obtidas no site: <http://www.easysite.com.br/secretariasaude/>

- **Programa de Saúde do Adolescente:** realiza ações preventivas, educativas e de atendimento a adolescentes, através de equipe multiprofissional do Centro de Referência do Adolescente, nas áreas de pediatria, ginecologia e psiquiatria.
- **Programa Municipal de DST/ AIDS:** programa desenvolvido em parceria com o SESA, com o Centro de Referência do Adolescente e ONGS, que pratica atividades de prevenção, educação e tratamento dos portadores, resultando na diminuição da incidência de AIDS e na considerável redução da mortalidade.

Buscou-se, neste item, compreender o funcionamento do sistema municipal de saúde de Araraquara e localizar o PSF.

4 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

Na década de 90, no plano nacional, a partir da publicação da NOB-SUS 01/96, buscou-se o fortalecimento da atenção básica e primária e das ações de saúde coletiva, resultando na criação de um conjunto de instrumentos indutores do modelo assistencial, destacando-se o incentivo à adoção do **Programa Saúde da Família (PSF)** e Programa de Agentes Comunitários (PACS).

No Brasil, o período mais recente da saúde se caracteriza pela expansão desses dois programas, com o objetivo de introduzir mudanças no modelo assistencial hegemônico da saúde, apresentando novas propostas.

Em Araraquara, o PACS é presente, apenas, no Parque São Paulo e no Parque Laranjeiras. Por considerarmos que esse programa ainda continua atrelado ao modelo tradicional das UBSs, não o consideramos escopo desta pesquisa. No PACS não é formada uma equipe de saúde, como ocorre com o PSF; os ACS são inseridos na UBS tradicional para a realização das visitas domiciliares e a Unidade ainda continua trabalhando com as especialidades.

No município estudado, a expansão do PSF é maior que a do PACS, motivo que explica o interesse deste estudo nesse programa.

Nesta seção, analisa-se a implantação do PSF de Araraquara, traçando-se um panorama geral. São expostos alguns dados referentes que informam: o número de USFs e ESFs; o número de pessoas cadastradas (cobertura populacional) pelo programa; a distribuição por faixa etária e sexo; o número de famílias cadastradas e acompanhadas; o número de pessoas cobertas por Plano de Saúde; o número de crianças na escola; o número de adultos alfabetizados; algumas doenças e deficiências cadastradas na área do PSF; o número de consultas e atendimentos realizados; o número de gestantes cadastradas e acompanhadas; o número de atendimentos pré-natal e o número de diabéticos e hipertensos. Posteriormente, indicadores de saúde de Araraquara e do PSF, entre eles a mortalidade infantil, a taxa de natalidade e o número de internações, são apresentados.

Como já mencionado, o PSF se encontra em processo de expansão no município analisado. No ano de 2000, possuía duas Unidades de Saúde da Família (USFs), com três Equipes de Saúde da Família (ESFs). Já no ano de 2004, foram instaladas mais seis USFs, totalizando oito. O número de ESFs aumentou para doze. Vejamos a tabela a seguir:

Tabela 10. Dados do PSF: Número de Unidades de Saúde da Família e Equipes de Saúde da Família no município de Araraquara de 2000 a 2005

Unidades e Equipes	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Número de USFs	2	4	4	4	8	8
Número de ESFs	3	5	5	5	12	12

Fonte: Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponível no site: www.cnes.datasus.gov.br

A primeira Unidade de Saúde da Família surgiu em fevereiro de 2000, no bairro Vale do Sol, e conta, atualmente, com duas equipes de Saúde da Família (ESFs), que trabalham conjuntamente com a equipe de saúde bucal (ESB). Ambas as ESFs foram implantadas, de acordo com o Cadastro Nacional de Saúde (CNS), no dia 07 de fevereiro de 2000, com um total de 25 profissionais exercendo suas atividades.

Ainda em 2000, foi criado o PSF Hortênsia Dr. José Nigro Neto, com ativação na data de 11 de setembro de 2000. Localizado no Parque das Hortênsias, atua uma ESF com Saúde Bucal, totalizando 16 profissionais.

Em março de 2001, foi criado o Qualis PSF Assentamento Bela Vista, cuja população assistida é assentada. Possui 8 profissionais, que desenvolvem atividades de atenção básica.

No mesmo mês, também foi implantado o PSF no Distrito de Bueno de Andrada, que possui uma ESF, onde atuam 10 profissionais.

A próxima ESF a ser implantada foi a do Jardim Pinheiros, no dia 01 de fevereiro de 2004, com 10 profissionais. Logo após, criou-se a ESF Vila Biagione, com 8 profissionais atuantes. Ambas equipes usufruem a mesma estrutura física: a Unidade Básica de Saúde da Família Luís Alberto Marim Júnior, no Jardim Pinheiros, com 18 profissionais de saúde ao todo.

Na data 14 de fevereiro de 2004, fundou-se a Unidade de Saúde da Família Dr^a. Neuza Maria A. Dicenzo, instalado no bairro, Maria Luiza. Nela trabalha uma ESF, em conjunto com a equipe de Saúde Bucal, no bairro Maria Luiza, com cerca de 12 profissionais.

Na Unidade de Saúde da Família do Jardim Ieda, foram criadas duas ESFs, que trabalham concomitantemente com equipes de Saúde Bucal: a equipe do PSF Jardim Ieda, ativada dia 16 de

fevereiro de 2004 e a equipe Jardim Cruzeiro do Sul, ativada na mesma data. Ambas totalizam 19 profissionais de saúde.

Finalmente, em março de 2004, foram implantadas mais duas ESFs, no Jardim Marivan e no Jardim Imperador. Ambas fazem parte da Unidade de Saúde da Família Adolfo Leo, e possuem 25 profissionais em atividade.

Atualmente, entre os meses fevereiro e março de 2008, está em fase de implantação o PSF do Jardim Brasil, com atuação de duas ESFs.

Vale lembrar que, segundo a Secretaria de Saúde, o valor da obra e equipamentos de cada USF gira em torno de R\$ 400 mil. (ATENDIMENTO..., 2006).

Esta pesquisa tem o objetivo de, tendo como parâmetro todas as USFs e respectivas equipes (ESFs), com exceção do Jardim Brasil, mostrar os resultados obtidos, compreendendo a contribuição do PSF para o sistema público de saúde municipal.

De acordo com o MS (2001), para a melhora na saúde pública municipal, esse programa deve contribuir para a realização de atividades educativas junto à comunidade, além de executar a integralidade com as outras unidades da rede básica de saúde, que realizam ações de saúde mais especializadas. Acrescenta-se a isso que:

A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurada a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica. (BRASIL, 2001b, p.6).

No PSF, o atendimento é feito através do cadastramento das famílias pelos Agentes Comunitários de Saúde, que preenchem um formulário com as informações de cada membro da família, direcionando ações de acordo com as faixas etárias. A família tem uma matrícula e uma ficha na USF, e deve ser visitada uma vez por mês pelo ACS. O agente realiza a busca ativa das doenças já existentes e das condições de risco à saúde presentes na comunidade, encaminhando os casos que necessitam à avaliação de um profissional especializado, ou solicitando a visita do profissional no domicílio. Ao mesmo tempo, as USFs permanecem abertas para o atendimento da demanda espontânea.

Geralmente, as implantações do PSF são realizadas em bairros mais carentes. Por isso, é comum que os agentes comunitários se depararem não somente com problemas sanitários e de saúde, mas também com problemas sociais, como a violência e a criminalidade, a drogadição e o baixo nível socioeconômico e cultural. No caso de Araraquara o programa localiza-se nos bairros periféricos, com exceção do PSF do Jardim Marivan, cuja implantação foi deliberada através do Orçamento Participativo.

Não devemos deixar de ressaltar, que o programa realiza parcerias com órgãos públicos, instituições e secretarias. No estudo sobre a Unidade de Saúde da Família do Jardim Hortênsias, realizado por Couto (2003), verifica-se uma série de propostas e projetos junto ao Poder Público, que sugerem a atuação dos profissionais dessa USF em parceria de outros grupos, podendo “iniciar um compromisso com a questão social que acompanha o bairro”. (COUTO, 2003, p.33)

A USF do Jardim Hortênsias se aliou à Casa da Cultura, ao Programa do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde, à UNESP, à Secretaria do Desenvolvimento Econômico, à Secretaria de Assistência Social e à Secretaria da Educação. As ações que praticaram juntos possibilitaram qualificar e quantificar os resultados alcançados, ocorrendo um maior controle sobre a hipertensão, diabetes e epidemias; queda na desnutrição no bairro; aproximação dos adolescentes com o PSF e o aumento da cobertura vacinal, de 99% a 100%, das crianças e outros.

Por outro lado, a autora resalta algumas das dificuldades com que se depara o PSF, indicando a não aceitação do médico generalista, a dificuldade de encontrar profissionais e a difícil aceitação da cultura de medicina preventiva. A autora considera que para enfrentá-las é necessário refletir sobre a capacidade de atendimento da ESF a toda a comunidade; inserir novos profissionais, como psicólogo e assistente social, aperfeiçoar os profissionais por meio dos Pólos de Capacitação; além de divulgar o programa através de campanhas publicitárias.

Os aspectos e resultados intersetoriais do PSF como um todo, claramente explicitados nos documentos do MS, como vimos na segunda seção, e no caso de Araraquara, apontados no trabalho de Couto (2003), incitou-nos à realização de sua análise no município referido nesta dissertação.

Nossa pesquisa abrange o período de 2000, ano da implantação do programa no município, até o ano de 2005. A escolha de Araraquara se deve ao fato de que:

A implantação do PSF [...] foi bastante expressiva em municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema de saúde (NOB 1/96), alcançando 83,7% desses municípios em 2001, ressaltando-se que este conjunto representa apenas cerca de 10% dos municípios brasileiros. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2002, p.25).

Essa escolha se justifica por Araraquara estar habilitada em gestão plena do sistema desde 1998, ou seja, está entre os municípios em que a implantação do PSF foi bastante expressiva, e também pelo aspecto da continuidade do programa.

A primeira USF foi implantada no governo de Waldemar De Santi (1997 a 2000), permanecendo no mandato de Edson Antônio da Silva, de 2001 até os dias atuais. Considerando que um dos obstáculos encontrados pelo programa é a sua descontinuidade, quando ocorre alteração de mandato na administração política municipal, cabe destacar que, em Araraquara, isso não interferiu no desenvolvimento do PSF. Pelo contrário, segundo os dados obtidos no SIAB, houve uma expansão do programa, verificado pelo aumento no número de famílias cadastradas pelas equipes –, sendo que em 2000, 889 famílias eram cobertas pelo Programa, elevando-se o número para 9627, em 2005. A quantia de pessoas passou de 3.422, em 2000, para 32.977.

Por meio desses dados, é possível perceber a relevância de se atentar ao PSF deste município.

Devido à inexistência de uma história formal do PSF deste município procuramos construí-la com base nas informações obtidas nas entrevistas realizadas com os coordenadores da SMS e do PSF.

Uma das entrevistadas relatou parte da história do sistema de saúde de Araraquara. Segunda ela, inicialmente, em 1983, o então prefeito da cidade, Clodoaldo Medina, que estava em seu segundo mandato não consecutivo, reuniu algumas instituições – a Farmácia e a Odontologia da Unesp, a Associação dos Profissionais Médicos, a Associação dos Profissionais de Enfermagem – e profissionais da área com o objetivo de realizarem uma avaliação da saúde em Araraquara⁵³.

⁵³ Lembrando que, o SUS, nesse período, ainda não existia.

Na época, fez-se um levantamento que constatou a existência de três hospitais – o Hospital São Paulo, a Beneficência Portuguesa e a Santa Casa –; dos hospitais psiquiátricos Instituto Araraquarense e Caibar Schutel; da Maternidade Gota de Leite; de um Pronto-Socorro (PS) no centro – que é o antigo P.S. –; de um Centro de Saúde Escola (o SESA), que pertence à Faculdade de Saúde Pública; de um subposto do SESA, na Vila Xavier, e o Prédio do INPS, que atualmente é o prédio do NGA3 (Núcleo de Gestão Assistencial). De acordo com a entrevistada, na avaliação efetuada se diagnosticou que a quantidade de hospitais era suficiente, que as consultas em especialidades eram restritas aos previdenciários e que não havia nada de Saúde Pública no município.

Em seguida, argumenta a entrevistada, foi delineado um projeto de implantação de unidades de saúde, nas periferias da cidade⁵⁴, formando o chamado “**cinturão**” da saúde. Foram criados Centros Municipais de Saúde (CMS), hoje conhecidos como Unidades Básicas de Saúde (UBSs) – ainda atuantes no município–, sendo eles: o Centro Municipal de Saúde do Selmi Dey 4 e Selmi Dey 1, do Jardim Paulistano, do Jardim América, do Residencial São Paulo, do Yolanda Ópice, do Iguatemi, do Cecap, da Vila Melhado, do Santa Lúcia, do Parque das Laranjeiras, do Santa Angelina e da Vila Xavier.

Como explicou a coordenadora, essas unidades eram compostas, antigamente, pelo médico generalista – que atendia criança, adultos e gestantes –, pelos atendentes de enfermagem, pela(o) enfermeira(o) e pelo visitador sanitário, pessoa capacitada para fazer as visitas domiciliares. Naquele período, o trabalho das UBSs tinham semelhanças com a atuação do PSF.

Para ela, na década de 90, o crescimento demográfico no município, com o conseqüente surgimento de novos bairros, engendrou a **crecente demanda** por serviços de saúde oferecidos nas UBSs e a necessidade de novas unidades. Acrescentou-se a isso, na mesma década, a **universalização** e ampliação do acesso à saúde decorrentes da criação do SUS.

Notou-se que diante do aumento da procura, o trabalho realizado nas UBSs sofreu alterações significativas. Essas unidades ampliaram expressivamente suas coberturas⁵⁵; aos poucos predominou a prática curativa; não foi possível conciliar o atendimento da demanda

⁵⁴ Os locais considerados periféricos na década de 80, atualmente, correspondem à área central do município.

⁵⁵ Afirmou-se durante as entrevistas que existem, no município, UBSs que atendem cerca de 10 mil pessoas.

espontânea com as visitas domiciliares, deixando-as sem cumprir e, por fim, desapareceu a figura do médico generalista, sobressaindo-se os médicos especialistas das três clínicas: pediatria, ginecologia e clínica geral.

Podemos afirmar que as UBSs apresentaram, e ainda apresentam, complicações na prestação de assistência à saúde, não conseguem atender a todos, resultando nas grandes filas de espera, na perda da qualidade dos serviços e na ausência de um atendimento acolhedor, e não sabem, de forma clara, como administrar o processo saúde-demanda.

Discutiu-se, na época, por razão dessa grande procura por atendimento e da necessidade da criação de novas unidades, a proposta do PSF, que já estava em debate no país. Em 1999, foi decidido pelo então Secretário de Saúde de Araraquara que as novas unidades criadas a partir daquele momento, seriam implantadas no modelo do PSF. Essas unidades foram construídas nos bairros atualmente considerados periféricos, conforme preconizado pelo MS, ao redor do chamado “cinturão”.

Vale lembrar que, com o SUS os municípios começaram a se enquadrar nas gestões previstas nas NOBs. Na Gestão da Atenção Básica, a esfera municipal oferecia atenção básica e o estado era responsável pelo nível secundário e terciário, ficando com as consultas especializadas, com exames e internações. Na Gestão Plena do Sistema Municipal, o município assumia a média e a alta complexidade e tinha autonomia para gastar o dinheiro repassado pelo nível federal, de acordo com o diagnóstico da cidade. Araraquara se habilitou nesta, em 1998.

A idéia da implantação do programa, surgiu em 1999, quando o professor e então Ministro da Saúde, Adib Jatene, visitou São Carlos. Uma das entrevistada comentou:

A idéia era de que implantando o PSF nos municípios, ocorreria uma redução de custos com exames de alta complexidade, reduziria as internações e melhoraria a assistência na atenção básica, que era um dos problemas e um dos geradores de custo alto. A idéia era melhorar a atenção básica para evitar a ocorrência da doença, e realizar a prevenção em saúde, para que o indivíduo não necessitasse de um processo curativo.

O então Secretário de Saúde do município, Dr. Anuar M. Lauer, foi à uma reunião do Conselho de Secretarias de Saúde Municipais (COSEMS) e tomou conhecimento do PSF da cidade de Amparo, que se destacava por ser um município com mais de 50 mil habitantes, amplamente coberto pelo programa. Uma das entrevistadas relembra que:

O Dr. Anuar visitou Amparo e voltando a Araraquara, que inauguraria uma Unidade de Saúde, no Vale do Sol, decidiu que esta deveria ser uma unidade nos moldes do PSF. Foi esclarecido à população do bairro o que era uma USF e explicada a forma de trabalho que seria realizada. Ao final, foi feita uma votação em que a população apoiou a criação do primeiro PSF, no bairro do Vale do Sol. Posteriormente, foram criadas as USFs do Hortênsias e as unidades rurais de Bueno de Andrada e do Assentamento Bela Vista.

Em 2004, houve uma expansão das unidades de PSF. Outras foram implantadas no Jardim Marivan, Pinheiros, Maria Luiza e Ieda.

Mais recentemente, em fevereiro de 2008, o município inaugurou uma Unidade de Saúde da Família no Jardim Brasil, marco da “quebra do cinturão”⁵⁶, pois, pela primeira vez, é instalada uma unidade no interior desta estrutura, formada desde 1983.

Através das informações aqui reunidas, observa-se que o PSF surgiu no município de Araraquara no momento em que já existia uma estrutura de saúde pública organizada. No entanto, na década de 90, com o crescimento da população e a universalização do acesso à assistência à saúde, através da criação do SUS, essa estrutura se tornou deficitária, não era capaz de oferecer assistência tal como antes. Dessa forma, por iniciativa do Secretário Municipal de Saúde da época, em 2000, implantou-se a primeira USF. A partir de então, segundo as entrevistadas, todas as unidades instaladas foram implantadas nos moldes do PSF.

Com o intuito de compreender o PSF de Araraquara, traçamos um panorama geral, baseado em alguns dados do programa, obtidos no SIAB. Apresentamos, em tabelas e gráficos, a cobertura populacional distribuída por faixa etária; o número de crianças na escola; a alfabetização; algumas doenças e deficiências; o número de consultas e atendimentos; o número de gestantes e o número de diabéticos e hipertensos.

Ao analisar as informações sobre a cobertura populacional, ou seja, o número de pessoas cadastradas pelo PSF, observa-se seu aumento no período de 2000 a 2005. Em 2004, esse

⁵⁶ Na verdade, é a primeira unidade criada dentro do “cinturão”. Nas palavras de um dos entrevistados: “Tinha um espaço vazio na cidade que era entre o Jardim América e a Unidade da Vila Xavier. Era um espaço muito grande que começou a ser loteado e agora foi necessário a construção de uma nova unidade. Então colocamos uma USF.”

crescimento foi mais significativo, em razão da ampliação de USFs no município. Verifiquemos a tabela abaixo:

Tabela 11: Número de pessoas cadastradas pelo PSF no período de 2000 a 2005⁵⁷, em Araraquara

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Pessoas cadastradas	3422	11613	12295	14024	29930	32977

Fonte: SIAB

Nota-se que o número de pessoas cadastradas pelo PSF no período de 2000 a 2005, aumentou significativamente no município estudado, passando de 3.422 pessoas, em 2000, para 32.977, em 2005.

Quando se compara, no ano de 2005, a cobertura populacional do PSF, correspondente a 32.977 pessoas, em relação à população total do município – que de acordo com o IBGE era de 197.040 habitantes –, deduz-se que o programa contemplou 16,74% da população municipal, porcentagem que indica pequena abrangência, apesar de sua tendência crescente.

A seguir, foram organizados os dados referentes à população cadastrada pelo PSF, distribuída por faixa etária e sexo.

⁵⁷ Os dados de 2000, ano da implantação do programa, referem-se ao período de maio a dezembro. Os dados de 2006, como relatado pela funcionária do Centro de Processamento de Dados (CPD) da Secretaria Municipal de Saúde, foram preenchidos de forma incorreta. Fizemos um ofício para a coleta dos dados relativos a 2006 na SMS, que foi autorizado, porém, não houve disponibilidade da funcionária para nos repassar as informações. Desse modo, a análise dos dados se refere ao período de 2000 a 2005.

Tabela 12: Cobertura populacional do PSF, do sexo feminino, por faixa etária, no período de 2000 a 2005, em Araraquara

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Mulheres menos 1 ano	38	29	26	22	163	121
Mulheres 1 a 4 anos	141	471	435	451	828	890
Mulheres 5 a 6 anos	79	244	242	322	620	644
Mulheres 7 a 9 anos	133	372	361	432	933	1043
Mulheres 10 a 14 anos	221	642	663	829	1505	1705
Mulheres 15 a 19 anos	183	551	595	646	1458	1678
Mulheres 20 a 39 anos	601	2156	2130	2378	5079	5450
Mulheres 40 a 49 anos	161	652	763	863	1998	2259
Mulheres 50 a 59 anos	86	380	482	528	1228	1400
Mulheres mais 60 anos	74	308	398	449	1182	1361

Fonte: SIAB

A tabela mostra que entre as pessoas cadastradas pelo PSF, do sexo feminino, nos anos de 2000 a 2005, predominaram as faixas etárias de 20 a 39 anos, de 40 a 49 anos e de 10 a 14 anos, respectivamente.

Abaixo, consta a cobertura populacional do PSF, do sexo masculino, distribuída por faixa etária.

Tabela 13: Cobertura populacional do PSF, do sexo masculino, por faixa etária, no período de 2000 a 2005, em Araraquara

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Homens menos 1 ano	43	36	36	41	149	136
Homens 1 a 4 anos	164	536	487	511	937	965
Homens 5 a 6 anos	106	265	273	339	640	715
Homens 7 a 9 anos	130	421	450	548	1046	1131
Homens 10 a 14 anos	216	663	683	866	1624	1800
Homens 15 a 19 anos	138	516	615	700	1459	1669
Homens 20 a 39 anos	578	2061	2007	2235	4894	5346
Homens 40 a 49 anos	163	656	773	873	1878	2076
Homens 50 a 59 anos	102	369	477	544	1263	1377
Homens mais 60 anos	65	285	399	447	1046	1211

Fonte: SIAB

Assim como no caso do sexo feminino, prevalecem as faixas etárias de 20 a 39 anos, de 40 a 49 anos e de 10 a 14 anos, respectivamente.

O próximo dado a ser observado é o número das famílias cadastradas e acompanhadas pelo PSF:

Tabela 14: Representação (em porcentagem) do número de famílias acompanhadas e cadastradas pelo PSF, e sua porcentagem, no período de 2000⁵⁸ a 2005, em Araraquara

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Famílias cadastradas	889	3182	3330	3678	8300	8973
Famílias acompanhadas	1722	2869	3111	3352	5655	8296
Porcentagem entre o número de famílias acompanhadas em relação ao número de famílias cadastradas	-	90,2	93,4	91,1	68,1	92,4

Fonte: SIAB

No momento da implantação das USFs, os profissionais realizam um cadastramento de todas as famílias da área de abrangência. Não são todas as famílias cadastradas que utilizam os serviços das unidades, por isso, não necessariamente todas são acompanhadas pelo programa. Isso ocorre porque muitas famílias possuem planos de saúde ou recorrem a outras unidades de saúde do município.

Na tabela acima, pode-se averiguar que o número de famílias cadastradas foi maior que o das acompanhadas, com exceção do ano de 2000, ano da implantação das primeiras USFs, em que provavelmente o cadastramento não havia sido completado.

Verifica-se que o número de famílias cadastradas e o número de acompanhadas se elevaram no decorrer dos anos, denotando ampliação da cobertura do PSF.

Analisando se a maioria das famílias cadastradas também eram acompanhadas, calculou-se a porcentagem entre elas. Os números expostos demonstram que essa porcentagem não foi inferior a 90%, com exceção de 2004⁵⁹, o que denota que a maior parte das famílias cadastradas eram também acompanhadas.

Quanto ao número de pessoas com plano de saúde na área de abrangência do PSF, no período de 2000 a 2005, analisemos a próxima tabela:

⁵⁸ Foram acompanhadas mais famílias do que cadastradas, no ano de 2000, porque, provavelmente, o cadastramento não havia sido completado.

⁵⁹ A baixa porcentagem do número de famílias acompanhadas em relação ao de famílias cadastradas, em 2004, se justifica pelo fato deste ano ter sido marcado pela expansão do número de USFs, e conseqüente aumento significativo do número de cadastros.

Tabela 15: Representação (em porcentagem) entre o número de pessoas do PSF cobertas por plano de saúde em relação ao número total de pessoas cadastradas pelo programa, no período de 2000 a 2005, em Araraquara

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Pessoas cadastradas	3422	11613	12295	14024	29930	32977
Pessoas do PSF que possuem plano de saúde	202	2279	1862	1997	5471	5712
Porcentagem do número de pessoas com plano de saúde em relação ao número total de pessoas cadastradas no PSF	5,9	19,6	15,1	14,2	18,3	17,3

Fonte: SIAB

Atinge-se uma média de 15% a população cadastrada no programa que possuía plano de saúde, no período analisado. No entanto, foi relatado nas entrevistas que a maioria, mesmo tendo algum plano, recorriam à assistência oferecida pela USF.

Por considerarmos relevante a atuação intersetorial do PSF, apresenta-se abaixo o número de crianças na escola, na sua área de abrangência em Araraquara:

Tabela 16: Representação (em porcentagem) do número de crianças na escola, em relação ao número total de crianças cadastradas na área do PSF, no período de 2000 a 2005, em Araraquara

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Número total de crianças cadastradas, na faixa etária de 7 a 14 anos, no PSF	700	2098	2157	2675	5108	5679
Número total de crianças, entre 7 a 14 anos, matriculadas na escola	684	2052	2024	2400	4737	5107
Porcentagem entre o número de crianças na escola e o número total de crianças cadastradas pelo PSF	98	98	94	90	93	90

Fonte: SIAB

Os dados revelam que, apesar do PSF estar localizado, em sua maioria, atualmente, nas áreas periféricas, uma média de 93,8% das crianças de 7 a 14 anos cadastradas no PSF se encontravam matriculadas em alguma escola, no período de 2000 a 2005.

Apesar da porcentagem entre o número de crianças na escola em relação ao número total de crianças cadastradas no programa ser alta – terceira linha da tabela –, repara-se que o aumento não foi expressivo. Esse dado não nos permite corroborar com o argumento do Ministério da Saúde de que o PSF contribui para o aumento significativo do número de crianças freqüentando a escola, no caso de Araraquara, no período analisado. Isso pode ser explicado pelo fato do município apresentar razoáveis indicadores educacionais, não havendo correlação com a atuação do PSF.

Quanto aos adultos com 15 anos e mais alfabetizados, na área do programa, infere-se que a porcentagem entre o número de pessoas alfabetizadas, com 15 anos e mais, em relação ao número total de pessoas cadastradas na área do PSF, nessa faixa etária, foi elevada, variando entre 85,4 e 93,5%, como mostra a seguinte tabela:

Tabela 17: Representação (em porcentagem) entre o número de adultos de 15 anos e mais alfabetizados do PSF e o número de pessoas com mais de 15 anos cadastradas no PSF, de 2000 a 2005.

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Número total de pessoas cadastradas, no PSF, com mais de 15 anos	2151	7934	8639	9663	21485	23827
Número total de adultos, com 15 anos e mais, alfabetizados do PSF	1837	7313	7854	8843	19987	22274
Porcentagem entre o número de adultos de 15 anos e mais alfabetizados do PSF e o número de pessoas com mais de 15 anos cadastradas no PSF	85,4	92,2	91	91,5	93	93,5

Fonte: SIAB

A população abrangida pelas USFs apresentou indicadores de alfabetização considerados razoáveis, reflexo da situação educacional do município.

Para esse mesmo período, a seguir, a tabela mostra os números sobre algumas doenças e deficiências, que atingiram a população coberta pelo PSF em Araraquara. Eram elas: Chagas, Malária, Epilepsia, Deficiência Física, Alcoolismo e Distúrbio Mental. Posteriormente, apresentam-se os números de diabéticos e hipertensos.

Tabela 18: Algumas doenças e deficiências cadastradas, na população da faixa etária de 15 anos e mais, da área de abrangência do PSF, no período de 2000 a 2005, em Araraquara⁶⁰

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Chagas	4	8	20	25	36	34
Malária	0	0	0	0	1	0
Epilepsia	6	16	17	18	56	54
Deficiência física	9	13	13	21	261	261
Tuberculose	1	1	1	2	7	6
Hanseníase	1	4	4	5	5	5
Alcoolismo	19	71	62	66	156	173
Distúrbio Mental	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIAB

Com exceções do Distúrbio Mental que não registrou nenhum caso, e da Malária que constatou apenas um, todas as outras doenças ou deficiências apresentaram ampliação no número de casos registrados, no decorrer dos anos.

O número de ocorrências de Tuberculose e Hanseníase não ultrapassou 7 e 5, respectivamente. E, ainda que os casos registrados de Chagas e de Epilepsia tenham sido de 36 e 56, respectivamente, o alcoolismo e a deficiência física foram, entre as doenças analisadas, as que mais atingiram a população da área do PSF, no período de 2000 a 2005.

As entrevistadas afirmaram que o PSF se depara com o problema do alcoolismo diariamente. Quando o paciente adere ao tratamento, é encaminhado aos órgãos do município que são responsáveis pela recuperação do indivíduo. Entretanto, várias das enfermeiras do programa se mostraram frustradas ao revelarem que a maioria dos pacientes alcoólatras não aderem ao tratamento.

⁶⁰ Os dados desta tabela se referem aos casos cadastrados até determinado ano, contabilizando-os juntos aos dados dos anos anteriores. Significa que os registros, por exemplo de 2005 já contabilizam os do ano anterior.

Apesar das doenças mencionadas acima, existiam, e ainda existem, outras duas que atingem a população da área do PSF de Araraquara, assim como toda a população brasileira: a hipertensão e o diabetes mellitus. Dedicamos-nos mais atentamente a tais doenças, pois estão entre as que mais preocupam os profissionais de saúde do programa, como foi relatado nas entrevistas. Além disso, o MS afirma que o PSF tem como estratégia controlar e prevenir as doenças crônicas que atingem a população brasileira, destacando-se entre estas a hipertensão e o diabetes.

A hipertensão arterial sistêmica ocorre quando os níveis da pressão arterial se encontram acima dos valores de referência para a população em geral. Mano (2007) explica que a elevação dos níveis pressóricos é um fator de risco de conseqüências cardíacas, coronarianas, cerebrovasculares, renais e vasculares.

Segundo o autor, apesar do reconhecimento da hipertensão como uma doença de prevalência elevada, seu tratamento continua inadequado. A medição da pressão arterial no consultório, apesar de considerada procedimento padrão para o diagnóstico de hipertensão e para o seguimento dos pacientes, está sujeita a inúmeros fatores de erro, pois propicia um número reduzido de leituras. Mano (2007) considera que a medida residencial realizada durante vários dias, pelo paciente ou familiar devidamente treinados, constitui uma alternativa útil para evitar esses inconvenientes, melhorando os índices de adesão ao tratamento. Nesse aspecto, o PSF pode ser uma contribuição relevante, pois com as visitas domiciliares realizadas pelos ACSs, enfermeiras, médicos; enfim, por toda a equipe de saúde da família, é possível obter maior adesão ao tratamento e controle da hipertensão nos pacientes.

Lolio, Pereira e Lotufo (1993), em 1987, realizaram um estudo de prevalência de hipertensão arterial em Araraquara e concluíram que a prevalência era extremamente alta no município, com os mais elevados níveis já descritos em estudos de prevalência da doença no Brasil.

Cabe ressaltarmos a atuação do PSF voltada para o controle e a prevenção dessas duas doenças crônicas, no período aqui analisado. A seguir, apresentamos os dados do programa referentes à hipertensão:

Tabela 19. Dados do PSF: Representação (em porcentagem) do número anual de casos de hipertensos acompanhados em relação ao número de casos de hipertensos cadastrados pelo PSF, no período de 2000 a 2005

Araraquara	maio/2000	2001	2002	2003	2004	2005
Casos Cadastrados	357	624	880	1059	1800	2706
Casos Acompanhados	337	615	878	1053	1798	2696
Porcentagem	94,4	98,5	99,8	99,4	99,9	99,6

Fonte: Própria

Nota-se que, primeiramente, o PSF realizou um cadastramento prévio dos pacientes hipertensos, antes de qualquer tipo de acompanhamento ou atendimento, demonstrando que o programa conseguiu efetivamente concretizar um levantamento epidemiológico do seu território de abrangência, podendo adequar suas ações e atividades de acordo com as necessidades da população abrangida pelas USFs.

O número dos casos de hipertensão cadastrados não foi igual ao número dos casos acompanhados, o que se explica pelo fato de que nem todos os pacientes registrados pelas ESFs receberam o acompanhamento e o tratamento das USFs, ou porque possuíam planos de saúde privados ou porque consultavam, por opção própria, na UBS tradicional. Cabe ressaltar, entretanto, que é pequena a diferença entre o número de hipertensos cadastrados e acompanhados.

Sobre o número anual de hipertensos cadastrados no PSF, observa-se que aumentou. Isso se justifica pela ampliação da cobertura populacional do programa e pelo fato de que, a cada ano, os profissionais das ESFs incluíram novos casos da doença, antes desconhecidos. Em 2004, o crescimento foi expressivo, devido à expansão das USFs no município.

Ainda sobre as informações da tabela acima, observa-se aumento também no número de hipertensos acompanhados pelo programa, denotando que o PSF ampliou a assistência aos portadores da doença e contribuiu para que houvesse maior controle da doença na população do município.

A partir das porcentagens anuais da relação entre o número de hipertensos acompanhados e o número de hipertensos cadastrados, que variaram de 94,4 a 99,9%, no período de 2000 a

2005, conclui-se que o PSF realizou o acompanhamento da maioria dos casos de hipertensão cadastrados, evitando complicações futuras.

Entre as ações do programa está também a prevenção do Diabetes Mellitus, doença caracterizada por hiperglicemia – aumento dos níveis de glicose no sangue –, provocada pela deficiência de produção e/ ou ação da insulina.

Os autores Sartorelli e Franco (2003), afirmam que a prevalência do diabetes mellitus nos países latino-americanos, inclusive no Brasil, tem se elevado vertiginosamente nos últimos anos. Apesar da recorrência da doença, a maioria dos países latino-americanos não desenvolve um sistema de vigilância epidemiológica para as doenças crônicas na população adulta, em particular sobre o diabetes.

No Brasil, de acordo com Sartorelli e Franco (2003), tem-se observado um crescente número nas hospitalizações por diabetes, em proporções superiores às hospitalizações por todas as causas, o que de certa forma, traduz sua alta prevalência.

Por isso, os autores corroboram com diversos epidemiologistas brasileiros que acreditam ser imprescindível a prevenção primária do diabetes, ressaltando a necessidade de implementar programas que previnam a doença.

Para o MS, o PSF pode contribuir para o controle e acompanhamento dessa doença, sendo que “a equipe mínima de Saúde da Família deve atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem do diabetes.” (BRASIL, 2006b, p.45,46). Dessa forma, selecionamos alguns dados, referentes à população coberta pelo programa em Araraquara, sobre essa doença:

Tabela 20. Dados do PSF: Representação (em porcentagem) do número anual de casos de diabéticos acompanhados em relação ao número de casos de diabéticos cadastrados pelo PSF, no período de 2000 a 2005

Araraquara	maio/2000	2001	2002	2003	2004	2005
Casos Cadastrados	108	183	209	238	429	666
Casos Acompanhados	105	181	208	237	428	662
Porcentagem	97,2	98,9	99,5	99,6	99,8	99,4

Fonte: SIAB

Verifica-se que, apesar das diferenças na quantidade de registros, as observações feitas sobre as ações e os resultados do PSF, entre os anos de 2000 a 2005, em relação à assistência ao portador e ao controle do diabetes, são semelhantes com as da hipertensão: cadastramento dos diabéticos, antes mesmo de realizar qualquer tipo de acompanhamento; diferença pequena entre o número de casos cadastrados e o número de casos acompanhados; aumento, no decorrer dos anos, do número de diabéticos cadastrados e do número de casos acompanhados, e variação na porcentagem da relação entre o número de diabéticos acompanhados e o número de cadastrados, de 97,2% a 99,8%.

Na seqüência, organizamos os dados sobre produção e marcadores do PSF de Araraquara, entre os anos de 2000 a 2006: número de consultas e de atendimentos realizados.

Tabela 21. Dados do PSF: Número total de consultas realizadas pelo PSF e sua taxa de crescimento ou queda⁶¹, no período de 2000 a 2006, em Araraquara⁶²

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Média anual de consultas	5939	11117	10213	12271	34713	29671	31770
Taxa de crescimento ou queda	-	46,6	-8,8	16,8	64,6	-1,71	6,60

Fonte: SIAB

De acordo com os números da tabela acima, verifica-se que a média anual de consultas, de 2000 a 2004 ampliou, sendo que o ano de 2004 sobressai, nesse aspecto, devido à implantação de novas USFs no município. Já em 2005 e 2006 a média de consultas declinou, conforme análise da taxa de crescimento vista acima.

Calculando o crescimento da média anual de consultas, nos anos analisados, observa-se que houve aumento nos anos de 2001, 2003, 2004 e 2006, sendo que o crescimento neste último ano não foi significativo. No ano de 2002, a taxa média de consultas caiu, apresentando queda de

⁶¹ A queda está representada na tabela com o sinal negativo.

⁶² Nesta tabela, utilizamos os dados de 2006, porque estão completos e colaboram na análise.

8,8%. Em 2005, a queda foi de 1,7% e em 2006, houve um crescimento de apenas 6,6%. Observa-se que houve uma oscilação nestes dados, mas devemos ressaltar a queda nas porcentagens destes dois últimos anos. Acrescenta-se que a média anual de consultas, nos anos de 2005 e 2006, em relação ao ano de 2004, apresentou queda.

Os dados indicam o possível resultado de um trabalho de saúde que exerceu a prevenção, o maior controle das doenças, as ações educativas e as visitas domiciliares – realizados pelo programa em estudo –, tendo como consequência a queda da média de consultas realizadas nas unidades. Desse indicativo, correlaciona-se o PSF com as UBSs, pois estas últimas, devido à prática de saúde curativa exercida predominantemente, depararam-se com uma demanda crescente por consultas médicas, resultando em filas imensas, em insatisfação do usuário e em queda da qualidade no atendimento.

Abaixo, os dados relativos ao número de atendimentos realizados pelas Unidades de Saúde da Família, nos anos de 2000 a 2005, são expostos:

Tabela 22. Dados do PSF: Número total de atendimentos realizados pelo PSF, no período de 2000 a 2005, em Araraquara

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Atendimento Pré-Natal	261	1253	1612	1809	2315	2917
Atendimento Preventivo citológico (papanicolau)	500	1369	1580	1975	3387	4187
Atendimento DST/AIDS	44	913	1371	1972	915	789

Fonte: SIAB

Os dados acima demonstram que o número de atendimentos de pré-natal e de preventivo citológico (coleta de papanicolau) aumentaram consideravelmente, no período selecionado. Isso evidencia que cresceu o número de gestantes interessadas no atendimento pré-natal, o que evita e diminui complicações durante a gravidez e o puerpério, e óbitos de recém-nascidos. Além disso, o aumento de atendimentos preventivos de papanicolau denota a importância do trabalho preventivo que o PSF efetua.

Quanto ao número de atendimentos de DST/AIDS, constata-se um aumento, no período de 2000 a 2003. Porém, em 2004 e 2005, a queda desses atendimentos foi significativo. Ao

considerarmos tais informações, podemos sugerir algumas hipóteses para explicá-las. Uma delas é que os pacientes portadores da doença tiveram uma queda na procura por atendimento; a próxima seria que os pacientes passaram a consultar em outras unidades, e, finalmente, uma terceira hipótese: de que o trabalho preventivo e educativo focado nas DSTs, realizado pelo PSF, nos bairros que não tinham unidades de saúde, contribuiu para a queda do número de portadores da AIDS, diminuindo, conseqüentemente, o número de atendimentos.

Para averiguação dessas hipóteses, seria necessária uma pesquisa aprofundada sobre o assunto.

A seguir, são analisados os dados do programa sobre gestantes cadastradas e acompanhadas e gestantes com menos de 20. Observemos a tabela:

Tabela 23. Dados do PSF: Número de gestantes cadastradas e acompanhadas e número de gestantes com menos de 20 anos, na área de abrangência do PSF, de 2000 a 2005, em Araraquara

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Número (média anual) de gestantes cadastradas	48,1	62,1	65,9	73,7	126,4	172,2
Número (média anual) de gestantes acompanhadas	47,9	60,9	64,7	73,1	120,7	168,3
Número (média anual) de gestantes com menos de 20 anos	7,5	11,7	18,8	19,8	28,6	43,8

Fonte: SIAB

No período de 2000 a 2005, a maioria das gestantes cadastradas foi também acompanhada pelos profissionais de saúde do PSF. No ano de 2005, das 172 gestantes cadastradas pelo programa, 168 foram acompanhadas.

O número de gestantes cadastradas, no decorrer desses anos, indicou crescimento de 258%. Já o número de gestantes com menos de 20 anos, no mesmo período, aumentou 484%. Tais crescimentos mostram que, de 2000 a 2005, o número de gestantes com menos de 20 anos cresceu em taxas proporcionais maiores que o número total de gestantes cadastradas. Observa-se,

então, que houve aumento no número de gestantes adolescentes, correspondendo em atuações não efetivas do PSF para a queda desse índice.

4. 1 Alguns indicadores de saúde do município de Araraquara e a atuação do PSF

Neste item são apresentados alguns indicadores de saúde do município de Araraquara: a taxa de mortalidade infantil, a taxa de natalidade e nascidos vivos e o número de internações. Além desses, também são expostos dados referentes à atuação do PSF.

- **Mortalidade infantil⁶³**

Analisamos a taxa de mortalidade infantil do município de Araraquara e da área de abrangência do PSF com o objetivo de verificar se houve contribuição do programa para o sistema de saúde municipal.

⁶³ De acordo com o SEADE, a taxa de mortalidade infantil é a relação entre os óbitos de menores de um ano residentes numa unidade geográfica num, determinado período de tempo (geralmente um ano), e os nascidos vivos da mesma unidade nesse período, segundo a fórmula:

$$\text{Taxa de Mortalidade Infantil} = \frac{\text{Óbitos de Menores de 1 Ano}}{\text{Nascidos Vivos}} \times 1.000$$

Tabela 24: Dados municipais: Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos), nos anos de 1900 a 2006, no município de Araraquara, na região de governo de Araraquara e no estado de São Paulo

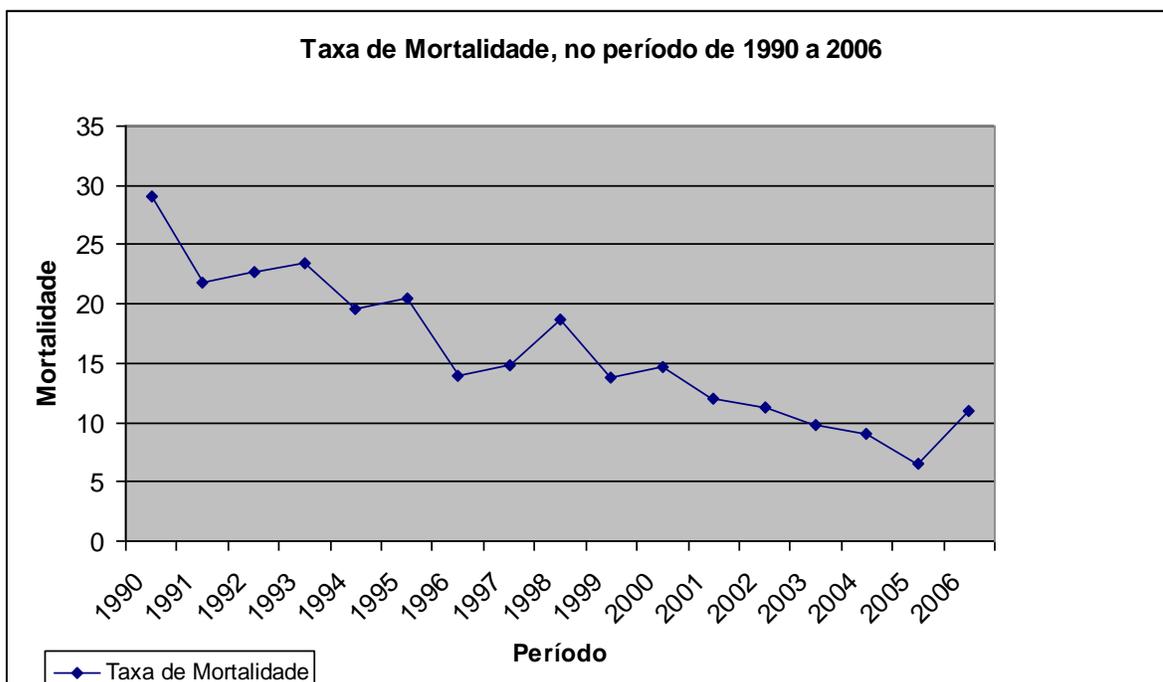
Ano		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos)	Total do Estado de São Paulo	31,19	27,05	26,78	26,19	25,25	24,58	22,74	21,6	18,67	17,49	16,97	16,07	15,04	14,85	14,25	13,44	13,28
	Região de Governo de Araraquara	27,96	25,15	23,51	23,18	22,44	22,38	17,52	19,01	19,08	15,29	16,2	11,58	12,87	11,65	12,98	11,93	14,01
	Araraquara	29,08	21,84	22,76	23,38	19,51	20,43	13,93	14,76	18,64	13,79	14,75	12	11,3	9,79	9,06	6,53	10,95

Fonte: SEADE

A tabela acima explicita a taxa de mortalidade infantil do município de Araraquara, em comparação com sua região de governo e com o estado de São Paulo. Em todos os anos de 1990 a 2006, em Araraquara, essa taxa foi significativamente menor, comparando-a com a do Estado. O mesmo ocorreu em relação à taxa da sua região de governo, com exceção dos anos de 1990, 1993 e 2001.

O gráfico seguinte representa a tendência decrescente da mortalidade infantil no município:

Gráfico 25: Dados municipais: Evolução da taxa de mortalidade infantil, de 1990 a 2006, no município de Araraquara

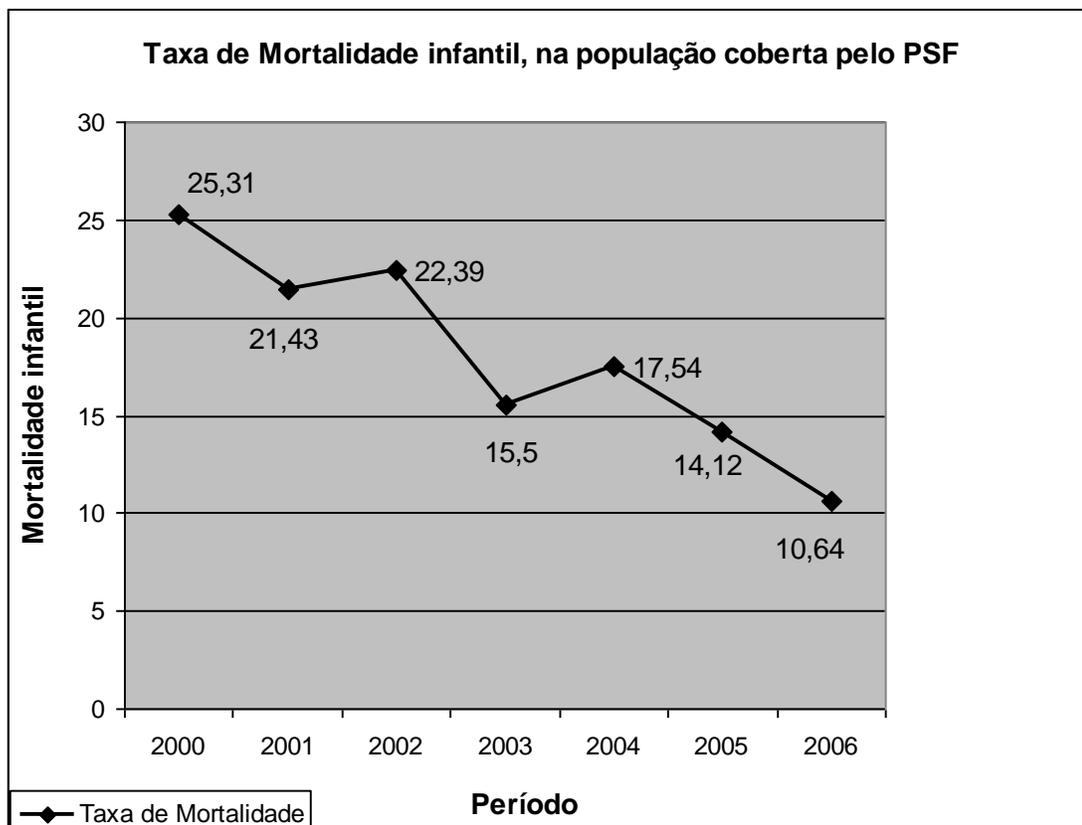


Fonte: Própria

A tabela 24 e o gráfico acima demonstram a tendência decrescente da taxa de mortalidade infantil no município, de 1990 a 2005. Nos anos de 2001 a 2005, a diminuição dessa taxa foi ainda mais expressiva, chegando no último ano mencionado a 6,53. No ano de 2006, observa-se um aumento dessa taxa.

Calculando-se a taxa de mortalidade infantil na população coberta pelo PSF (por mil nascidos vivos), segundo o cálculo da SEADE, no período de 2000 a 2006, tem-se:

Gráfico 26. Dados do PSF: Queda na taxa de mortalidade infantil, na área de abrangência do PSF, no período de 2000 a 2006, no município de Araraquara



Fonte: Própria. Dados obtidos a partir do cálculo: óbitos de menores de 1 ano (PSF) / número de nascidos vivos (PSF) x 1000.

No gráfico, nota-se uma oscilação da taxa de mortalidade infantil na população abrangida pelo PSF de Araraquara, no período de 2000 a 2006, ainda que apresentando tendências decrescentes.

Comparando, de 2000 a 2005, a taxa de mortalidade infantil do PSF com a do município, observa-se:

Tabela 25: Mortalidade infantil do PSF em relação à mortalidade infantil do município, no período de 2000 a 2006, em Araraquara

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Município	14,75	12	11,3	9,79	9,06	6,53	10,95
PSF	25,31	21,43	22,39	15,5	17,54	14,12	10,64

Fonte: SIAB e DATASUS

De imediato, pode-se afirmar que a taxa de mortalidade na área de abrangência do PSF foi alta em relação à taxa do município. No entanto, considerando que as Unidades de Saúde da Família estavam, e ainda estão, localizadas na periferia do município – com exceção apenas da Unidade do Jardim Marivan –, ou seja, nas áreas em que a população está mais exposta a riscos e doenças, compreende-se porque a taxa de mortalidade foi maior na área do programa.

Com o intuito de cotejá-las, analisamos a porcentagem da queda da mortalidade infantil tanto no município quanto na área de abrangência do PSF. A taxa de queda da mortalidade infantil no **município**, de 2000 a 2006, foi de 25,76%. Enquanto a mesma taxa na área abrangida pelo PSF, para o mesmo período, foi de 57,96%. Os dados demonstram que a queda foi mais expressiva na área de abrangência do PSF que no município, apontando para uma atuação efetiva do programa na redução da mortalidade infantil, no referido período.

- **Taxa de Natalidade:**

Sobre a taxa de natalidade no município estudado, verifiquemos a próxima tabela:

Tabela 26. Dados municipais: Taxa de Natalidade, no período de 1990 a 2006, no município de Araraquara

Ano	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)	18,85	18,75	16,63	16,51	16,78	16,35	15,47	14,74	16,34	14,52	14,14	12,65	12,32	11,89	12,7	12,65	12,59

Fonte: SEADE

Percebe-se que houve queda na taxa de natalidade do município de Araraquara, no período de 1990 a 2006, com exceção dos anos de 1994, 1998 e 2004, que apresentaram pequeno aumento em relação aos outros.

No SIAB não está disponível a taxa de natalidade da área do PSF, então, trabalhamos com o número de nascidos vivos, observando também o número de nascidos vivos pesados e nascidos vivos com peso inferior a 2.500 gramas, nos anos de 2000 a 2006.

Tabela 27: Número de nascidos vivos, nascidos vivos pesados⁶⁴ e nascidos vivos com peso inferior a 2500 gramas, na população abrangida pelo PSF, no período de 2000 a 2006, no município de Araraquara

Ano	Nascidos Vivos	Nascidos vivos pesados	Nascidos vivos com peso inferior a 2500g.
2000	79	79	21
2001	140	140	22
2002	134	132	23
2003	129	126	25
2004	228	228	36
2005	354	353	66
2006	282	282	41

Fonte: SIAB

As informações apresentadas revelam que, na maioria dos anos do período analisado, ocorreu a ampliação do número de nascidos vivos na área de abrangência do PSF. Em 2004, essa ampliação foi mais expressiva, devido à ampliação da cobertura populacional das USFs.

⁶⁴ Nascidos vivos, de acordo com o SIAB, é o número de crianças nascidas vivas que foram pesadas no hospital, ou maternidade, onde nasceram e que o agente comunitário conseguiu obter essa informação – o peso registrado no prontuário, na declaração de nascidos vivos ou no cartão da criança.

Entretanto, o mais relevante nesta tabela é nos atentarmos ao fato de que o número de nascidos vivos e o número de nascidos vivos pesados foram bastante próximos, denotando que o PSF, em sua área de abrangência, apresentou um efetivo acompanhamento das gestantes e dos recém-nascidos. Cabe destacar que entre as atividades do PSF, realizadas entre os anos de 2000 a 2006, estão o trabalho preventivo e educativo junto às gestantes, instrução sobre a vacinação e primeiros cuidados; o procedimento da pesagem; as condições de detectar precocemente problemas e complicações nos recém-nascidos, além da prestação de assistência médica necessária.

Nos anos de 2000, 2001, 2004 e 2006, os ACSs conseguiram obter o peso de **todos** os nascidos vivos. Nos outros anos, foram poucos os casos de recém-nascidos não pesados.

Quanto aos nascidos vivos com peso inferior a 2500 gramas, houve uma média de 22,75 casos nos anos de 2000 a 2003. Em 2004 e 2005, esse número aumentou devido à ampliação da cobertura populacional do programa no município. Já em 2006, apresentou queda. Conclui-se que **não houve uma tendência decrescente do número de recém-nascidos com baixo peso na área do PSF.**

- **Número de Internações**

E, para finalizar, apresentamos os dados das internações do município.

Tabela 28. Dados municipais: Número total de internações no município de Araraquara, no período de 1995 a 2007

Ano	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Público	53	106	146	195	229	236	327	387	358	350	379	358	355
Privado	19554	14360	13803	13436	12284	12078	12300	11537	9892	9315	8614	7164	6297
Universitário	248	295	248	363	366	329	138	59	41	-	-	-	-
TOTAL	19855	14761	14197	13994	12879	12643	12765	11983	10291	9665	8993	7522	6652

Fonte: DATASUS; Informações de saúde

*Neste ano, não foram considerados os dados do mês de dezembro

Verifica-se, de 1995 aos anos mais recentes, uma queda significativa no número **total** de internações hospitalares no município estudado. Esse dado mostra que a redução no total das internações já era uma tendência do município, antes mesmo da implantação do PSF.

No entanto, no número de internações em **regime público**, houve um aumento no período de 1995 a 2002. A partir de 2003, com exceção de 2005, esse número apresentou quedas, como podemos observar na tabela abaixo. Nela, conferimos a taxa de crescimento ou queda⁶⁵ desses números, ano a ano, a partir de 1996:

Tabela 29. Dados municipais: Taxa de crescimento e queda do número de internações em regime público no município de Araraquara, no período de 1996 a 2007⁶⁶, em porcentagem.

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Taxa de crescimento	3,09	38,56	18,34	-7,49	-2,23	8,28	-5,54	-0,15

Fonte: Própria

Analisando a taxa de crescimento, na tabela acima, nota-se que em 2002, o aumento foi menor que a do ano anterior - em 2001 a taxa de crescimento foi de 38,56, caindo para 18,34, em 2002. **Em 2003 a queda no número de internações em regime público foi ainda mais significativa**, com exceção de 2005. Em 2007, apesar do mês de dezembro não ter sido considerado, também foi possível averiguar redução da taxa.

⁶⁵ A queda é representada pelo sinal de negativo.

⁶⁶ No ano de 2007, o mês de dezembro não foi considerado, pois não estavam disponíveis.

Considerando que, no município de Araraquara, a primeira Unidade de Saúde da Família foi implantada no ano de 2000 e que a população do município, segundo estimativas do IBGE, aumentou no decorrer dos anos, pode-se destacar, entre influências de outras variáveis, a **possibilidade do PSF ter contribuído para a queda das internações hospitalares em regime público**, a partir de 2002.

Entretanto, através dos dados da tabela abaixo, tal possibilidade já é descartada.

Tabela 30. Dados do PSF: Número de hospitalizações realizadas na população coberta pelo PSF, de 2000 a 2007⁶⁷

Ano	Hosp. em menores de 5 anos por pneumonia	Hosp. menores de 5 anos por desidratação	Hosp. por abuso de álcool	Hosp. por complicações de diabetes	Hosp. por outras causas	Hosp. psiquiátricas	TOTAL
2000	6	1	2	1	119	9	138
2001	19	3	11	4	282	31	350
2002	19	3	8	17	368	29	444
2003	13	2	12	13	333	33	406
2004	30	19	33	20	586	46	734
2005	11	2	46	30	776	77	942
2006	22	5	13	27	625	40	732
2007	6	0	10	14	458	29	517

Fonte: SIAB

O número total das hospitalizações necessárias à população coberta pelo PSF aumentou, nos anos de 2000 a 2005, o que é justificado pela ampliação da cobertura populacional do programa, principalmente a partir de 2004. Já nos anos de 2006 e 2007, notou-se uma queda nesse número, o que sugere um possível resultado alcançado com a atuação do PSF.

⁶⁷ Neste ano, não constam os dados do mês de dezembro, pois não estavam disponíveis.

Observa-se que não houve, no decorrer dos anos de 2000 a 2007, queda regular e significativa no número de hospitalizações necessárias à população coberta pelo programa. Desse modo, se as USFs não conseguiram, mais especificamente até o ano de 2005, uma diminuição nesse número nem mesmo nas áreas de abrangência, **não é possível afirmar que o PSF foi uma das variáveis que contribuiu para a queda no número de internações, em regime público, no município de Araraquara.**

Esclarecido isso, cabe-nos apontar as doenças que mais causaram internações em Araraquara, a fim de complementar esta análise. Ao observarmos os grupos de doenças que podem ser apontados como as causas mais frequentes de internações, ressaltamos a importância das atividades e ações preventivas realizadas pelo PSF no município.

Quadro 2. Dados municipais: Número de internações por grupos de doenças, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-9⁶⁸), no município de Araraquara, no período de 1995 a 1997.⁶⁹

Classificação Internacional de Doenças (CID – 9)	Número de internações por ano		
	1995	1996	1997
Grupo de doenças	1995	1996	1997
I. Doenças infecciosas e parasitárias	1060	561	568
II. Neoplasmas	854	545	472
III. Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários	427	440	477
IV. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	80	70	75
V. Transtornos mentais	814	668	765
VI. Doenças sistema nervoso órgãos dos sentidos	645	425	426
VII. Doenças do aparelho circulatório	2781	2135	1997
VIII. Doenças do aparelho respiratório	2528	1759	1821
IX. Doenças do aparelho digestivo	1974	1485	1405
X. Doenças do aparelho geniturinário	1368	852	908
XI. Complicações da gravidez, do parto e do puerpério	3522	2942	2509
XII. Doenças da pele e tecido celular subcutâneo	163	114	229
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	529	374	405
XIV. Anomalias congênitas	103	116	78
XV. Algumas afecções originadas período perinatal	135	74	94
XVI. Sintomas, sinais e afecções mal definidas	666	497	358
XVII. Lesões e envenenamentos	2119	1604	1517
Classificação suplementar de fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços saúde	86	100	93
CID não especificado ou inválido	1		
Total	19855	14761	14197

Fonte: DATASUS; Informações de Saúde; Epidemiológicas e Morbidade; Morbidade Hospitalar; Geral, por local de residência – desde 1995 ou Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No período de 1995 a 1997, os casos com maior incidência de internação estiveram relacionados às complicações da gravidez, do parto e do puerpério; às doenças do aparelho circulatório; às doenças do aparelho respiratório e às lesões e envenenamentos. No anexo 3, sobre

⁶⁸ Ver anexo 3 da classificação das doenças.

⁶⁹ Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxqid10.htm>

a CID-9, é possível observarmos minuciosamente quais tipos de doenças se incluem nos grupos deste quadro.

Na tabela a seguir estão reunidos os dados das internações, no período de 1998 a 2007.

Tabela 31. Dados municipais: Número de internações por grupos de doenças, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no município de Araraquara, no período de 1998 a 2007

Classificação Internacional de Doenças (CID – 10)	Número de internações por ano									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Grupo de doenças										
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	519	546	488	508	498	391	326	275	260	176
II. Neoplasias (tumores)	581	372	521	608	584	549	589	556	585	555
III. Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	91	64	71	70	96	84	76	45	49	31
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	340	360	281	344	330	205	150	127	116	68
V. Transtornos mentais e comportamentais	1047	1299	1354	1269	822	1404	1305	1163	719	562
VI. Doenças do sistema nervoso	265	268	247	332	277	174	121	146	109	72
VII. Doenças do olho e anexos	68	64	56	39	47	43	45	52	31	30
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	28	49	35	41	57	64	59	39	16	4
IX. Doenças do aparelho circulatório	2042	1648	1762	1785	1684	1347	1185	1008	938	812
X. Doenças do aparelho respiratório	1580	1379	1316	1431	1426	947	795	736	634	432
XI. Doenças do aparelho digestivo	1418	1324	1274	1186	1164	774	818	731	669	500
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	149	115	181	130	132	105	84	86	79	85
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	353	321	334	332	389	195	205	247	178	189
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	868	830	916	897	925	667	624	568	380	369
XV. Gravidez, parto e puerpério	2274	2082	1743	1742	1584	1536	1672	1592	1433	1562
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	123	89	116	106	102	155	180	98	131	93
XVII. Malformações congênitas, deformidades. E anomalias cromossômicas	196	148	143	79	64	85	85	68	69	67
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratórios não classificados em outra parte	173	294	421	422	347	242	153	152	90	73
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	1646	1447	1176	1276	1241	1051	966	1005	875	795
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	95	16	14	7	2			1		
XXI. Contatos com serviços de saúde	137	164	194	161	212	273	227	298	161	177
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	1									
Total	13994	12879	12643	12765	11983	10291	9665	8993	7522	6652

Fonte: DATASUS; Informações de Saúde; Epidemiológicas e Morbidade; Morbidade Hospitalar; Geral, por local de residência – desde 1995 ou Ministério da Saúde Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Nos anos de 1998 a 2007, o maior número de internações ainda continuou relacionado à gravidez, parto e puerpério; às doenças do aparelho circulatório; às doenças do aparelho respiratório e às lesões e envenenamentos. A partir de 1998, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) incluiu no grupo das lesões e envenenamentos algumas outras conseqüências de causas externas, passando a ser o terceiro grupo com maior incidência de internações, na maioria dos anos do período analisado.

É importante conhecermos as doenças e complicações inclusas nos grupos com maior incidência de internações. Portanto, apontamo-las a seguir:

- **Gravidez, parto e puerpério:**

De acordo com a *CID-9*, para dados dos anos de 1995 a 1997, estão inclusos:

1. Aborto: aborto espontâneo; aborto induzido por indicações admitidas legalmente; aborto induzido sem indicações admitidas legalmente; aborto retido; aborto não especificado e abortos não abrangidos pelos agrupamentos anteriores.

2. Complicações obstétricas diretas: hemorragia no início da gravidez; hemorragia anteparto; deslocamento prematuro da placenta e placenta prévia; hemorragia pós-parto; toxemia gravídica; infecções do trato geniturinário na gravidez; trabalho de parto obstruído; complicações do puerpério; trabalho de parto prematuro ou falso; má posição e má apresentação do feto; desproporção; anormalidade dos órgãos e dos tecidos moles da pelve; outros problemas fetais e da placenta que afetam a conduta em relação à mãe; anormalidade da contração uterina no trabalho de parto (distócia funcional); trauma do períneo e da vulva durante o parto; outras complicações do trabalho de parto e do parto, não classificadas em outra parte; hipertensão complicando a gravidez, o parto e o puerpério, não abrangida pelos agrupamentos anteriores; gravidez prolongada e outras complicações da gravidez não abrangidas pelos agrupamentos anteriores; outras indicações de assistência na gravidez, no trabalho de parto e no parto, não abrangidas pelos agrupamentos anteriores e complicações que ocorrem principalmente durante o trabalho de parto e o parto, não abrangidas pelos agrupamentos anteriores.

3. Complicações obstétricas indiretas.

4. Parto normal.

De acordo com a *CID-10*, para os dados de 1998 a 2007, estão inclusos: aborto espontâneo; aborto por razões médicas; outras gravidezes que terminam em aborto; edema; proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez; parto e puerpério; placenta prévia;

descolamento prematuro de placenta e hemorragia anteparto; outros motivos de assistência à mãe relacionados à cavidade fetal e amniótica, e possíveis problemas de parto, trabalho de parto obstruído; hemorragia pós-parto; outras complicações da gravidez e do parto; parto único espontâneo; complicações predominantemente relacionadas ao puerpério e outras afecções obstétricas, não classificadas em outra parte.

- **Doenças do aparelho circulatório:**

De acordo com a *CID-9*, fazem parte desse grupo:

1. Febre reumática e doença reumática do coração: febre reumática aguda e doença reumática crônica do coração.

2. Doença hipertensiva: doença hipertensiva do coração; hipertensão essencial; doença renal hipertensiva e hipertensão secundária.

3. Doença isquêmica do coração: infarto agudo do miocárdio; outras formas agudas e subagudas da doença isquêmica do coração; infarto antigo do miocárdio e outras formas de doença isquêmica do coração, angina do peito.

4. Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração: embolia pulmonar; disritmias cardíacas; doenças da circulação pulmonar não abrangidas pelos agrupamentos anteriores; insuficiência cardíaca e outras formas de doença do coração não abrangidas pelos agrupamentos anteriores.

5. Doença cerebrovascular: hemorragia subaracnoidiana; hemorragia cerebral e outras hemorragias intracranianas; infarto cerebral; doença cerebrovascular aguda, porém mal definida; aterosclerose cerebral e doenças cerebrovasculares não abrangidas pelos agrupamentos anteriores.

6. Outras doenças do aparelho circulatório: aterosclerose; embolia e trombose arteriais; outras doenças das artérias; arteríolas e capilares; flebite; tromboflebite; embolia venosa e trombose; veias varicosas das extremidades inferiores; hemorróidas e outras doenças do aparelho circulatório não abrangidas pelos agrupamentos anteriores.

Segundo o *CID-10*, as complicações que levaram a internações no grupo das doenças do aparelho circulatório se referem a: febre reumática aguda; doença reumática crônica do coração; hipertensão essencial (primária); outras doenças hipertensivas; infarto agudo do miocárdio; outras doenças isquêmicas do coração; embolia pulmonar; transtornos de condução e arritmias cardíacas; insuficiência cardíaca; outras doenças do coração; hemorragia intracraniana; infarto

cerebral; acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico; outras doenças cerebrovasculares; arteroesclerose; outras doenças vasculares periféricas; embolia e trombose arteriais; outras doenças das artérias; arteríolas e capilares; flebite; tromboflebite; embolia e trombose venosa; veias varicosas das extremidades inferiores; hemorróidas e outras doenças do aparelho circulatório.

- **Doenças do aparelho respiratório:**

De acordo com a *CID-9*, incluem-se nesse grupo:

1. Doenças do trato respiratório superior: amigdalite aguda; laringite e traqueíte agudas; outras infecções agudas do trato respiratório superior; desvio do septo nasal e pólipos nasais; faringite; nasofaringite e sinusite crônicas; doenças crônicas das amígdalas e adenóides e doenças do trato respiratório superior não abrangidas pelos agrupamentos anteriores.

2. Outras doenças do aparelho respiratório: bronquite e bronquiolite agudas; pneumonia; gripe; bronquite, crônica e não especificada; enfisema e asma; bronquectasia; outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas; pneumoconiose e outras doenças pulmonares resultantes de agentes externos; pneumonite devido a sólidos e líquidos; pleuris; outras doenças do aparelho respiratório (exceto pleuris); outras doenças do pulmão e outras doenças do aparelho respiratório não abrangidas pelos agrupamentos anteriores.

Na *CID-10*, às doenças e complicações do aparelho respiratório, referem-se: faringite aguda e amigdalite aguda; laringite e traqueíte agudas; outras infecções agudas das vias aéreas superiores; influenza (gripe); pneumonia; bronquite aguda e bronquiolite aguda; sinusite crônica; outras doenças do nariz e dos seios paranasais; doenças crônicas das amígdalas e das adenóides; outras doenças do trato respiratório superior, bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas; asma; bronquiectasia; pneumoconiose e outras doenças do aparelho respiratório.

- **Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas**

Segundo a *CID-10*, incluem-se: fratura de ossos; luxações; traumatismos; lesões por esmagamento e amputações; queimaduras; complicações cirúrgicas e da assistência médica; envenenamentos, etc.

Nesta seção, intentou-se compreender a atuação e a contribuição do PSF no sistema de saúde, através da apresentação de dados de saúde referentes ao programa e de informações municipais.

Fez-se, também, um levantamento a respeito das principais causas de internações em Araraquara, a fim de esclarecer como as ações de saúde pública devem se direcionar, atendendo as necessidades municipais.

Almejou-se explicitar a relevância da atenção primária no sistema de saúde municipal, também realizada pelo PSF em Araraquara, principalmente no que tange ao acompanhamento às gestantes e recém-nascidos, aos hipertensos e diabéticos, à mudança de hábitos, às noções de higiene e básicas de saúde, objetivando a redução de danos e complicações, por meio do trabalho preventivo e educativo.

5 AVALIAÇÃO DO PSF DE ARARAQUARA, NA PERSPECTIVA DOS COORDENADORES DO PROGRAMA E DA SMS

Nesta seção, pretende-se analisar, através das entrevistas realizadas, as avaliações dos coordenadores do PSF e dos gestores da SMS, de Araraquara, sobre a contribuição do Programa Saúde da Família, implantado no município, para o sistema público de saúde municipal.

Além da atual Secretária da Saúde, que é mencionada como gestora da SMS, para evitar sua identificação durante a exposição das respostas; oito coordenadoras das Unidades de Saúde da Família (USF) e cinco gestores da SMS, atuantes nos respectivos cargos em outubro de 2007, foram entrevistados.

Cabe mencionar que o município de Araraquara possui oito USFs e doze Equipes de Saúde da Família (ESF)⁷⁰, o que significa que algumas unidades trabalham com mais de uma equipe. No caso das USFs com duas ESFs que, conseqüentemente, possuem duas enfermeiras coordenadoras, a entrevista foi feita apenas com uma delas, selecionada de acordo com a disponibilidade de horário para nos conceder a entrevista.

A SMS se encontra dividida por departamentos: da Rede Básica, de Vigilâncias em Saúde, de Programas, da Unidade de Avaliação e Controle de Serviços (UAC), do Pronto-Socorro e Administrativa. Todos os coordenadores foram questionados, exceto a responsável pela coordenação administrativa, que argumentou não ter disponibilidade de horário⁷¹.

Ao optarmos por este recurso metodológico, a realização de entrevistas, tivemos a preocupação de examinar se a percepção dos coordenadores e gestores, do PSF e da SMS respectivamente, corrobora os argumentos do MS de que o programa realiza um trabalho preventivo e contribui para melhora dos indicadores de saúde – a queda da mortalidade infantil, o controle dos diabéticos, hipertensos e das gestantes e a diminuição das internações e complicações –, assim como dos indicadores sociais – aumento do número de crianças que freqüentam a escola, desenvolvimento de atividades culturais e queda no número de analfabetos.

⁷⁰ Em cada ESF há uma enfermeira coordenadora.

⁷¹ Oferecemos à coordenadora a possibilidade de responder as perguntas por escrito, fornecendo-lhe o questionário, porém, não o recebemos preenchido.

Tivemos o objetivo de compreender, através das falas dos entrevistados e de suas perspectivas, o objetivo da SMS ao implantar o PSF, o papel e a relevância do programa no sistema municipal de saúde, suas dificuldades e problemas, e ainda, se houve mudanças significativas no modelo de saúde do município após sua implantação.

Para isso, elaboramos um questionário, anexo 5, com dezenove perguntas direcionadas aos indicadores supracitados.

No decorrer das entrevistas, deparamos-nos com o fato de que as respostas das coordenadoras do PSF se diferiam, em alguns pontos, das respostas dadas pelos gestores da SMS. Assim, ao discorrermos sobre as informações obtidas, ressaltamos aspectos comuns e discordantes, comparando-os.

5.1 Análise das entrevistas

Questionados a respeito do objetivo da Secretaria Municipal de Saúde em implantar o Programa de Saúde da Família, os **coordenadores do programa e os gestores da Secretaria** concordaram que a implantação visava a retomada da prevenção, a diminuição do número de internações e de complicações, a melhoria dos indicadores de saúde e sociais, a diminuição dos gastos públicos e o aumento da qualidade de vida da população.

Acrescido a isso, a gestora do setor de Vigilâncias em Saúde, da SMS, que define o PSF como “multiplicador de informações”, ressaltou a importante atuação do programa no seu setor. Em suas palavras: “o PSF contribui ao levar dados de controle das doenças, no combate à dengue, no controle sanitário dos ambientes e ao transmitir o conhecimento do saneamento básico para as populações mais afastadas desse tipo de informação”.

Outra gestora da SMS observou um caráter peculiar do PSF em Araraquara: dar maior acesso à saúde às populações periféricas desassistidas, através da associação no sistema de saúde das Unidades Básicas de Saúde e das USFs. Para explicar a implantação do PSF no município, ela lembrou que, na década de 80, foi realizado um levantamento que concluiu que havia poucos serviços de saúde públicos em Araraquara. Nesse contexto, foram criadas as Unidades Básicas de Saúde nos bairros, formando um “cinturão”. Na década de 90, a cidade passou por um

crescimento demográfico e novos bairros surgiram, extrapolando a capacidade das UBSs. Com essa crescente demanda, foi necessário criar novas unidades de saúde nos bairros mais recentes e periféricos da cidade. Surge, então, a implantação do PSF, com a construção das USFs localizadas fora do chamado “cinturão”, oferecendo acesso à saúde às populações periféricas, antes desprovidas de atendimentos.

Quanto às mudanças que o PSF trouxe para o sistema de saúde do município todos entrevistados ressaltaram que o programa propiciou melhora na qualidade de vida dos habitantes, maior prevenção de doenças, a população obteve acesso às informações referentes à saúde, à higiene e à alimentação, queda no número de internações e complicações, além da maior adesão aos programas de diabéticos e hipertensos, conforme relatos da gestora da UAC e da gestora de Programas, ambas da SMS. Não obstante, de acordo com as coordenadoras do PSF, o programa ainda suscitou melhorias nos bairros, em relação à infra-estrutura e à vinda de creches.

Entretanto, também mencionaram alguns problemas que impedem um desempenho mais expressivo do programa. Uma das enfermeiras do PSF constatou que, além deste não possuir veículo de transporte, complicando suas atuações, o programa necessita de mais autonomia, para que o médico generalista possa solicitar exames mais específicos como, por exemplo, a endoscopia, sem que precise encaminhar o usuário ao especialista.

Segundo uma gestora da SMS, o PSF atende aproximadamente 24% da população de Araraquara⁷², que, para ela, representa uma limitação de cobertura em termos numéricos, ou seja, o número de famílias e pessoas atendidas pelo programa é reduzido. Porém, ressaltou que, mesmo sendo um número pequeno, o PSF está localizado nas áreas de risco do município, aspecto de ampla relevância. A mesma também argumentou que, muitas vezes, o desenvolvimento das atividades realizadas pelo programa é dificultado devido à resistência à mudança de hábitos da população quanto à alimentação, ao sedentarismo e vícios. Acrescentou, ainda, o fato das pessoas apresentarem relutâncias ao tratamento com médicos generalistas ou enfermeiras, dando preferência a atendimentos realizados por médicos especialistas.

Analisou-se também se, na opinião dos entrevistados, houve avanços após a implantação do PSF no município. Nesta questão obteve-se, por parte das **enfermeiras do programa**, respostas positivas, se comparadas com as respostas dos gestores do SMS. Foram apontados, a

⁷² Provavelmente, a entrevistada incluiu neste dado a cobertura populacional do PSF e do PACS. Já o SIAB, que indica os dados apenas do primeiro, aponta a cobertura de 16% da população

partir da implantação do PSF: a redução de internações e de crianças desnutridas; o aumento da vacinação; um maior acompanhamento das famílias; diagnósticos e conhecimento real da comunidade abrangida; mudanças na visão sobre a saúde – busca da qualidade de vida e da mudança de hábitos –; a redução de danos evitando complicações; o acompanhamento das gestantes e a realização do Pré-Natal; a orientação medicamentosa, a aproximação com a comunidade e o vínculo criado através do ACS. Como problemas, apontaram apenas a falta de apoio da rede municipal, a falta de capacitação de alguns profissionais e a ausência de transporte.

Já os **gestores da SMS** observaram que os avanços do PSF, no município, voltados ao controle de vetores, à ampliação da vacinação e ao maior acesso à saúde para a população de risco, ainda são reduzidos, pelos seguintes fatores: pouca cobertura do PSF, boa qualidade da rede assistencial de saúde do município e reduzido número de médicos generalistas de formação.

Quando questionados sobre a atuação do PSF como um dos responsáveis pela melhoria dos indicadores de saúde do município, a maioria dos entrevistados respondeu positivamente. As **enfermeiras do programa**, de forma mais otimista que os gestores do SMS, argumentaram que o atendimento feito pelo ACS diretamente às famílias e também através do médico generalista, aumentou os índices de saúde dos bairros onde o PSF está implantado. Isso porque o programa, com sua proposta de acolhimento das famílias, promove a informação, as atividades físicas e o acompanhamento dos doentes crônicos. Percebeu-se que as coordenadoras do programa discorreram de forma mais enfática sobre a melhoria dos indicadores nos **bairros** em que o PSF está implantado do que em relação com as melhorias no **município**. A funcionária de uma USF, construída em local que apresenta uma porcentagem expressiva de população idosa, ressaltou também a diminuição do número de internações. Já no bairro Hortênsias, considerado de risco pela SMS, de acordo com outra entrevistada, o programa foi responsável pela melhora na diminuição dos casos de dengue. Em suas palavras: “tivemos somente dois casos, e ainda não sabemos se a transmissão da doença ocorreu no bairro, pois são pedreiros e estavam trabalhando em outro local”.

Por outro lado, os gestores da SMS não foram tão enfáticos ao atribuir a responsabilidade do PSF na melhora dos indicadores de saúde do município. Sem ignorar a importância do programa e de sua atuação nas áreas de risco de Araraquara, dada sua proposta, eles ressaltaram que os resultados só poderão ser vistos a longo prazo, já que o programa foi

implantado há apenas sete anos. Apenas um deles, considerou, com convicção, que não houve melhora, tomando como referência o setor em que trabalha, onde a demanda é crescente.

Baseando-se na idéia que o PSF é um programa que tem como estratégia a melhora dos indicadores de saúde e também dos indicadores sociais, aumentando o número de crianças na escola, desenvolvendo atividades culturais, diminuindo o número de analfabetos, entre outros, interrogamos quais tipos de ação o PSF realiza para melhorar os indicadores sociais e se, realmente, houve benefícios nesse sentido.

Todos os entrevistados fizeram menção aos vários projetos sociais promovidos pelo programa. Em geral são muitos e vão ao encontro da demanda do bairro: atividades físicas em grupo; cursos de pintura; aulas de dança e artesanato; viagens; organização de passeios culturais; formação de grupos de capoeira; incentivo às atividades esportivas; incentivo às atividades culturais do SESC e a melhora do cuidado com o idoso. Algumas dessas atividades contam com parcerias do setor público ou de instituições privadas (Unip e Uniara).

Para as **coordenadoras do PSF** entrevistadas, o programa melhora o número de crianças na escola devido à atuação dos ACSs também no enfoque social. A proximidade e o vínculo criado com as famílias permitem que os ACSs tenham conhecimento das crianças que não freqüentam à escola, podendo intervir diretamente através da orientação aos pais ou avós.

Sobre a questão educacional, vale destacarmos as palavras de uma coordenadora do programa:

No cadastro do ACS ele tem que preencher a ficha dizendo se a criança está ou não freqüentando a escola. Se não tiver, nós chamamos a mãe, conversamos e orientamos. Se for algo mais resistente acionamos o Conselho Tutelar ou a Assistência Social. Se uma mãe está passando dificuldades e necessita trabalhar o dia todo e o filho precisa ficar na creche, nós interferimos e tentamos conseguir uma vaga. Tentamos conciliar tudo. O nosso trabalho aqui é interligado com as outras instituições sociais do bairro.

As coordenadoras do PSF ainda argumentaram que se deparam com muitos problemas sociais, por isso suas atuações precisam, necessariamente, ir além da área da saúde. No Jardim Hortênsias, por exemplo, uma entrevistada relatou que diante da necessidade de preencher o tempo das crianças para não ficarem expostas às drogas, à violência e ao tráfico, ampliou-se o período escolar através do Programa de Educação Complementar (PEC). Posteriormente,

estendeu-se o ensino até o fundamental II (5ª à 9ª série). Em suas falas, ficaram nítidas a contribuição do PSF:

Nós tivemos uma atuação muito importante neste bairro, que apresentava um número alto de crianças. Tínhamos muitas delas na rua, apresentando uma vulnerabilidade grande em todos os sentidos. Realizamos várias reuniões com o prefeito e, apesar de naquela época não possuímos uma idéia formada, frisamos a necessidade de um espaço para que elas, fora do período escolar, pudessem participar de outras atividades em cultura, em lazer. Eu acredito que essa conversa acarretou um estudo maior e possibilitou a realização do PEC. Acreditamos que um ponto-chave para isto tenha sido o fato de comunicarmos e trabalharmos nisso também.

Depois uma outra participação importante foi em uma situação específica ocorrida no bairro, uma situação de muita violência e depredação na escola. Nós da saúde tivemos uma participação importante na tentativa de conter esse problema, principalmente com a atuação dos ACSs. Nós resolvemos trabalhar também no espaço da escola, oferecendo atividades extras como danças e esportes. Outros setores também intervieram como o da cultura e o Centro de Referência do Jovem e do Adolescente e trabalhamos conjuntamente. Felizmente, depois de um mês a escola saiu dessa situação de violência e depredação.

Foram lembradas também, por outra coordenadora do PSF, parcerias do programa com secretarias do governo municipal, como a de Inclusão Social, e em projetos como o PROEJA (Programa de Alfabetização de Jovens e Adultos). Inclusive, a coordenadora apontou que no treinamento das ESFs, na Educação Continuada, é ressaltado não somente o enfoque na saúde, mas também às ações sociais e culturais.

Todos os gestores da SMS afirmaram que o programa contribui para a melhoria dos indicadores sociais nos bairros. Foram mencionadas as oficinas de pintura, de bordado, de dança e a terapêutica, realizadas em algumas USFs.

De acordo como um dos gestores da SMS “o PSF consegue interar mais com a família no seu contexto social; o programa tem um papel social mais importante que nas outras unidades”.

Outra gestora realiza uma análise mais abrangente, afirmando que o PSF trabalha de forma integrada com outras estruturas de Proteção Social. Argumentou que o município de Araraquara “está vivendo um momento particular de muita Proteção Social, dentro da proposta da Participação Popular e da proposta de trabalho da Secretaria de Educação”. A entrevistada corrobora os dados apresentados na seção anterior, ao considerar que o município “tem um nível e uma qualidade de vida muito boa”.

Quando falo em qualidade de vida, não é só saúde, são outras coisas sociais em conjunto. Então, por exemplo, o analfabetismo em Araraquara, sempre foi muito pequeno. É claro que o ACS colabora quando realiza a visita domiciliar e pergunta sobre os adultos analfabetos [...]. Essa informação em nenhum outro momento podíamos ter. O Censo tem, mas ele nos fornece o número, ele não fala: é a D. Lúcia que mora na rua tal, que é analfabeta e, por isso, não consegue ler o medicamento que necessita tomar regularmente porque é hipertensa. Essa precisão na informação que o ACS consegue obter coincidiu com outras estruturas sociais do município que existiam para dar esse apoio e para estar encaminhando, como o PROEJA. Se não tivéssemos esse apoio, o ACS identificaria o problema, mas os profissionais não teriam como resolver.

A entrevistada ainda ressaltou que o ACS e o trabalho realizado pelo PSF, na questão social, são de fundamental relevância. Entretanto, afirma que estes não conseguiriam efetivar suas atuações se não existisse a rede de proteção social do município. Além disso, enfatizou que Araraquara apresenta indicadores sociais considerados razoáveis.

Por outro lado, uma coordenadora do PSF salientou que os ACSs, através de diversos projetos culturais e parcerias com o SESI, SESC, UNIP, UNIARA e UNESP, foram capazes de lidar com vários problemas que abarcam as comunidades, transmitindo-lhes informações e promovendo atividades esportivas e de lazer. Um desses sérios problemas, como no caso do Jardim Hortênsias, é a violência. Obtivemos um relato de que, no começo das atividades, a unidade do PSF de determinado bairro foi assaltada várias vezes e que os próprios profissionais tinham dificuldades de se deslocarem no bairro. No entanto, informa que, atualmente, o cenário é diferente, pois é notável o respeito com que são tratados pelos moradores e a proteção adquirida, fato este que também foi salientado pela Coordenadora do UAC.

Foi mencionado também, durante as entrevistas, a realização de parcerias do PSF com secretarias e órgãos municipais, entre estes estão: a Secretaria de Controle de Vetores, a Secretaria de Inclusão Social, a Secretaria do Desenvolvimento, o Orçamento Participativo, o Conselho Tutelar, a Pastoral da Juventude e o Centro de Referência do Jovem e do Adolescente.

Os **gestores da SMS** observaram que diante da proposta do PSF, em que deve haver acompanhamento da população e assistência comunitária, as parcerias, bem como a veiculação a diversos projetos e programas do governo municipal e do setor privado, tornam-se indispensáveis – aspecto que, entre outros, diferencia as USFs das UBSs.

Sobre as diferenças entre a Unidade Básica de Saúde e a Unidade de Saúde da Família, notou-se claramente como cada segmento dos profissionais da saúde entrevistados abordam o PSF.

É imprescindível destacarmos que todos **as coordenadoras do PSF** vêem o programa como uma proposta alternativa de saúde, em que o principal objetivo é a prevenção de doenças. Para elas, entre os aspectos que diferenciam o programa da UBS está o cadastramento da população abrangida, no período de implantação da USF, através do qual se observa as condições sócio-sanitária da área limitada, além de possibilitar o diagnóstico dos principais problemas que atingem as famílias cobertas. O ACS, elo de ligação da USF com a comunidade, é preparado para amparar a população desde questões referentes à saúde, psicológicas e sociais. A orientação abarca a forma de alimentação, a qualidade de vida, a prevenção de doenças, as dificuldades sociais e problemas de saúde, considerando o contexto higiênico-sanitário, social e econômico das pessoas do território adscrito, o que permite um atendimento diferenciado, humanizado e de qualidade. Em termos de estrutura a USF é, em geral, pequena, tanto no número de profissionais quanto de equipamentos⁷³. Todos reconhecem o programa como um avanço nos grupos de risco.

Os **gestores da SMS** ao serem questionados sobre a diferença entre as USFs e as UBSs apontaram o que consideram o caráter peculiar do PSF : o atendimento bastante próximo das famílias; o seu trabalho preventivo; o acesso nos bairros desprovidos de assistência à saúde; o trabalho do ACS, que possibilita o vínculo da sua unidade com a população da área de abrangência do programa e menor demanda se comparada com as UBSs. Contudo, elucidaram que a efetividade do PSF ainda é muito reduzida devido sua baixa cobertura. Sendo assim, sua função é complementar ao sistema de saúde público do município.

Acerca das vantagens e desvantagens das USFs em relação às UBSs, as **coordenadoras do PSF** afirmaram que o programa é fundamental em locais onde o acesso à saúde e a outros serviços públicos é quase nulo. Para elas, a atendimento dos usuários do PSF é diferenciado, em termos de humanização, pois os profissionais conhecem a realidade, as condições de vida, sociais, familiares e psicológicas do usuário e da sua família. Segundo o relato de uma das entrevistadas:

O trabalho é personalizado; conhecemos os indivíduos e as famílias, o contexto familiar, a sua condição social, conhecemos o bairro onde ela mora, como é a

⁷³ Algumas coordenadoras do PSF afirmaram que há necessidade de mais profissionais e materiais para a realização do trabalho preventivo e educativo.

sua comunidade, se usa drogas ou não e até questões de higiene. É esse conhecimento da pessoa e onde ela está inserida que possibilita intervir mais facilmente. Na UBS isso não é possível devido sua grande demanda.

As **coordenadoras** também ressaltaram que os resultados do trabalho preventivo não são imediatos e apontaram como as desvantagens do PSF: a falta de capacitação de profissionais, como no caso dos médicos generalistas e a ausência de recursos vindos do Ministério da Saúde. Nas percepções dessas entrevistadas, as UBSs têm uma cobertura maior, contudo, o trabalho realizado, sob a ótica da prática curativa e da valorização das especialidades, permite a resolução dos problemas imediatos, mas torna-as incapacitadas de efetivar o trabalho preventivo e de controle das doenças, aumentando cada vez mais suas demandas.

Na avaliação dos **gestores da SMS**, o PSF apresenta as seguintes vantagens: o trabalho em equipe; o vínculo trabalhista; a remuneração adequada; a vinculação com os usuários; o processo de trabalho facilitado pelo fato de ter adstrição e limite quantitativo de pessoas cobertas e a busca da qualidade de vida. Além disso, para esses entrevistados, o PSF assume em Araraquara uma posição complementar ao sistema, sendo fundamental nas áreas de risco.

Como uma das desvantagens do programa, os **gestores** consideraram a questão dos médicos especialistas, pois a população ainda solicita o atendimento especializado, acarretando resistências em relação ao modelo do PSF. Outras desvantagens mencionadas foram: a territorialização, pois a sua cobertura fica restrita, e a falta de profissionais com perfil para trabalhar nas USFs, caso haja ampliação do programa.

Questionamos também os entrevistados a respeito da interação do PSF com as UBSs. Segundo os **gestores da SMS**, as USFs interagem razoavelmente com as UBSs, sendo, contudo, imprescindível uma melhor capacitação dos profissionais de todas as unidades de saúde, no sentido de trabalharem melhor em conjunto.

A maioria das **coordenadoras do PSF** respondeu acerca do encaminhamento de pacientes, que é realizado para a UBS mais próxima quando necessário um atendimento ou exame mais especializado, “que o médico generalista não tem condições de avaliar”. Contudo, algumas dessas coordenadoras revelaram haver um descontentamento dos funcionários das UBSs em atender casos encaminhados pela USF, por não compreenderem, amplamente, o programa. Ainda no que tange ao procedimento de encaminhamento dos usuários da USF para os atendimentos especializados (ginecologia, pediatria e outros) das Unidades Básicas de Saúde, a

maioria das **coordenadoras do PSF** relatou que o processo é bastante simples: realizam o contato com os profissionais da UBS e, havendo disponibilidade, agendam a consulta. Uma coordenadora mencionou, inclusive, o fato da UBS oferecer um dia determinado da semana para agendamento de consultas para pacientes do PSF. Além desse simples contato, existem outras formas para o encaminhamento: a Referência ou o Prontuário. O Prontuário, documento médico que apresenta o diagnóstico do paciente, é enviado para a UBS, via malote, e a Referência é entregue para a família ou usuário encaminhado, que entrega-a à UBS ou qualquer outra unidade de referência no dia da consulta.

Se por um lado, uma das coordenadoras do PSF considerou interessante a forma como essa rede está estruturada no município, “uma unidade apoiando a outra”, por outro, outra coordenadora afirmou que, às vezes, os usuários encaminhados para a UBS expõem que os profissionais desta, mais especificamente o médico, questionam o encaminhamento e até mesmo a atuação da Equipe de Saúde da Família.

Todas as **coordenadoras do PSF** assinalaram a dificuldade no preenchimento da Contra-Referência – documento em que devem constar os procedimentos realizados na consulta, as solicitações e os resultados concluídos – pelos médicos da UBS ou qualquer outra unidade de saúde. Essa Contra-Referência permite o esclarecimento, aos profissionais do PSF, do diagnóstico obtido pelo médico na consulta. Apesar da sua importância, afirmaram que a Contra-Referência escrita é quase inexistente, e só ocorre quando o paciente descreve, com suas palavras, aos profissionais das USFs, o que ocorreu na consulta do especialista ou, ainda, quando o ACS realiza a visita domiciliar ao usuário encaminhado da sua área de abrangência, como comumente é feito. Entretanto, “não raro, o paciente não entende o que o médico diagnosticou ou não consegue explicar”.

Notou-se, quanto às respostas dos **coordenadores da SMS** semelhanças às perspectivas das coordenadoras do PSF. Salientaram também a importância da Contra-Referência para o trabalho dos profissionais de saúde, apesar de sua inexistência.

Quando questionados a respeito do destaque do PSF por suas ações preventivas, em relação às UBSs, e por suas contribuições ao sistema municipal de saúde – na diminuição das filas nas UBSs, nos acompanhamentos aos grupos de risco, no maior enfoque à atenção primária, na diminuição de atendimentos especializados e no maior acesso à saúde – tanto os coordenadores do programa quanto os gestores da SMS concordaram com a alusão de que o PSF

sobressai quanto à prevenção. Ambos recordaram que o trabalho preventivo já era realizado nas UBSs, mas afirmaram que, atualmente, estas unidades dificilmente o desempenham, encontrando-se impossibilitado devido o crescimento populacional e a grande demanda com que se deparam.

Quanto aos resultados do trabalho do programa para o sistema de saúde municipal, as respostas das enfermeiras coordenadoras do PSF e dos gestores da SMS e foram divergentes.

Todas as **coordenadoras do PSF**, sem exceção, responderam que o programa sobressai pela ação preventiva e por sua resolutividade. Afirmaram que esse trabalho preventivo é realizado pelos ACSs, através da visita domiciliar.

Todas também concordaram com o fato desse trabalho contribuir para o sistema de saúde:

[...] diminuindo o número das internações, pois os profissionais do PSF vão ao domicílio, realizam os procedimentos que deveriam ser feitos caso o paciente precisasse ser internado; diminuindo as complicações, já que antes delas ocorrerem o PSF já está presente; ampliando o acesso à saúde à população; contribuindo para o controle das doenças, como da hipertensão e do diabetes; além dos ACS realizarem a Vigilância.

Uma das coordenadoras exemplificou a contribuição das USFs com o aumento do acompanhamento das gestantes e da realização do Pré-Natal, sendo que “a maioria delas não faz menos de seis consultas”, o que contribui para a queda da mortalidade infantil e para a diminuição das complicações no parto.

Todavia, apesar das coordenadoras terem afirmado a contribuição do programa para o sistema, conhecem e discorrem com mais facilidade acerca dos avanços no bairro em que trabalham.

Uma das coordenadoras do PSF, quando questionada, apresentou críticas em relação à visão que os gestores da SMS apresentam em relação à saúde. Em sua percepção, o PSF contribui para o sistema de saúde, contudo, ressalta que ainda há necessidade de receber apoios e de estar preparado.

Não adianta ter as equipes do PSF trabalhando se não tem um sistema para apoiá-las. A USF deste bairro, por exemplo, caminha até certo ponto, porém, para ir além, precisa de uma visão maior dos gestores, em trazer outros avanços para o bairro [...]; é preciso uma visão mais ampla e trabalhar a promoção da saúde.

A linha de pensamento é outra. Basta ver a idéia do PACS, de colocar os ACS na UBS e o projeto de inserir o médico comunitário nas unidades tradicionais

para atender a demanda reprimida [...] Isto não é trabalhar promoção. Então na minha opinião não houve mudança radical.

Dos **gestores da SMS** entrevistados, apenas um deles respondeu negativamente a respeito da contribuição do PSF para o sistema de saúde municipal, justificando sua resposta pela grande demanda que ainda ocorre na unidade em que trabalha e pela grande quantidade de casos do PSF encaminhados.

Os gestores da SMS, que responderam positivamente, apontaram como contribuição do PSF: a queda no número das internações, o maior controle aos grupos de risco, a ampliação do acesso à saúde e o enfoque na atenção primária.

Por exemplo, no caso do hipertenso, o paciente no PSF já entende a importância das caminhadas, de tomar o medicamento regularmente. É relevante a realização dos grupos de hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes e outros, envolvendo os profissionais e os pacientes. O PSF melhora a qualidade de vida, diminui o número de complicações cardíacas e a morte precoce das pessoas. Atua também nos casos de diabetes e no controle do colesterol.

No entanto, também apresentaram algumas ressalvas: “O PSF se destaca pela ação preventiva, mas não que este trabalho já não era realizado nas UBSs.” Outra coordenadora da SMS enfatizou que “se olharmos para uma UBS do modelo antigo e para uma USF, com certeza, vamos ver milhares de ações preventivas a mais na Unidade de Saúde da Família.” Mas afirmou desconhecer “o quanto essas ações preventivas são realmente mensuráveis em termos de efetividade, de resultados naquela população”.

Para outra entrevistada da SMS, o que explica o fato do PSF sobressair, em relação às UBSs, na prática preventiva, está relacionado às melhores condições de trabalho do programa, que possui uma população delimitada e um território de abrangência definido. Tal trabalho que também era realizado na UBS – trabalho de convocação, busca do faltoso e as visitas – foi se perdendo devido o crescimento da cidade, a sua ampla cobertura e a grande demanda, pois “70% da população de Araraquara é coberta pelo Programa Municipal de Saúde”, ou seja, pelas UBSs e outras unidades de saúde. Além disso, “nós não temos na UBS o grande instrumento que faz a atividade preventiva, que é o ACS”. Concluiu que o PSF “vem somar o trabalho realizado, está contribuindo, no entanto pela proporção que ele atinge Araraquara, não podemos dizer que é só este programa”.

Cabe ressaltar que se averiguou discordâncias nas percepções das coordenadoras do PSF e dos gestores da SMS, quanto aos temas discutidos nesta questão. Não divergiram quanto à importância do PSF na prática preventiva, mas discordaram se seus resultados refletem **significativamente** no sistema municipal.

Neste sentido, foi necessário indagar aos entrevistados se ocorreu, ou está para ocorrer, no município de Araraquara, após a implantação do PSF, mudanças em relação ao modelo de saúde, focado em ações curativas. Quando a resposta era positiva, foi questionado se o PSF foi o maior responsável pela mudança no modelo.

Notou-se que a maioria das **coordenadoras do PSF** concordou que houve mudança no modelo de saúde, ainda que tenha sido gradual e ainda esteja acontecendo. Considerou-se a relevância do fato do município ter implantado as ESFs, pois, na percepção dessas entrevistadas, denota que mudanças na visão hegemônica de saúde já estão sendo realizadas no município, mais especificamente, na Secretaria Municipal de Saúde. Ademais, essas coordenadoras indicaram o PSF como um dos responsáveis por essa alteração. Mostremos o argumento de uma dessas coordenadoras:

Sim, está ocorrendo esta mudança, que se reflete na importância dada ao PSF no município. Mas eu ainda acho que Araraquara está não só trabalhando essa mudança com os PSFs – ou seja, tentando colocar como ‘carro-chefe’ a saúde preventiva –, mas eu estou percebendo que estão preocupados também com a atitude das UBSs. As Unidades Básicas de Saúde estão sendo estimuladas a promover o acolhimento, que é um instrumento utilizados pelo PSF. O acolhimento é a maneira, é o modo pelo qual você atende a população, esteja ela onde estiver, na rua, no domicílio, dentro da unidade, seja qual for o profissional. É a promoção da escuta, é se envolver, é tentar resolver, é ouvir o que a pessoa tem para falar.

Não podemos deixar de mencionar que, apesar da opinião aludida acima, algumas entrevistadas se referiram à dificuldade de mudar a mentalidade sobre a saúde da população, até mesmo do profissional, pois ainda permanece arraigada a visão curativa e de que os especialistas são profissionais mais capacitados.

Duas das coordenadoras do PSF se contrapuseram à perspectiva de que houve mudança no modelo de saúde, apresentando uma visão mais crítica. Observemos:

Não, o modelo ainda está fortemente curativo: a população ainda tem dificuldades e resistências, porque tem a visão imediatista e o município ainda tem a proposta de colocar os especialistas no PSF. O fato de Araraquara ter implantado o programa é uma tentativa de mudança, entretanto, sabemos que o problema é mais estrutural.

A outra coordenadora, que também relatou a não existência da mudança no modelo de saúde, justificou sua resposta com os seguintes argumentos:

Basta ver as propostas que estão surgindo: a criação de um Pronto-Socorro e a proposta do Médico Comunitário na UBS tradicional. Quanto mais médicos você colocar nas unidades e no Pronto-Socorro, mais atendimentos serão realizados, porque não houve capacitação, não houve mudança sobre a concepção da saúde. Eles vão continuar atendendo o paciente, não **olhando para** o paciente, é onde este vai e volta sempre à procura de novos atendimentos [grifos nossos].

Para os **gestores da SMS**, essa mudança está ocorrendo no município, porém, acreditam que isso não é necessariamente uma consequência somente do PSF. Os entrevistados afirmaram que o modelo melhorou, obtendo maior consciência na parte preventiva e implantando uma “visão mais moderna de saúde”.

Segundo uma dos gestores, ocorreu uma mudança na forma de trabalhar a saúde, ao incorporar os serviços do médico comunitário, intensificando, assim, o acolhimento em várias unidades de saúde. Entretanto, considerou que o PSF não foi o responsável por essas alterações, “não foi ele que trouxe essas mudanças, foram os gestores, os Secretários de Saúde e até mesmo o Prefeito”.

Para outro gestor, essas mudanças independem do PSF, ocorrem com o tempo e de acordo com as necessidades, sendo motivadas também por outros setores. O programa se insere nessa conjuntura como multiplicador das informações e das ações preventivas.

Sob outra perspectiva, um gestor observou que houve mudanças no modelo de saúde do município, porém, mais visíveis nas USFs. “Nas outras unidades eu não acredito que tenha alterado esse modelo hegemônico. E mesmo no PSF é com grande dificuldade que isso acontece”.

Analisemos a seguinte argumentação:

Tudo é ainda muito novo: o SUS, a constituição, a regulamentação deste sistema, o PSF [...] Então a gente tem um pé em um modelo e um pé no outro. O pé em um é a parte curativa, porque nós realmente temos muitas pessoas doentes. E no outro, é a prevenção, não vamos deixar a doença complicar. O não deixar adoecer é o caminho que a gente está seguindo para o PSF, é trabalhar com uma outra equipe, pôr outros profissionais para começar trabalhar com os modos de vida (nutricionistas, psicólogos, educadores físicos), para abordarem questões como: a alimentação saudável, a importância das atividades físicas, parar de fumar. Essa linha de raciocínio eu acho muito interessante e isso foi impulsionado pelo PSF.

Verificou-se por meio dessa resposta que o sistema de saúde do município de Araraquara encontra-se bastante dividido: de um lado, o modelo das unidades básicas tradicionais, centradas na prática curativa e incapacitadas, pela sua ampla cobertura e demanda, de realizar o trabalho preventivo de forma minuciosa; e de outro lado, temos o modelo do PSF que procura retomar a prevenção da saúde, as visitas domiciliares e a qualidade de vida.

Percebe-se que os gestores da Secretaria mostraram clareza a propósito dessa distinção presente no município, e afirmaram que, atualmente, o sistema municipal de saúde busca uma conciliação, por meio da inserção de instrumentos da prática preventiva nas UBSs, entre eles: o acolhimento, o PACS e o médico comunitário. No entanto, reconhecem os limites da rede tradicional em realizar o trabalho preventivo, **impossibilitando uma mudança estrutural do modelo de saúde curativo vigente.**

É possível afirmar que Araraquara está em um processo transitório, em que a prevenção é retomada no discurso como elemento importante na melhora da saúde pública. No entanto, é difícil notar uma mudança mais ampla no modelo de saúde municipal, pois, segundo os entrevistados da SMS, Araraquara apresenta uma rede assistencial de saúde (as UBSs) estruturada. Desta maneira, parece-nos que o PSF surge como uma das alternativas na busca de medidas paliativas dentro de um modelo hegemônico curativo, que na visão dos gestores da Secretaria, é difícil de ser modificado.

Por outro lado, isso tudo, pode significar um modelo de saúde peculiar do município, que atualmente busca adequar a concepção de saúde advinda com a implantação do PSF em uma rede de saúde estruturada anteriormente. Conclui-se pelas argumentações que Araraquara apresenta significativas dificuldades de mudanças no modelo de saúde curativo e de uma transição deste, o que permite-nos erigir a hipótese, que contribui para estudos a respeito do assunto, de que **municípios onde existe uma rede estruturada de saúde pública, com Unidades Básicas**

tradicionais, podem apresentar dificuldades na mudança edesestruturação do modelo de saúde curativo, mesmo após a implantação do PSF.

Durante as entrevistas, também levantamos a questão sobre o PSF ser o grande responsável pela redução da taxa de mortalidade infantil no município, como é preconizado pelo MS.

Todas as **coordenadoras do PSF** consideraram complicado afirmar que o programa é o grande responsável pela queda da mortalidade infantil, pois: “o município já apresenta bons indicadores e sempre controlou a taxa de mortalidade”. Como vimos nos dados da seção anterior, Araraquara apresenta uma tendência de diminuição da taxa de mortalidade, antes mesmo da implantação do PSF. As entrevistadas corroboram os dados ao afirmarem que: “indicar o PSF, sozinho, como o responsável por essa melhora, não é assim tão fácil”. Para elas, outros serviços, outras unidades e a Vigilância também contribuem para essa redução no município. Segundo uma delas: “O PSF contribui muito, mas sozinho não consegue esta diminuição. Digamos que o programa é um dos fatores, mas depende de muitos outros. É **um** grande ator, mas não **o** ator sozinho”.

Sob outro ângulo, as coordenadoras do PSF afirmaram, com segurança, que nos **bairros** onde o programa está instalado, há sim queda da mortalidade infantil.

Teríamos que ter mais PSFs para que este fosse o grande responsável por este indicador do município, o que não é o caso. Agora se considerarmos a taxa da mortalidade no bairro onde está implantado o PSF, há sim uma diminuição, inclusive já foram feitos levantamentos.

A razão para o PSF atingir número menor para a taxa de mortalidade infantil nos bairros está relacionada aos trabalhos que desenvolve: acompanhamento das gestantes, ações educativas no Pré-Natal; e das crianças, principalmente na questão da vacinação.

Na visão dos **gestores da SMS**, o programa não é o grande responsável pela queda da mortalidade infantil. Assim como as coordenadoras do PSF, argumentaram que outros projetos, programas, ações da SMS e os razoáveis indicadores sociais do município contribuem para essa diminuição. Foram mencionados alguns exemplos: a antiga Gota de Leite, que atualmente passa por uma reestruturação; a Assistência ao Parto Humanizado e o Programa da Saúde da Mulher. Verifiquemos a fala de uma gestora:

Se não tivéssemos, por exemplo, um programa que passa dia-a-dia nas maternidades, levantando os bebês que nasceram com peso baixo, que foram para a UTI e encaminhando esses bebês para suas UBSs ou USFs, com certeza, não teríamos essa diminuição da mortalidade. Se não tivéssemos as UBSs prontas para acolher esses bebês, não teríamos essa mudança. Se não tivéssemos um programa de intervenção precoce onde os bebês de risco são encaminhados também não teríamos essa queda. Tudo começa com a estimulação e com o atendimento neo-natal.

Outro entrevistado também apontou outros fatores que contribuem para a redução da taxa de mortalidade araraquarense: a qualidade de vida, a baixa taxa de analfabetismo e o padrão sócio-econômico da população.

Para confirmarem seus posicionamentos, reiteraram que, em Araraquara, o programa apresenta baixa cobertura populacional e não foi implantado com o enfoque em diminuir esse indicador, mesmo porque o município já apresentava baixa taxa de mortalidade infantil.

E, assim como foi dito pelas coordenadoras do PSF, os gestores da SMS confirmaram que o programa contribui, talvez, para a queda nos **bairros** onde está implantado. Exceto um dos entrevistados, que salientou que nem mesmo nos bairros é possível verificar a queda da mortalidade infantil, “já que as mortes por diarreia e por problemas respiratórios estão em áreas de abrangência do PSF”.

Não houve divergência entre as coordenadoras do PSF e os gestores da SMS ao afirmarem que o programa não é o grande responsável pela diminuição da mortalidade infantil no município, já que atentaram a baixa cobertura populacional do programa e ressaltaram essa queda como tendência antiga. Com exceção de apenas uma gestora da SMS, afirmaram que o PSF resulta na queda da mortalidade infantil nos bairros onde está implantado. Também concordaram que outros projetos, ações, atividades e serviços da prefeitura e da SMS contribuem para essa diminuição.

Procurou-se averiguar também se o PSF tem atuação efetiva nos grupos de risco de diabetes e hipertensão, contribuindo para o sistema de saúde municipal.

As respostas das **coordenadoras do PSF** foram positivas. Todas declararam que a atuação do programa nos grupos de risco é efetiva, devido a sua aproximação com a população; ao trabalho realizado pelos ACSs nas visitas domiciliares; à supervisão da medicação, observando se o usuário faz o controle medicamentoso de forma correta e regular; à realização do

trabalho educativo nos grupos dos hipertensos e dos diabéticos, transmitindo informações sobre a doença e esclarecendo sobre a importância da mudança de hábitos. Além disso, afirmaram ser realizado o agendamento do atendimento aos portadores das doenças para o ano todo, o que facilita a adesão ao tratamento.

Existiam pessoas no bairro que tinham a doença há bastante tempo e não sabiam, existiam aquelas que não tomavam o medicamento correto, às vezes, porque não sabem ler. O programa busca alternativas junto com a pessoa, com sua realidade e, por isso, consegue ter esse controle, facilitado ainda mais com as visitas dos ACS.

Podemos inferir que, no geral, as coordenadoras do PSF consideram que o programa tem uma atuação efetiva, nos grupos de risco dos hipertensos e dos diabéticos, contribuindo para o sistema municipal de saúde, na diminuição das complicações, na redução dos danos por infarte e doenças cardiovasculares. Entretanto, não deixam de mencionar o fato de existir resistências de alguns pacientes não aderindo ao tratamento.

Salientaram a dificuldade de trabalhar com a mudança de hábitos. As pessoas são resistentes às mudanças, pois se assustam diante das possibilidades de novos hábitos e comportamentos, preferindo continuar com suas rotinas. De acordo com uma das coordenadoras do PSF:

[...] a chamada ‘Síndrome da Gabriela’, ou seja, as pessoas pensam: Eu nasci assim, eu cresci assim, e sou mesmo assim, vou ser sempre assim. Mais especificamente, eu vivi até hoje desse jeito, para quê mudar? Então, nesses casos, é preciso ter um cuidado especial, estar sempre consultando, encaminhando. Geralmente são esses casos, de pessoas que não aderem ao tratamento, que acabam sendo internados e encaminhados para o Pronto-Socorro.

Sobre as opiniões dos **gestores da SMS**, a maioria respondeu que o PSF atua positivamente nesses grupos e, ainda, que tais ações refletem no sistema municipal, diminuindo as complicações, internações e os custos. Afirmaram:

Sem dúvida, o PSF tem atuação efetiva nos grupos de risco, na prevenção e no controle das doenças, pois não é realizado somente o trabalho curativo. É um acompanhamento de perto, um trabalho educativo; fazem grupos, organizam palestras, explicam a fundo a doença, a importância da medicação, da mudança

na alimentação. Isso contribui para o sistema de saúde, diminuindo o número de doentes, os custos, as complicações e internações.

As USFs realizam um trabalho insistente com os portadores da doença orientam sobre os cuidados na alimentação, a necessidade de realizar atividades físicas. Isso contribui para o sistema de saúde também porque os casos de óbitos, por exemplo, de doenças do aparelho circulatório, como o enfarto, tem como fator de risco, por exemplo, a hipertensão. Além disso, o PSF amplia o acesso à saúde. Então tem muitos casos em que a pessoa já tinha a doença há anos, mas desconhecia e não tinha um serviço público de saúde tão próximo para que fosse diagnosticado. Quando implanta o PSF em alguma área esses casos desconhecidos são diagnosticados.

Foi mencionado por um dos gestores que as ações voltadas aos grupos dos diabéticos e dos hipertensos também são realizados nas UBSs. No entanto, o PSF tem o ACS que faz o controle, a convocação e a busca dos faltosos, o que diferencia o seu trabalho e facilita o acompanhamento do paciente, contribuindo para o sistema de saúde público do município na diminuição das complicações.

Apenas um dos gestores apontou que a atuação do PSF não é efetiva, não exatamente no que diz respeito aos grupos de diabéticos e hipertensos, mas pela inexistência de estratégias voltadas para grupos de “vulnerabilidade acrescida”. Em suas palavras:

Assim como as UBSs, as USFs trabalham apenas com os grupos tradicionais: hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças. O problema é que focam somente neste mix tradicional. O programa e também as UBS não trabalham outros grupos, por exemplo, de DST/AIDS e Saúde do Trabalhador. Não trabalham com outros grupos de vulnerabilidade acrescidas que são: homossexuais, travestis, prostitutas. É claro que se for preciso atender, as USFs e as UBSs atendem, porém não tem grupos, atividades, palestras, enfim, estratégias voltadas para estes grupos. Na questão da Violência Sexual, o PSF também não tem olhos voltados para isso, sendo que isso ocorre nos bairros onde está instalado.

Em resumo, observou-se que a visão das coordenadoras do PSF foi corroborada pela maioria dos gestores da SMS, concordando que a atuação do programa é efetiva nos grupos de risco de hipertensos e diabéticos, e que contribui para o sistema municipal de saúde. Os argumentos utilizados foram bastante semelhantes.

Na seqüência, interrogamos aos entrevistados como a população coberta pelo PSF o avalia.

A maioria das **coordenadoras do programa** explicitou que existe aceitação por parte da população coberta pelas USFs, já que participam das atividades, dos grupos e dos Conselhos Gestores. Ressalvaram que somente no início havia resistências, justamente porque a população estava acostumada com o modelo das UBSs. Apenas duas entrevistadas desse grupo especificaram que ainda há resistências e por isso “o sistema deveria dar mais apoio ao PSF, aos profissionais e divulgar mais o trabalho realizado na USF”.

De acordo com os **gestores da SMS**, dois concordaram que, atualmente, há essa aceitação da população pelo programa, e dois gestores discordaram, afirmando que a população “na hora que precisa, não confia no generalista e procura o especialista, apesar de gostar do atendimento e do acolhimento do PSF”. Quanto aos outros gestores, um pronunciou que isso depende da equipe e o outro não quis argumentar sobre o assunto.

Também foram abordados nas entrevistas os problemas e dificuldades do PSF, do município estudado. Os elementos comuns mencionados pelas **coordenadoras do PSF** e pelos **gestores da SMS** foram: a falta de profissionais capacitados – dificuldade de encontrar médicos generalistas, pois a formação é voltada para as especialidades –; estrutura inadequada; a falta de materiais, medicamentos e transporte; a ausência da Equipe Matricial, de apoio; o fato da população ainda solicitar o atendimento do médico especialista; a realização de poucos encontros e reuniões com as outras USFs e problemas de relacionamento pessoal.

Entre as dificuldades apontadas apenas pelas **coordenadoras do PSF** estavam: melhor adequação do número de famílias; maior autonomia ao PSF na solicitação de exames; a extinção do cargo de Coordenador do PSF da SMS, diferenças salariais; falta de apoio financeiro; falta de uma equipe de Saúde Mental para dar suporte e dificuldade no entendimento e manipulação do SIAB.

Uma outra dificuldade apontada por uma das coordenadoras do programa é que alguns medicamentos são fornecidos apenas a determinadas unidades, pois são distribuídos exclusivamente para os especialistas da área. Argumenta:

O médico daqui do PSF podia tratar de uma rinite crônica de um determinado paciente, depois deste ter consultado com o especialista de uma determinada unidade, mas necessitamos dar o encaminhamento sempre que o usuário precisa dos medicamentos, porque estes, por exemplo o da rinite, só são fornecidos para o pneumologista e para o otorrinolaringologista. Então, o médico daqui, acaba

encaminhando mais do que ele gostaria e precisaria, para que o paciente possa obter o medicamento de graça.

Os **gestores da SMS** assinalaram também a dificuldade de trabalhar em equipe e de articular um projeto terapêutico individualizado, de acordo com as necessidades de cada usuário. Ainda apontaram a dificuldade do vínculo dos profissionais com o PSF e a indefinição do papel do ACS, que vem sendo ampliado pelo MS.

Procurou-se, ainda, compreender as ações, relacionadas ao alcoolismo e à gravidez na adolescência, realizadas pelo PSF, questões que também foram abrangidas durante as entrevistas.

Através das falas das **coordenadoras do PSF**, notou-se que existem dificuldades para trabalhar com o alcoolismo. Elas recorrem aos órgãos de referência, como o Centro de Apoio Psicossocial de Álcool e Drogas (CAP-AD) e o Centro Regional de Atendimento à Saúde Mental de Araraquara (CRASMA), mas asseguraram que são poucos os usuários que se recuperam. Argumentaram que há falta de respaldo e apoio para a ESF na realização de trabalhos que envolvam saúde mental.

No que se refere à gravidez na adolescência, afirmaram que não há grandes problemas, pois são poucos os casos, e tendem a diminuir – fato que não é corroborado pelos dados apresentados na seção anterior. Afirmaram que já existem atividades realizadas nesse sentido, como palestras e encontros realizados nas escolas, em parceria com o Centro do Jovem e do Adolescente, com temas relacionados à gravidez, contracepção e DST. Em desacordo com estes argumentos, uma entrevistada ressaltou suas dificuldades ao trabalhar com adolescentes envolvidas em famílias não estruturadas, pois não apresentam expectativas de vida.

Os **gestores da SMS** argüíram que as dificuldades do PSF não estão somente nas ações relacionadas ao alcoolismo, mas também à gravidez na adolescência. Isso acontece porque, segundo os entrevistados, “na adolescência encontramos problemas mais estruturais, emocionais, de carência afetiva, de mudança do corpo, o que é bastante complicado. Além disso, por não se sentir seguro, o jovem não procura uma unidade, dificultando sua vinculação.”

Ao indagarmos sobre a relevância do programa para o sistema municipal de saúde público e qual o seu papel dentro desse sistema, observou-se, através dos argumentos das **coordenadoras do PSF** que estão relacionados: à retomada da prevenção na saúde; à busca pela melhora da qualidade de vida da população; ao desenvolvimento de atividades educativas e de orientação; ao vínculo com as famílias; às visitas domiciliares realizadas principalmente pelos ACS; à queda no

número de internações e de complicações; à redução de custos e às mudanças significativas na situação de saúde nos locais onde está implantado.

Não obstante, duas das coordenadoras do PSF, consideram que a relevância do programa, para a SMS, está presente apenas nos discursos, dificilmente é reconhecida em termos práticos, já que está ocorrendo um processo de ampliação do PACS. Observemos:

Sabemos que a SMS quer dar continuidade ao PSF, mas ao mesmo tempo, ela dá abertura para criação de mais PACS, onde o vínculo do ACS com as UBSs é complicado. Se a SMS tivesse apoiando e entendendo a relevância do programa estaria implantando mais PSFs e não PACS. Não sabemos se o objetivo deles é fazer do PACS um modelo transitório para o PSF, porque não explicitam.

Os **gestores da SMS** apresentaram uma visão ampla, argumentando que o programa tem uma relevância para o sistema de saúde equiparada à das UBSs. Concordaram que a importância e o papel do PSF estão relacionados: à retomada da prática preventiva, como “multiplicador de informações”, executando ações educativas e de orientação; ao enfoque familiar; ao maior acesso à saúde e à queda no número de internações. Um dos gestores considerou que o programa “representa uma proposta boa para algumas especificidades, ou seja, para os bairros onde está localizado, já que são locais onde a população é mais carente e está mais exposta a riscos”.

Duas gestoras deixaram explícita a responsabilidade do PSF na mudança no “olhar” sobre a saúde e na rediscussão do papel da atenção básica no interior da SMS:

Quando surgiu a idéia da implantação do PSF, foi necessário a nós da SMS repensar a atenção básica e, além disso discutirmos propostas e filosofias do programa. O PSF impulsionou mudanças no jeito de olhar e de fazer atenção básica e, ainda que essas mudanças sejam poucas, conseguimos pensar diferente, perceber diferente, inovar, qualificar os profissionais também na atenção básica. O programa questionou nossas práticas em saúde e, nesse processo, nós da SMS olhamos para as UBSs e notamos nossos erros e nossa percepção equivocada de saúde. No setor da Educação Permanente – que trabalha com o desenvolvimento do profissional através de treinamentos, oficina, cursos feitos internamente, seja através de articulação externa – houve relativa mudança, pois introduzimos conceitos e atividades novas e trabalhamos os profissionais para isso.

Neste sentido, solicitou-se que apontassem as mudanças ocorridas nos setores em que atuam e que estão relacionadas à implantação do PSF no município.

As **coordenadoras do PSF** responderam de acordo com as mudanças ocorridas no bairro em que atuam, citando: o maior controle dos hipertensos e diabéticos; as mudanças na percepção

de saúde pela população; a melhora do cuidado com as crianças menores de um ano; a melhora do aleitamento e do pré-natal, das condições de higiene, do controle de vetores, da limpeza do bairro e da dedetização, quando necessário; a melhora na orientação sobre o lixo, no envolvimento dos usuários nas atividades, na orientação para o uso regular do medicamento através da visita do ACS, no acesso à saúde, no controle da dengue, nas atividades realizadas juntamente com outros setores, na diminuição do número de desnutridos e de verminoses, no trabalho realizado com os adolescentes e no controle das vacinas.

Uma coordenadora destacou o fato das pessoas do bairro se sentirem menos excluídas, pois criam vínculo entre si e com a USF, ao participarem das atividades. Outra mencionou a importância do programa na intervenção da violência, diminuindo-a através de atividades realizadas na escola, dos esportes e das orientações.

Entre as coordenadoras do PSF, três responderam de forma mais abrangente, levando em consideração o sistema público de saúde. Para elas, apesar das mudanças no bairro mencionadas acima, não ocorreram notáveis alterações. Mudanças estruturais ou mais radicais ocorrem a longo prazo e para se tornarem exequíveis é necessário a compreensão de todos, inclusive dos gestores.

Quanto aos **gestores da SMS**, um deles asseverou que o trabalho do programa não tem relação com o setor em que atua, a UAC, e outro argumentou que o PSF não trouxe grandes mudanças, já que ainda há demanda na unidade em que trabalha dos usuários do PSF, que procuram por atendimento.

Por fim, três gestoras mencionaram a mudança na retomada da prevenção após a implantação do PSF, mas no geral, indicaram como as principais alterações no setor que atuam: o trabalho educativo; o enfoque na família, que também está sendo levado para as UBSs; a intersetorialidade; a ampliação do acesso; a importância da visita do ACS, que retoma o conceito de proximidade do médico com a família. Do mesmo modo, após a implantação do programa “começamos a falar muito em acolhimento e atendimento humanizado, o que é muito importante”.

Nesta seção foram apresentadas as diferentes percepções e opiniões, tanto das enfermeiras coordenadoras do PSF quanto dos gestores da SMS, referentes ao nosso objeto de estudo. Ficou explícito que este recurso metodológico muito colabora no estudo da contribuição do programa para o sistema municipal de saúde público em Araraquara, no período analisado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na primeira seção, após o histórico da saúde pública brasileira, a partir dos anos 70, contextualizamos o surgimento da proposta do Programa Saúde da Família, concebida pelo Ministério da Saúde, nos anos 90, e materializada na NOB 01/96. Posteriormente, esclarecemos os princípios, as concepções e o funcionamento deste programa, de acordo com o que é idealizado pelo MS.

Sendo o Programa Saúde da Família do município de Araraquara o objeto desta pesquisa, realizamos o levantamento e a exposição dos principais indicadores desse município. A atenção dada, na seção 3, aos indicadores socioeconômicos apresentados se justifica pela nossa concepção de que no estudo da saúde se deve compreender o indivíduo através da observação de seu contexto social, de suas particularidades e de suas subjetividades.

As informações de demografia explicitaram que, apesar do aumento, Araraquara possuía, no período de 2000 a 2007, uma taxa geométrica de crescimento anual da população menor que a da sua região e a do seu estado.

Analisando as faixas etárias, notou-se que, em 2007, houve predominância da faixa de 20 a 29 anos na população do município. Por outro lado, a porcentagem da população com 60 anos e mais, naquele mesmo ano, foi maior no município quando cotejado com sua região e com o estado, devido ao elevado índice de envelhecimento da população araraquarense.

Ainda em 2007, Araraquara apresentou grau de urbanização maior que o do estado. No ano de 2000, quanto ao número de domicílios com espaço suficiente e ao número de domicílios com infra-estrutura interna urbana adequada, o município em questão atingiu porcentagem maior que da sua região de governo e que do estado.

Sobre o abastecimento de água, Araraquara também se destacou em relação ao estado e à sua região, marcando um nível de 99,45%, em 2000, e chegando a 100% o número de domicílios abastecidos com rede pública de distribuição de água, no ano de 2003.

Em 2000, o nível de atendimento do esgoto sanitário no município foi de 98,86%, superior aos níveis do estado e da região, que corresponderam a 85,72% e 98,70%, respectivamente.

Nos dados referentes à educação, na faixa etária de 15 anos e mais, Araraquara apresentou baixa taxa de analfabetismo da população. Para a população de 25 anos e mais, com menos de 8 anos de estudo, constatou-se porcentagem inferior a do estado e a da região. Ao analisarmos a população de 18 e 24 anos com ensino médio completo, verificamos porcentagem mais elevada que a da região e a do estado.

Ainda para 2000, Araraquara apresentou o IDH municipal de 0,830, o que lhe proporcionou a posição de 33ª no *ranking* estadual, índice superior ao do estado.

Em relação à renda *per capita*, no mesmo ano, o município manteve proximidade na média da renda do estado e se destacou quando comparada com os dados da sua região.

As informações obtidas da região de governo e do estado serviram de parâmetros para comparação, através da qual se revelou **que o município sobressaiu, apresentando indicadores considerados razoáveis.**

Na seqüência, ainda observamos a estrutura do sistema municipal de saúde público de Araraquara, situando o PSF.

Na **seção 4**, traçamos um panorama geral do programa do município estudado, apresentando os seguintes dados: cobertura populacional e faixa etária, número de crianças na escola, alfabetização, algumas doenças e deficiências (chagas, epilepsia, tuberculose e hanseníase), número de consultas e de atendimentos e dados referentes às gestantes. A partir dos números apresentados e de suas análises, apontamos as constatações obtidas.

No período analisado, de 2000 a 2005, observou-se uma **ampliação do número das USFs e de suas equipes.** Em 2000, atuavam 3 ESFs no município, já em 2005 esse número aumentou para 12. O mesmo ocorreu com o número de USFs construídas, que passou de 2, em 2000, para 8, em 2005.

Apesar de explicitarmos que 15% da população total cadastrada no PSF possuem plano de saúde, notou-se que **a maioria das famílias cadastradas pelo programa foram também acompanhadas**, denotando que a maior parte recorreu aos serviços das Unidades de Saúde da Família. Isso significa que, **mesmo possuindo o plano privado de saúde muitas pessoas ainda procuram assistência à saúde nas USFs** de seus bairros. Este é um aspecto relevante do PSF, porque além de mostrar o acompanhamento da maioria das famílias cadastradas, demonstra também que o programa tem o cadastro e o conhecimento da maior parte das famílias da sua área de abrangência, podendo realizar um levantamento epidemiológico e social de forma completa.

Quanto aos **dados educacionais** da população coberta pelo programa, observou-se que 93,8% das crianças, da área de abrangência do PSF, estão matriculadas em alguma escola. Embora esse número seja alto, não foi verificado aumento significativo no decorrer dos anos analisados, de 2000 a 2005. Esses dados demonstram que **os razoáveis indicadores educacionais do município refletem também na área abrangida pelo PSF, não nos permitindo atribuir ao programa a responsabilidade pelo elevado número de crianças que freqüentam alguma escola.** Acrescenta-se a isso que, uma média de 92% das pessoas cadastradas, com 15 anos e mais, no programa, são alfabetizadas, reflexo da situação educacional de Araraquara.

Averiguou-se também o aumento no número de casos registrados de chagas, epilepsia, alcoolismo e deficiência física. Isso porque a cobertura populacional do PSF foi ampliada e, conseqüentemente, o número desses registros.

Por serem duas doenças crônicas, a **hipertensão e o diabetes**, que atingem a população brasileira e pela atuação do PSF ser voltada às suas prevenções e ao acompanhamento dos portadores, constatou-se que o programa de Araraquara realiza atividades voltadas para estas doenças.

Através do cadastramento realizado pelos ACSs, no início da atuação da ESF, obteve um levantamento epidemiológico do território abrangido, possibilitando o conhecimento da realidade social do bairro e as características de cada família e indivíduo. É por meio desse cadastramento que os casos de hipertensão e diabetes são detectados.

Verificou-se que a maioria dos hipertensos e diabéticos cadastrados foram também acompanhados pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família. A porcentagem de hipertensos cadastrados em relação aos acompanhados variou de 94,4% a 99,9%, de 2000 a 2005. No caso dos diabéticos, essa relação variou, no referido período, entre 97,2% a 99,8%. Esses números mostram o acompanhamento dos casos, antes mesmo desconhecidos, o controle mais próximo, além de apontar a maior adesão ao tratamento por parte dos portadores da doença.

A redução na média anual de consultas realizadas pelas USFs, de 2000 a 2005, também possibilita-nos sugerir um possível resultado do trabalho preventivo e educativo desempenhado pelos profissionais do programa, refletindo na queda da demanda espontânea – embora não haja um resultado decisivo. Esta informação também salienta a relevância das visitas domiciliares realizadas pela ESF, que contribuem para essa redução.

O aumento do número de atendimentos de pré-natal e preventivo citológico (papanicolau) no PSF **demonstra que, também nesses casos, a prevenção está sendo realizada.**

A análise da redução no número de atendimentos por DST/AIDS nos possibilitou sugestões de algumas hipóteses que podem contribuir para pesquisas a esse respeito.

Quanto ao número de gestantes com menos de 20 anos na área de abrangência do PSF, nos anos de 2000 a 2005, **o programa não apresentou resultados satisfatórios**, pois não houve diminuição desse número.

Foram observados também, nessa seção, alguns indicadores municipais e do PSF, tais como a taxa de mortalidade infantil, a taxa de natalidade e o número de internações.

Verificou-se que quanto à taxa de mortalidade infantil, no período de 1990 a 2006, o **município** apresentou taxa menor que a do estado. O mesmo ocorreu em relação à taxa de sua região, com exceção dos anos de 1990, 1993 e 2001. Araraquara apresentou uma tendência decrescente no período de 1990 a 2005, apresentando queda bastante significativa nos anos de 2001 a 2005.

Ao analisarmos a taxa de mortalidade infantil **na área do PSF**, constatou-se uma redução bastante expressiva, passando de 25,31, em 2000, para 10,64, em 2006.

Os cálculos da porcentagem de queda da mortalidade infantil do município e da área abrangida pelo PSF foram, respectivamente, 25,76% e 57,96%, o que demonstra que **a redução da mortalidade foi mais significativa na área do PSF, indicando, a partir de 2001, uma possível contribuição do programa na queda desta taxa no município.**

Quanto à taxa de natalidade do município, na maioria dos anos de 1990 a 2006, observou-se queda.

Na área de abrangência do PSF, analisou-se o número de nascidos vivos, nascidos vivos pesados e nascidos vivos com peso inferior a 2500 gramas, no período de 2000 a 2006. Estabeleceu-se que o número de nascidos vivos e nascidos vivos pesados era próximo, denotando um satisfatório **acompanhamento dos recém-nascidos pelos profissionais das USFs.**

Entretanto, não foi observado, na área do programa, uma tendência decrescente no número de nascidos vivos com peso inferior a 2500 gramas, demonstrando que a atuação do PSF não foi efetiva nesse aspecto.

No período de 1995 a 2007, notou-se uma queda no número total de internações no município. No entanto, as internações em **regime público**, em Araraquara, aumentaram nos anos

de 1995 a 2002, havendo queda apenas em 2003. Esta pesquisa especulou sobre a possibilidade do PSF ser uma das variáveis que contribuiu para a redução das internações em regime público a partir de 2003. Para esse fim, analisou-se o número de hospitalizações realizadas na população coberta pelo **programa** de 2000 a 2007. Verificou-se, porém, que **não houve queda regular nesse número, o que não permitiu afirmar que o programa é uma daquelas variáveis.**

Finalmente, ainda na quarta seção, realizou-se um levantamento a respeito das principais causas de internações em Araraquara, a fim de esclarecer como as ações de saúde pública devem se direcionar, atendendo às necessidades municipais. **As maiores causas de internações** estiveram relacionadas à gravidez, ao parto e puerpério; às doenças do aparelho circulatório; a lesões; a envenenamentos e causas externas e às doenças do aparelho respiratório.

Na última seção, observamos, através das percepções das **coordenadoras do PSF** e dos **gestores da SMS**, suas avaliações acerca da contribuição do programa para o sistema público de saúde de Araraquara. Essa seção permitiu, a partir da análise dos dados da seção anterior e das respostas obtidas nas entrevistas, que verificássemos o papel do programa neste sistema.

Quanto ao **objetivo da SMS ao implantar o PSF**, os entrevistados, em sua maioria, responderam que correspondeu à **retomada da prevenção**, à diminuição no número de internações e de complicações, à melhora dos indicadores de saúde e sociais, à diminuição dos gastos públicos municipais, ao aumento na qualidade de vida e à ampliação do acesso à saúde às populações periféricas desassistidas.

Os entrevistados corroboraram com as constatações, obtidas através dos dados organizados e analisados, de que **o programa possibilitou maior prevenção de doenças**, e acrescentaram a relevância do trabalho informativo e de orientação realizado pelas ESFs. Os entrevistados ressaltaram que as USFs se destacam, em relação as UBSs, devido a retomada da prevenção, que aos poucos desapareceu das unidades tradicionais. Ainda sobre a prevenção, todas as coordenadoras do PSF concordaram que o programa se sobressai pela ação preventiva. Já os gestores da SMS **não discordaram quanto à importância do PSF em relação à prática preventiva, mas não concordaram se seus resultados refletem significativamente no sistema de saúde municipal.**

Ainda nesse ponto, podemos mencionar alguns exemplos do trabalho preventivo, através dos dados do SIAB apresentados na seção 4, como a realização dos exames preventivos

citológicos, o cadastramento e o acompanhamento dos diabéticos e hipertensos e de quaisquer outras doenças detectadas.

A maior parte dos entrevistados afirmaram que o programa contribui para o sistema municipal de saúde público, resultando na diminuição das internações, no maior controle aos grupos de risco, na ampliação do acesso à saúde e no enfoque na atenção primária. Apenas um dos gestores da SMS afirmou que o PSF não contribui para o sistema.

Apesar dos dados sobre as **internações hospitalares** não nos permitir afirmar, como verificado na seção 4, que o programa é uma das variáveis que contribui para a queda do seu número no município, a maioria dos entrevistados, tanto os coordenadores do PSF quanto os gestores da SMS, observaram que o programa colabora para a diminuição do número de internações do município. Observamos que as considerações dos entrevistados não corroboram os dados apresentados neste trabalho, **havendo discrepâncias entre os resultados obtidos através das informações levantadas e as avaliações dos entrevistados.**

Acerca da **cobertura populacional** do PSF no município, os dados mostraram que o programa apresenta uma cobertura de aproximadamente 17%. Cabe ressaltar que os gestores da SMS, em sua maioria, consideram a cobertura populacional do programa restrita. Já as coordenadoras das USFs salientaram que, apesar da cobertura populacional ainda ser considerada baixa, o programa está instalado nas áreas do município cuja população se encontra mais exposta a riscos e que, antes da implantação das USF, deparava-se com dificuldades no acesso à assistência de saúde.

Grande parte dos entrevistados consideram que o PSF é um dos responsáveis pela melhora dos **indicadores de saúde** do município. Observamos que os entrevistados, de ambos os grupos, argumentaram com mais facilidade a respeito das melhoras nos **bairros** onde as USFs estão instaladas. Apesar disso, os gestores da SMS não deixaram de ressaltar que os resultados do programa, vistos a longo prazo, resultam de uma ação conjunta de todas as unidades de saúde do município.

A **contribuição do PSF nos indicadores sociais**, especificamente nos dados educacionais, dos bairros onde está implantado, conforme preconizado pelo MS, não foi constatada nos dados. Todavia, como exposto na seção 5, a maioria dos entrevistados fizeram menção aos vários projetos e parcerias sociais promovidos pelo programa, e afirmaram a contribuição do PSF nos indicadores sociais dos bairros abrangidos, fazendo referência às

parcerias com instituições para a alfabetização de jovens e adultos, à melhora no número de crianças na escola e às ações sociais e culturais. Devemos ressaltar que um dos gestores da SMS afirmou que a atuação do programa é efetiva porque Araraquara apresenta uma rede de Proteção Social estruturada, permitindo que o PSF trabalhe de forma integrada com outras instituições. Nesse aspecto, observamos que **o SIAB, por si só, não é suficiente para analisar as ações e resultados sociais**, que foram esclarecidos durante as entrevistas.

Foi possível verificar também, através das falas dos entrevistados, alguns problemas do programa, como a falta de capacitação dos profissionais, a ausência de recursos vindos do MS e a dificuldade da população em aceitar os médicos generalistas, já que está acostumada com as especialidades.

Entre as vantagens do PSF, as entrevistados ressaltaram o atendimento humanizado, o trabalho em equipe, a remuneração adequada, o processo de trabalho facilitado pelo fato de ter área adscrita e cobertura delimitada, e o trabalho dos ACSs.

Quando questionados acerca da integração do PSF com a rede assistencial estruturada, apesar de fazerem menção a alguns problemas, como a inexistência da Contra-Referência, os entrevistados, na sua maioria, **disseram que há apoio entre as unidades**.

O que não foi possível se averiguar através da análise dados apresentados, mas que foi muito questionado durante as entrevistas, diz respeito à mudança do modelo de saúde vigente no município, que abarque uma concepção mais ampla de saúde e que retome a prevenção. **As coordenadoras do PSF, com exceção de duas enfermeiras, consideraram que a mudança do modelo está ocorrendo, ainda que gradativamente. Para elas, já é possível verificar uma alteração na visão hegemônica de saúde, ampliando o seu conceito. Afirmaram que o programa é um dos responsáveis por esta mudança.** Já os gestores da SMS afirmaram que a mudança do modelo está ocorrendo, mas não consideraram que essa seja uma consequência somente do PSF. Concordaram sobre a mudança na concepção de saúde, dentro da SMS.

O PSF, no caso de Araraquara, foi de fundamental relevância na mudança da concepção de saúde, dentro da SMS do município, refletindo nas propostas, mencionadas nas entrevistas, que estão sendo realizadas nas tradicionais unidades de saúde (UBSs), incluindo o atendimento humanizado e a propondo a inclusão do médico para a realização do acolhimento. Além disso, constatou-se que, após a implantação do PSF, a ampliação do PACS, inserindo os ACSs nas UBSs, vem sendo realizada, no município. Apesar de nossa concepção de que o PACS ainda

encontra-se atrelado às unidades tradicionais, podemos afirmar que em Araraquara este programa, considerado transitório, não deixa de representar uma tentativa de valorização do trabalho do ACS e sua contribuição da melhora na qualidade de vida da população e do atendimento.

Deve-se ressaltar ainda que, conforme observado nas entrevistas, a Secretaria Municipal de Saúde apresenta, com clareza, o objetivo de implantar o modelo do PSF em todas as unidades de saúde que deverão ser criadas, o que significa que todas serão Unidades de Saúde da Família.

Entretanto, pode-se concluir que o município não conseguiu efetivar uma mudança mais ampla no modelo de saúde vigente, que permanece, em sua maioria, baseado na prática curativa.

Não se deve deixar de mencionar as dificuldades de conciliação destes dois modelos de saúde: dificuldades de compreensão dos profissionais das UBSs e outros profissionais, no entendimento da proposta do PSF; o contínuo choque entre o “discurso preventista” e a prática curativa; a busca pela resolutividade imediata; a falta de um projeto amplo de mudança do modelo hegemônico de saúde e divergências nas avaliações do programa pelas coordenadoras deste e dos gestores da SMS, demonstrando que ainda existe falta de um consenso entre os funcionários atuantes e até mesmo dentro da SMS.

Neste sentido, esta pesquisa fornece-nos parâmetros que possibilitam sugerir a hipótese de **que municípios, que possuem uma rede razoavelmente estruturada de assistência à saúde (UBSs), se deparam com dificuldades de mudanças efetivas e estruturais no modelo vigente**, coexistindo o curativo e o preventivo. Isso pode ser justificado pela incerteza do trabalho efetivo do PSF, com área adscrita e cobertura restrita em relação às UBSs, além da resistência da população habituada com o trabalho das unidades tradicionais. Acrescenta-se a isso o elemento cultural e a visão hegemônica existente de que as ações de saúde mais capacitadas correspondem àquelas exercidas por meio do elevado número de exames, com alta tecnologia e com o conhecimento especializado, ignorando a relevância da atenção primária e da prevenção – o que explica o fato do nosso país apresentar, por exemplo, surtos de febre amarela e de dengue sendo responsáveis por um grande número de mortes.

Apesar disso, os esforços e ações políticas brasileiras, principalmente do Ministério da Saúde, não alcançaram uma mudança efetiva e estrutural do modelo de saúde vigente no SUS, que abarque tanto práticas preventivas como curativas, baseadas na valorização da qualidade de vida do indivíduo biológico, psicológico e social.

A busca pela resolutividade tão importante para a política de saúde brasileira, muitas vezes vem acompanhada por um descolamento da realidade e desvinculada do relevante debate político-acadêmico que destaca a importância das ações preventivas e primárias no conceito de saúde, que deve ser levada em consideração quando também tem como meta a racionalização dos custos.

ANEXO 1

NOB - SUS 01/96

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996)

“Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”

Brasília

Janeiro/1997

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresento esta edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96, resultado de amplo e participativo processo de discussão, que culminou com a assinatura da Portaria No. 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

Não poderia deixar, neste momento, de fazer referência ao ex-Ministro Adib Jatene que, ao definir um processo democrático de construção desta Norma, possibilitou a participação de diferentes segmentos da sociedade, desde os gestores do Sistema nas três esferas de governo, até usuários, prestadores de serviços e profissionais de saúde em vários fóruns e especialmente no Conselho Nacional de Saúde.

A NOB 96 é decorrente, sobretudo, 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 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.

Espero que esta edição seja mais um mecanismo de divulgação e disseminação de informações importantes para o Setor Saúde, possibilitando o engajamento de todos no sentido da sua implementação e, também, na definição de medidas de ajuste e aperfeiçoamento deste instrumento.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

Ministro da Saúde

1. INTRODUÇÃO

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, concretizam-se, na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais.

Esses ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito à saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas – econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral).

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Nº. 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto Nº.99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993.

Com a Lei Nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, 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 Sistema.

2. FINALIDADE

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Esse exercício, viabilizado com a imprescindível cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal, compreende, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde (Artigo 30, inciso VII), como, da mesma forma, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais (Artigo 30, inciso V).

Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

3. CAMPOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

- a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e
- c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Convém ressaltar que as ações de política setorial em saúde, bem como as administrativas – planejamento, comando e controle – são inerentes e integrantes do contexto daquelas envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais. Ações de comunicação e de educação também compõem,

obrigatória e permanentemente, a atenção à saúde.

Nos três campos referidos, enquadra-se, então, todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo.

É importante assinalar que existem, da mesma forma, conjuntos de ações que configuram campos clássicos de atividades na área da saúde pública, constituídos por uma agregação simultânea de ações próprias do campo da assistência e de algumas próprias do campo das intervenções ambientais, de que são partes importantes as atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

4. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município. O SUS-Municipal é voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais.

A realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão.

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos.

A operacionalização das condições de gestão, propostas por esta NOB, considera e valoriza os vários estágios já alcançados pelos estados e pelos municípios, na construção de uma gestão plena.

Já a redefinição dos papéis dos gestores estadual e federal, consoante a finalidade desta Norma Operacional, é, portanto, fundamental para que possam exercer as suas competências específicas de gestão e prestar a devida cooperação técnica e financeira aos municípios.

O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal de mediar entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os

fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores estadual e municipal – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade.

Nas CIB e CIT são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem assim pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis – dentro das disponibilidades orçamentárias conjunturais – oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a conseqüência prática da relação entre os gestores do SUS.

A composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo. Essa dinâmica contribui para que seja evitado um processo acumulativo injusto, por parte de alguns municípios (quer por maior disponibilidade tecnológica, quer por mais recursos financeiros ou de informação), com a conseqüente espoliação crescente de outros.

As tarefas de harmonização, de integração e de modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida equidade (admitido o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo), competem, portanto, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação.

O desempenho de todos esses papéis é condição para a consolidação da direção única do SUS, em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados.

5. RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais.

Essa relação, mediada pelo estado, tem como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente. A discussão de eventuais impasses, relativos à sua operacionalização, deve ser realizada também no âmbito dessa Comissão, cabendo, ao gestor estadual, a decisão sobre problemas surgidos na execução das políticas aprovadas. No caso de recurso, este deve ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a gerência (comando) dos estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município é da pessoa jurídica que opera o serviço, sejam estes estatais (federal, estadual ou municipal) ou privados. Assim, a relação desse gerente deve ocorrer somente com o gestor do município onde o seu estabelecimento está sediado, seja para atender a população local, seja para atender a referenciada de outros municípios.

O gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessário uma avaliação específica ou auditoria de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro município, recorre ao gestor estadual.

Em função dessas peculiaridades, o pagamento final a um estabelecimento pela prestação de serviços requeridos na localidade ou encaminhados de outro município é sempre feito pelo poder público do município sede do estabelecimento.

Os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre municípios são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços, ao município sede do prestador. Este município incorpora os recursos ao seu teto financeiro. A orçamentação é feita com base na programação pactuada e integrada entre gestores, que, conforme já referido, é mediada pelo estado e aprovada na CIB regional e estadual e no respectivo Conselho de Saúde.

Quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutive, pode requerer, ao gestor estadual, que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município.

Esses mecanismos conferem um caráter dinâmico e permanente ao processo de negociação da

programação integrada, em particular quanto à referência intermunicipal.

6. PAPEL DO GESTOR ESTADUAL

São identificados quatro papéis básicos para o estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais. A explicitação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão neste nível de Governo.

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.

O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral.

O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer esse papel, no entanto, é necessário um esforço do gestor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do município ou concorrer com esta função, o que exige o pleno exercício do segundo papel.

Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual.

O exercício desse papel pelo gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolvem responsabilidades nas três esferas de governo e são sumariamente caracterizados como de:

- a) informação informatizada;
- b) financiamento;
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- d) apropriação de custos e avaliação econômica;
- e) desenvolvimento de recursos humanos;
- f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas, no âmbito estadual, depende do pleno funcionamento do CES e da CIB, nos quais se viabilizam a negociação e o pacto com os diversos atores envolvidos. Depende, igualmente, da ratificação das programações e decisões relativas aos tópicos a seguir especificados:

- a) plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;
- b) estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;
- c) estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;
- d) estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;
- e) estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia;
- f) elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;
- g) elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;
- h) estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;
- i) responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais
- j) definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados; e

k) manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual;

l) implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

7. PAPEL DO GESTOR FEDERAL

No que respeita ao gestor federal, são identificados quatro papéis básicos, quais sejam:

- a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;
- b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;
- c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e
- d) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

Da mesma forma que no âmbito estadual, o exercício dos papéis do gestor federal requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica, que consolidam os sistemas estaduais e propiciam, ao SUS, maior eficiência com qualidade, quais sejam:

- a) informação informatizada;
- b) financiamento;
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- d) apropriação de custos e avaliação econômica;
- e) desenvolvimento de recursos humanos;
- f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas depende, igualmente, da viabilização de negociações com os diversos atores envolvidos e da ratificação das programações e decisões, o que ocorre mediante o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT.

Depende, além disso, do redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

- a) a elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da programação integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde;
- b) a viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detém, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades;
- c) o aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas;
- d) a definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos Conselhos de Saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáticas a estados e municípios com função gestora;
- e) a criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema
- f) a transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais;
- g) o desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos;
- h) a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;
- i) o incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso

- das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;
- j) o desenvolvimento de atividades de educação e de comunicação social;
 - k) o incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais;
 - l) a reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à saúde do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
 - m) a reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem assim de produção de serviços e de insumos críticos;
 - n) a reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;
 - o) a reorientação e a implementação da política nacional de assistência farmacêutica;
 - p) o apoio e a cooperação a estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;
 - q) a promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;
 - r) a elaboração de programação nacional, pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;
 - s) a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde;
 - t) a estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial;
 - u) a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

8. DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o Secretário de Saúde da Capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. Aquelas referentes a matérias de competência dos Conselhos de Saúde, definidas por força da Lei Orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos Conselhos são submetidas previamente a estes para aprovação. As demais resoluções devem ser encaminhadas, no prazo máximo de 15 dias decorridos de sua publicação, para conhecimento, avaliação e eventual recurso da parte que se julgar prejudicada, inclusive no que se refere à habilitação dos estados e municípios às condições de gestão desta Norma.

9. BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A composição harmônica, integrada e modernizada do SUS visa, fundamentalmente, atingir a dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são:

- a) a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS; e
- b) a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com

qualidade.

O primeiro propósito é possível porque, com a nova formulação dos sistemas municipais, tanto os segmentos sociais, minimamente agregados entre si com sentimento comunitário – os munícipes –, quanto a instância de poder político-administrativo, historicamente reconhecida e legitimada – o poder municipal – apropriam-se de um conjunto de serviços bem definido, capaz de desenvolver uma programação de atividades publicamente pactuada. Com isso, fica bem caracterizado o gestor responsável; as atividades são gerenciadas por pessoas perfeitamente identificáveis; e os resultados mais facilmente usufruídos pela população.

O conjunto desses elementos propicia uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e realizadora para as pessoas, e que acontece não-somente nas instâncias colegiadas formais – conferências e conselhos – mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento.

Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação aqui explicitada. Um dos meios, certamente, é a instituição do cartão SUS-MUNICIPAL, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. Essa numeração possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o País. A regulamentação desse mecanismo de vinculação será objeto de discussão e aprovação pelas instâncias colegiadas competentes, com conseqüente formalização por ato do MS.

O segundo propósito é factível, na medida em que estão perfeitamente identificados os elementos críticos essenciais a uma gestão eficiente e a uma produção eficaz, a saber:

- a) a clientela que, direta e imediatamente, usufrui dos serviços;
- b) o conjunto organizado dos estabelecimentos produtores desses serviços; e
- c) a programação pactuada, com a correspondente orçamentação participativa.

Os elementos, acima apresentados, contribuem para um gerenciamento que conduz à obtenção de resultados efetivos, a despeito da indisponibilidade de estímulos de um mercado consumidor espontâneo. Conta, no entanto, com estímulos agregados, decorrentes de um processo de gerenciamento participativo e, sobretudo, da concreta possibilidade de comparação com realidades muito próximas, representadas pelos resultados obtidos nos sistemas vizinhos.

A ameaça da ocorrência de gastos exagerados, em decorrência de um processo de incorporação tecnológica acrítico e desregulado, é um risco que pode ser minimizado pela radicalização na reorganização do SUS: um Sistema regido pelo interesse público e balizado, por um lado, pela exigência da universalização e integralidade com equidade e, por outro, pela própria limitação de recursos, que deve ser programaticamente respeitada.

Esses dois balizamentos são objeto da programação elaborada no âmbito municipal, e sujeita à ratificação que, negociada e pactuada nas instâncias estadual e federal, adquire a devida racionalidade na alocação de recursos em face às necessidades.

Assim, tendo como referência os propósitos anteriormente explicitados, a presente Norma Operacional Básica constitui um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, na medida em que disciplina o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Essencialmente, o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes.

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais.

O enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais. Nessa circunstância, o

método para conhecimento da realidade complexa e para a realização da intervenção necessária fundamenta-se mais na síntese do que nas análises, agregando, mais do que isolando, diferentes fatores e variáveis.

Os conhecimentos – resultantes de identificações e compreensões – que se faziam cada vez mais particularizados e isolados (com grande sofisticação e detalhamento analítico) devem possibilitar, igualmente, um grande esforço de visibilidade e entendimento integrador e globalizante, com o aprimoramento dos processos de síntese, sejam lineares, sistêmicos ou dialéticos.

Além da ampliação do objeto e da mudança no método, o modelo adota novas tecnologias, em que os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível ou ação, na medida em que permitem a compreensão globalizadora a ser perseguida, e fundamentam a negociação necessária à mudança e à associação de interesses conscientes. É importante, nesse âmbito, a valorização da informação informatizada.

Além da ampliação do objeto, da mudança do método e da tecnologia predominantes, enfoque central deve ser dado à questão da ética. O modelo vigente – assentado na lógica da clínica – baseia-se, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção.

O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual. Dessa forma é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde.

Nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Na intervenção ambiental, o SUS assume algumas ações específicas e busca a articulação necessária com outros setores, visando a criação das condições indispensáveis à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

10. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

10.1. Responsabilidades

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde.

Conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal, a Saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. No inciso VI do parágrafo único desse mesmo Artigo, está determinado que a Seguridade Social será organizada pelo poder público, observada a “diversidade da base de financiamento”.

Já o Artigo 195 determina que a Seguridade Social será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de Contribuições Sociais.

10.2. Fontes

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e o Lucro (Fonte 151 - Lucro Líquido).

Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 - Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS).

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais.

Dentro da previsibilidade de Contribuições Sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, uma fonte específica para financiamento do SUS - a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras - está criada, ainda que em caráter provisório. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja esta e todas as demais bases tributárias e financeiras do Governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde.

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios. Esses recursos devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera federal e ou estadual e utilizados na execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e na PPI.

10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas

As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

O reembolso das despesas, realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde, constitui fonte adicional de recursos. Por isso, e consoante à legislação federal específica, estados e municípios devem viabilizar estrutura e mecanismos operacionais para a arrecadação desses recursos e a sua destinação exclusiva aos respectivos fundos de saúde.

Os recursos de investimento são alocados pelo MS, mediante a apresentação pela SES da programação de prioridades de investimentos, devidamente negociada na CIB e aprovada pelo CES, até o valor estabelecido no orçamento do Ministério, e executados de acordo com a legislação pertinente.

10.4. Tetos financeiros dos Recursos Federais

Os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor, para cada estado e cada município, é definido com base na PPI. O teto financeiro do estado contém os tetos de todos os municípios, habilitados ou não a qualquer uma das condições de gestão.

O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) é constituído, para efeito desta NOB, pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O TFGE, definido com base na PPI, é submetido pela SES ao MS, após negociação na CIB e aprovação pelo CES. O valor final do teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIT – observadas as reais disponibilidades financeiras do MS – e formalizado em ato do Ministério.

O Teto Financeiro Global do Município (TFGM), também definido consoante à programação integrada, é submetido pela SMS à SES, após aprovação pelo CMS. O valor final desse Teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB – observados os limites do TFGE – e formalizado em ato próprio do Secretário Estadual de Saúde.

Todos os valores referentes a pisos, tetos, frações, índices, bem como suas revisões, são definidos com base na PPI, negociados nas Comissões Intergestores (CIB e CIT), formalizados em atos dos gestores estadual e federal e aprovados previamente nos respectivos Conselhos (CES e CNS).

As obrigações que vierem a ser assumidas pelo Ministério da Saúde, decorrentes da implantação desta NOB e que gerem aumento de despesa, serão previamente discutidas com o Ministério do Planejamento e Orçamento e o Ministério da Fazenda.

11. PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

11.1. Programação Pactuada e Integrada - PPI

11.1.1. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

11.1.2. O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de

governo deve respeitar a autonomia de cada gestor: o município elabora sua própria programação, aprovando-a no CMS; o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES.

11.1.3. A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando, também, as responsabilidades do estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

11.1.4. A Programação observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades. Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados têm suas ações expressas na programação do município em que estão localizados, na medida em que estão subordinados ao gestor municipal.

11.1.5. A União define normas, critérios, instrumentos e prazos, aprova a programação de ações sob seu controle – inscritas na programação pelo estado e seus municípios – incorpora as ações sob sua responsabilidade direta e aloca os recursos disponíveis, segundo os valores apurados na programação e negociados na CIT, cujo resultado é deliberado pelo CNS.

11.1.6. A elaboração da programação observa critérios e parâmetros definidos pelas Comissões Intergestores e aprovados pelos respectivos Conselhos. No tocante aos recursos de origem federal, os critérios, prazos e fluxos de elaboração da programação integrada e de suas reprogramações periódicas ou extraordinárias são fixados em ato normativo do MS e traduzem as negociações efetuadas na CIT e as deliberações do CNS.

11.2. Controle, Avaliação e Auditoria

11.2.1. O cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde (UPS), completo e atualizado, é requisito básico para programar a contratação de serviços assistenciais e para realizar o controle da regularidade dos faturamentos. Compete ao órgão gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada UPS, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais, no banco de dados nacional.

11.2.2. Os bancos de dados nacionais, cujas normas são definidas pelos órgãos do MS, constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. Por conseguinte, os gestores municipais e estaduais do SUS devem garantir a alimentação permanente e regular desses bancos, de acordo com a relação de dados, informações e cronogramas previamente estabelecidos pelo MS e pelo CNS.

11.2.3. As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

11.2.4. As ações de controle devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, com ênfase na garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais – tendo como critério fundamental a necessidade dos usuários – e o rigoroso monitoramento da regularidade e da fidedignidade dos registros de produção e faturamento de serviços.

11.2.5. O exercício da função gestora no SUS, em todos os níveis de governo, exige a articulação permanente das ações de programação, controle, avaliação e auditoria; a integração operacional das unidades organizacionais, que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema; e a apropriação dos seus resultados e a identificação de prioridades, no processo de decisão política da alocação dos recursos.

11.2.6. O processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados e do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população, priorizando o enfoque epidemiológico e propiciando a permanente seleção de prioridade de intervenção e a reprogramação contínua da alocação de recursos. O acompanhamento da execução das ações programadas é feito permanentemente pelos gestores e periodicamente pelos respectivos Conselhos de Saúde, com base em informações sistematizadas, que devem possibilitar a avaliação qualitativa e quantitativa destas ações. A avaliação do cumprimento das ações programadas em cada nível de governo deve ser feita em Relatório de Gestão Anual, cujo roteiro de elaboração será apresentado pelo MS e apreciado pela CIT e pelo CNS.

12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, conforme mencionado anteriormente, configuram o TFA, e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

12.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

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.

O elenco de procedimentos custeados pelo PAB, assim como o valor per capita nacional único – base de cálculo deste Piso – são propostos pela CIT e votados no CNS. Nessas definições deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento desses serviços, até que a atenção integral à saúde esteja plenamente organizada, em todo o País. O valor per capita nacional único é reajustado com a mesma periodicidade, tendo por base, no mínimo, o incremento médio da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A transferência total do PAB será suspensa no caso da não-alimentação, pela SMS junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional, por mais de dois meses consecutivos.

12.1.2. Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Fica estabelecido um acréscimo percentual ao montante do PAB, de acordo com os critérios a seguir relacionados, sempre que estiverem atuando integradamente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS (SAS/MS) com base em normas da direção nacional do SUS.

a) Programa de Saúde da Família (PSF):

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município.

b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

- acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 30% do valor do PAB original do município.

c) Os percentuais não são cumulativos quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS ou por estratégias similares for a mesma.

Os percentuais acima referidos são revistos quando do incremento do valor per capita nacional único, utilizado para o cálculo do PAB e do elenco de procedimentos relacionados a este Piso. Essa revisão é proposta na CIT e votada no CNS. Por ocasião da incorporação desses acréscimos, o teto financeiro da assistência do estado é renegociado na CIT e apreciado pelo CNS.

A ausência de informações que comprovem a produção mensal das equipes, durante dois meses consecutivos ou quatro alternados em um ano, acarreta a suspensão da transferência deste acréscimo.

12.1.3. Fração Assistencial Especializada (FAE)

É um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do estado.

O órgão competente do MS formaliza, por portaria, esse elenco a partir de negociação na CIT e que deve ser objeto da programação integrada quanto a sua oferta global no estado.

A CIB explicita os quantitativos e respectivos valores desses procedimentos, que integram os tetos financeiros da assistência dos municípios em gestão plena do sistema de saúde e os que permanecem sob gestão estadual. Neste último, o valor programado da FAE é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, conforme as condições de gestão das SES definidas nesta NOB. Não integram o elenco de procedimentos cobertos pela FAE aqueles relativos ao PAB e os definidos como de alto custo/complexidade por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

12.1.4. Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais assumidas pela SMS. O TFAM é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB e destina-se ao custeio dos serviços localizados no território do município (exceção feita àqueles eventualmente excluídos da gestão municipal por negociação na CIB).

12.1.5. Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais sob a responsabilidade da SES. O TFAE corresponde ao TFA fixado na CIT e formalizado em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores são transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB, deduzidos os valores comprometidos com as transferências regulares e automáticas ao conjunto de municípios do estado (PAB e TFAM).

12.1.6. Índice de Valorização de Resultados (IVR)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da assistência do estado, transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população, segundo critérios definidos pela CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS). Os recursos do IVR podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

12.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores estão incluídos no TFA do estado e do município e são executados mediante ordenação de pagamento por parte do gestor. Para municípios e estados que recebem transferências de tetos da assistência (TFAM e TFAE, respectivamente), conforme as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, os valores relativos à remuneração por serviços produzidos estão incluídos nos tetos da assistência, definidos na CIB.

A modalidade de pagamento direto, pelo gestor federal, a prestadores de serviços ocorre apenas nas situações em que não fazem parte das transferências regulares e automáticas fundo a fundo, conforme itens a seguir especificados.

12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), englobando o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento este de autorização e fatura de serviços.

12.2.2. Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/ Complexidade

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do SIA/SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), documento este que identifica cada paciente e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram prestados. Compreende procedimentos ambulatoriais integrantes do SIA/SUS definidos na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

O MS é responsável pela remuneração direta, por serviços produzidos, dos procedimentos relacionados ao PAB e à FAE, enquanto houver municípios que não estejam na condição de gestão simplificada da NOB 01/93 ou nas condições de gestão municipal definidas nesta NOB naqueles estados em condição de gestão convencional.

12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização

O Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), bem como outros fatores e ou índices que incidam sobre a remuneração por produção de serviços, eventualmente estabelecidos, estão condicionados aos critérios definidos em nível federal e à avaliação da CIB em cada Estado. Esses fatores e índices integram o teto financeiro da assistência do município e do respectivo estado.

13. CUSTEIO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Os recursos da esfera federal destinados à vigilância sanitária configuram o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS) e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo e Remuneração de Serviços Produzidos.

13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congêneres, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

Consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações básicas da vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), transferido, regular e automaticamente, ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, dos estados, conforme condições estipuladas nesta NOB. O PBVS somente será transferido a estados para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PBVS, assim como o valor per capita nacional único – base de cálculo deste Piso –, são definidos em negociação na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (Secretaria de Vigilância Sanitária - SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Nessa definição deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento das ações básicas de vigilância sanitária em todo o País. Esses procedimentos integram o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária do SUS (SIVS/SUS).

13.1.2. Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da vigilância sanitária do estado, a serem transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população, segundo critérios definidos na CIT, e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Os recursos do IVISA podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

13.2.1. Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS)

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da SVS/MS, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas pela SES ao Ministério. Após negociação e aprovação na CIT e prévia aprovação no CNS, e observadas as condições estabelecidas nesta NOB, a SVS/MS publica a tabela de procedimentos do PDAVS e o valor de sua remuneração.

13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

Consiste no pagamento direto às SES e às SMS, pela execução de ações de média e alta complexidade de competência estadual e municipal contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas ao MS. Essas ações e o valor de sua remuneração são definidos em negociação na CIT e formalizados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovadas no CNS.

14. CUSTEIO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E DE CONTROLE DE DOENÇAS

Os recursos da esfera federal destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças não contidas no elenco de procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS configuram o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O elenco de procedimentos a serem custeados com o TFECD é definido em negociação na CIT, aprovado pelo CNS e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (Fundação Nacional de Saúde - FNS/MS). As informações referentes ao desenvolvimento dessas ações integram sistemas próprios de informação definidos pelo Ministério da Saúde.

O valor desse Teto para cada estado é definido em negociação na CIT, com base na PPI, a partir das informações fornecidas pelo Comitê Interinstitucional de Epidemiologia e formalizado em ato próprio

do órgão específico do MS (FNS/MS).

Esse Comitê, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde, articulando os órgãos de epidemiologia da SES, do MS no estado e de outras entidades que atuam no campo da epidemiologia e controle de doenças, é uma instância permanente de estudos, pesquisas, análises de informações e de integração de instituições afins.

Os valores do TFECDD podem ser executados por ordenação do órgão específico do MS, conforme as modalidades apresentadas a seguir.

14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, independentemente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB e na PPI, aprovada na CIT e no CNS.

14.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pelas ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme tabela de procedimentos discutida na CIT e aprovada no CNS, editada pelo MS, observadas as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, contra apresentação de demonstrativo de atividades realizadas, encaminhado pela SES ou SMS ao MS.

14.3. Transferência por Convênio

Consiste na transferência de recursos oriundos do órgão específico do MS (FNS/MS), por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, mediante programação e critérios discutidos na CIT e aprovados pelo CNS, para:

- a) estímulo às atividades de epidemiologia e controle de doenças;
- b) custeio de operações especiais em epidemiologia e controle de doenças;
- c) financiamento de projetos de cooperação técnico-científica na área de epidemiologia e controle de doenças, quando encaminhados pela CIB.

15. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO

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.

15.1. GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA

15.1.1. Responsabilidades

- a) Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus munícipes, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.

- e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
- g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- j) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente.
- k) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.
- l) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.
- m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

15.1.2. Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.
- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
- f) Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.
- g) Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.
- j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.1.3. Prerrogativas

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).
- b) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).
- c) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.
- d) Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL

15.2.1. Responsabilidades

- a) Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT

definir outra divisão de responsabilidades.

d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.

e) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.

f) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal.

g) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.

h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.

i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.

j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.

l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.

m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

15.2.2. Requisitos

a) Comprovar o funcionamento do CMS.

b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.

c) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.

d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios.

e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.

f) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

g) Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.

h) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.

i) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

j) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.

k) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.

l) Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.

- m) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).
- n) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.2.3. Prerrogativas

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).
- b) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.
- c) Transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).
- d) Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.
- e) Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.
- f) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

16. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor estadual, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho. A habilitação dos estados 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 estados poderão habilitar-se em duas condições de gestão:

- a) GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL; e
- b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

Os estados que não aderirem ao processo de habilitação, permanecem na condição de gestão convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS, não fazendo jus às novas prerrogativas introduzidas por esta NOB, exceto ao PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS. Essa condição corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do Sistema, que foram progressivamente incorporadas pelas SES, não estando sujeita a procedimento específico de habilitação nesta NOB.

16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

- a) Elaboração da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação.
- b) Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo CES.
- c) Gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica.
- d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia.
- e) Organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.
- f) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o MS.
- g) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.
- h) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- i) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a

realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

j) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.

k) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.

l) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.

m) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.

n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB.

o) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal.

p) Execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS.

q) Apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

16.2. Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual

a) Comprovar o funcionamento do CES.

b) Comprovar o funcionamento da CIB.

c) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.

d) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, que deve conter:

- as metas pactuadas;
- a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
- as estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
- as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e
- os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações.

e) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.

f) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão.

g) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.

h) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto a contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.

i) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação em vigor.

j) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

k) Comprovar a criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde.

l) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

m) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica no estado.

16.3. GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL

16.3.1. Responsabilidades Específicas

- a) Contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual, contidos na FAE;
- b) Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados;
- c) Ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual;
- d) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.3.2. Requisitos Específicos

- a) Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.
- b) Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população.
- c) Dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.3.3. Prerrogativas

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes à Fração Assistencial Especializada (FAE) e ao Piso Assistencial Básico (PAB) relativos aos municípios não-habilitados.
- b) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
- c) Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).
- d) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.
- e) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

16.4. GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL

16.4.1. Responsabilidades Específicas

- a) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB.
- b) Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.4.2. Requisitos Específicos

- a) Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.
- b) Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto/custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.
- c) Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população.
- d) Dispor de 50% do valor do TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.4.3. Prerrogativas

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Teto Financeiro da Assistência (TFA), deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.
- b) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Índice de Valorização de Resultados (IVR).
- c) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.

- d) Transferência regular e automática do Índice de valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).
- e) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.
- f) Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima.
- g) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

17. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

17. 1. As responsabilidades que caracterizam cada uma das condições de gestão definidas nesta NOB constituem um elenco mínimo e não impedem a incorporação de outras pactuadas na CIB e aprovadas pelo CES, em especial aquelas já assumidas em decorrência da NOB-SUS Nº 01/93.

17.2. No processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas nesta NOB, são considerados os requisitos já cumpridos para habilitação nos termos da NOB-SUS Nº 01/93, cabendo ao município ou ao estado pleiteante a comprovação exclusiva do cumprimento dos requisitos introduzidos ou alterados pela presente Norma Operacional, observando os seguintes procedimentos:

17.2.1. para que os municípios habilitados atualmente nas condições de gestão incipiente e parcial possam assumir a condição plena da atenção básica definida nesta NOB, devem apresentar à CIB os seguintes documentos, que completam os requisitos para habilitação:

17.2.1.1. ofício do gestor municipal pleiteando a alteração na condição de gestão;

17.2.1.2. ata do CMS aprovando o pleito de mudança de habilitação;

17.2.1.3. ata das três últimas reuniões do CMS;

17.2.1.4. extrato de movimentação bancária do Fundo Municipal de Saúde relativo ao trimestre anterior à apresentação do pleito;

17.2.1.5. comprovação, pelo gestor municipal, de condições técnicas para processar o SIA/SUS;

17.2.1.6. declaração do gestor municipal comprometendo-se a alimentar, junto à SES, o banco de dados nacional do SIA/SUS;

17.2.1.7. proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal;

17.2.1.8. comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos coberto pelo PAB; e

17.2.1.9. ata de aprovação do relatório de gestão no CMS;

17.2.2. para que os municípios habilitados atualmente na condição de gestão semiplena possam assumir a condição de gestão plena do sistema municipal definida nesta NOB, devem comprovar à CIB:

17.2.2.1. a aprovação do relatório de gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente;

17.2.2.2. a existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio município ou contratados de outro gestor municipal;

17.2.2.3. a estruturação do componente municipal do SNA; e

17.2.2.4.a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o município não atenda a esse requisito, pode ser enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1;

17.2.3. os estados habilitados atualmente nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a comprovação dos requisitos adicionais relativos à nova condição pleiteada na presente NOB.

17.3. A habilitação de municípios à condição de gestão plena da atenção básica é decidida na CIB dos estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, cabendo recurso ao CES. A SES respectiva deve informar ao MS a habilitação procedida, para fins de formalização por portaria, observando as disponibilidades financeiras para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes. No que se refere à gestão plena do sistema municipal, a habilitação dos municípios é decidida na CIT, com base em relatório da CIB e formalizada em ato da SAS/MS. No caso dos estados categorizados na condição de gestão convencional, a habilitação dos municípios a qualquer das condições de gestão será decidida na CIT, com base no processo de avaliação elaborado e encaminhado pela CIB, e formalizada em ato do MS.

17.4. A habilitação de estados a qualquer das condições de gestão é decidida na CIT e formalizada em ato do MS, cabendo recurso ao CNS.

17.5. Os instrumentos para a comprovação do cumprimento dos requisitos para habilitação ao conjunto das condições de gestão de estados e municípios, previsto nesta NOB, estão sistematizados no ANEXO I.

17.6. Os municípios e estados habilitados na forma da NOB-SUS N° 01/93 permanecem nas respectivas condições de gestão até sua habilitação em uma das condições estabelecidas por esta NOB, ou até a data limite a ser fixada pela CIT.

17.7. A partir da data da publicação desta NOB, não serão procedidas novas habilitações ou alterações de condição de gestão na forma da NOB-SUS N° 01/93. Ficam excetuados os casos já aprovados nas CIB, que devem ser protocolados na CIT, no prazo máximo de 30 dias.

17.8. A partir da publicação desta NOB, ficam extintos o Fator de Apoio ao Estado, o Fator de Apoio ao Município e as transferências dos saldos de teto financeiro relativos às condições de gestão municipal e estadual parciais, previstos, respectivamente, nos itens 3.1.4; 3.2; 4.1.2 e 4.2.1 da NOB-SUS N° 01/93.

17.9. A permanência do município na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pela SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

17.10. De maneira idêntica, a permanência do estado na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pelo MS e submetido à apreciação da CIT, tendo por base critérios estabelecidos por esta Comissão e aprovados pelo CNS.

17.11. O gestor do município habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica que ainda não dispõe de serviços suficientes para garantir, à sua população, a totalidade de procedimentos cobertos pelo PAB, pode negociar, diretamente, com outro gestor municipal, a compra dos serviços não disponíveis, até que essa oferta seja garantida no próprio município.

17.12. Para implantação do PAB, ficam as CIB autorizadas a estabelecer fatores diferenciados de

ajuste até um valor máximo fixado pela CIT e formalizado por portaria do Ministério (SAS/MS). Esses fatores são destinados aos municípios habilitados, que apresentam gastos per capita em ações de atenção básica superiores ao valor per capita nacional único (base de cálculo do PAB), em decorrência de avanços na organização do sistema. O valor adicional atribuído a cada município é formalizado em ato próprio da SES.

17.13. O valor per capita nacional único, base de cálculo do PAB, é aplicado a todos os municípios, habilitados ou não nos termos desta NOB. Aos municípios não habilitados, o valor do PAB é limitado ao montante do valor per capita nacional multiplicado pela população e pago por produção de serviço.

17.14. Num primeiro momento, em face da inadequação dos sistemas de informação de abrangência nacional para aferição de resultados, o IVR é atribuído aos estados a título de valorização de desempenho na gestão do Sistema, conforme critérios estabelecidos pela CIT e formalizados por portaria do Ministério (SAS/MS).

17.15. O MS continua efetuando pagamento por produção de serviços (relativos aos procedimentos cobertos pelo PAB) diretamente aos prestadores, somente no caso daqueles municípios não-habilitados na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.16. Também em relação aos procedimentos cobertos pela FAE, o MS continua efetuando o pagamento por produção de serviços diretamente a prestadores, somente no caso daqueles municípios habilitados em gestão plena da atenção básica e os não habilitados, na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.17. As regulamentações complementares necessárias à operacionalização desta NOB são objeto de discussão e negociação na CIT, observadas as diretrizes estabelecidas pelo CNS, com posterior formalização, mediante portaria do MS.

SIGLAS UTILIZADAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COFINS - Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

FAE - Fração Assistencial Especializada

FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa

FNS - Fundação Nacional de Saúde

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

IVH-E - Índice de Valorização Hospitalar de Emergência

IVISA - Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária

IVR - Índice de Valorização de Resultados

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica
PAB - Piso Assistencial Básico.
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDAVS - Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PSF - Programa de Saúde da Família
SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SNA - Sistema Nacional de Auditoria
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância Sanitária
TFA - Teto Financeiro da Assistência
TFAE - Teto Financeiro da Assistência do Estado
TFAM - Teto Financeiro da Assistência do Município
TFECD - Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
TFG - Teto Financeiro Global
TFGE - Teto Financeiro Global do Estado
TFGM - Teto Financeiro Global do Município
TFVS - Teto Financeiro da Vigilância Sanitária

Fonte: www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legislação/nob96.htm

ANEXO 2

Portaria n.º 2258/GM Em 10 de dezembro de 2002.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando:
o preconizado na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/02;
a decisão da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em reunião ordinária de 19 de setembro de 2002; resolve:

Art. 1º Habilitar os Municípios do Estado de São Paulo, conforme o anexo desta Portaria, na condição de Gestão Plena da Atenção Básica - Ampliada e publicar os respectivos valores financeiros relativos à parte fixa do Piso da Atenção Básica- Ampliada - PAB-A.

Parágrafo único. Os Municípios relacionados nesta Portaria farão jus à parcela mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) dos valores publicados, com vigência a partir de 1º de dezembro de 2002.

Art. 2º Considerar os referidos Municípios qualificados para receberem os recursos relativos ao incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária no valor de R\$ 0,25 (vinte e cinco centavos) por habitante ao ano.

Parágrafo único. Os Municípios farão jus à parcela mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) do valor referido neste artigo.

Art. 3º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, dos valores mensais para os fundos municipais de saúde correspondentes.

Art. 4º Determinar que os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

10.301.0001.0587 – Atendimento Assistencial Básico com o Piso da Atenção Básica – PAB FIXO

10.304.0010.0595 – Incentivo financeiro a Município habilitado à parte variável do Piso da Atenção Básica para Ações Básicas de Vigilância Sanitária – PAB-VS

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, com efeitos financeiros vigentes a partir de 1º de dezembro de 2002.

BARJAS NEGRI

Plena de Atenção Básica - Ampliada

IBGE	MUNICÍPIO	PAB-A ANUAL
350160	Americana	1.948.296,00
350320	Araraquara	1.943.172,00
350380	Artur Nogueira	365.211,00
350400	Assis	929.617,50
350490	Bananal	102.774,00
350570	Barueri	2.283.855,00
350600	Bauru	3.386.817,00
350840	Cabreúva	365.799,00
351370	Descalvado	308.364,00
351380	Diadema	3.807.961,50
351540	Fartura	158.445,00
351907	Hortolândia	1.677.364,50
351810	Guarantã	71.778,00
351960	Ibitinga	500.052,00
352215	Itaóca	33.285,00
352220	Itapecerica da Serra	1.412.239,50
352270	Itápolis	402.360,00
352400	Itupeva	284.991,00
352585	Jumirim	23.782,50
352590	Jundiaí	3.432.607,50
352640	Laranjal Paulista	235.641,00
353470	Ourinhos	1.006.540,50
353530	Palmital	219.912,00
354390	Rio Claro	1.803.385,50
354730	Santana de Parnaíba	832.230,00
354870	São Bernardo do Campo	7.536.795,00
354910	São João da Boa Vista	821.131,50
354970	São José do Rio Pardo	532.413,00
354990	São José dos Campos	5.783.001,00
355020	São Miguel Arcanjo	330.015,00
355070	São Sebastião	638.736,00
355330	Tambaú	236.523,00
355640	Vargem Grande do Sul	390.904,50
355650	Várzea Paulista	1.003.642,50

ANEXO 3

Morbidade Hospitalar do SUS – Classificação Internacional de Doenças
CID-9 : Capítulos

I	Doenças infecciosas e parasitárias
II	Neoplasmas
III	Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários
IV	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos
V	Transtornos mentais
VI	Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos
VII	Doenças do aparelho circulatório
VIII	Doenças do aparelho respiratório
IX	Doenças do aparelho digestivo
X	Doenças do aparelho geniturinário
XI	Complicações da gravidez, do parto e do puerpério
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
XIV	Anomalias congênitas
XV	Algumas afecções originadas no período perinatal
XVI	Sintomas, sinais e afecções mal definidas
XVII	Lesões e envenenamentos
	Classificação suplementar de causas externas de lesões e envenenamentos
Supl ⁷⁴	Classificação suplementar de fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde
Ign ⁷⁵	CID não especificado ou inválido

Morbidade Hospitalar do SUS - CID-9

Lista Básica de Tabulação

A Lista Básica de Tabulação - LBT, apresentada no volume I da Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, às páginas 784 a 795, corresponde aos 56 agrupamentos de doenças, incluindo as rubricas para as **Causas Externas de Lesões e Envenenamentos** e para os **Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com os serviços de saúde**.

Esta mesma classificação é apresentada como maiores detalhes, na [Lista Estendida de Tabulação](#) apresentada no anexo seguinte.

I. Doenças infecciosas e parasitárias

Doenças infecciosas intestinais

Tuberculose

Outras doenças bacterianas

Doenças virais

Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes

Doenças venéreas

Outras doenças infecciosas e parasitárias e efeitos tardios de doenças infecciosas e parasitárias

II. Neoplasmas (tumores)

⁷⁴ Suplementar

⁷⁵ Ignorado

Neoplasma maligno do lábio, da boca e da faringe
Neoplasma maligno dos órgãos digestivos e do peritônio
Neoplasma maligno dos órgãos respiratórios e intratorácicos
Neoplasma maligno dos ossos, do tecido conjuntivo, da pele e da mama
Neoplasma maligno dos órgãos geniturinários
Neoplasma maligno de outras localizações e das não especificadas
Neoplasma maligno dos tecidos linfático e hematopoético
Neoplasma benigno
Carcinoma in situ
Outros neoplasmas e os não especificados

III. Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários

Doenças endócrinas e metabólicas e transtornos imunitários
Deficiências nutricionais

IV. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos

V. Transtornos mentais

VI. Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos

Doenças do sistema nervoso
Transtornos do olho e anexos
Doenças do ouvido e da apófise mastóide

VII. Doenças do aparelho circulatório

Febre reumática e doença reumática do coração
Doença hipertensiva
Doença isquêmica do coração
Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração
Doença cerebrovascular
Outras doenças do aparelho circulatório

VIII. Doenças do aparelho respiratório

Doenças do trato respiratório superior
Outras doenças do aparelho respiratório

IX. Doenças do aparelho digestivo

Doenças da boca, glândulas salivares e dos maxilares
Doenças de outras partes do aparelho digestivo

X. Doenças do aparelho geniturinário

Doenças do aparelho urinário
Doenças dos órgãos genitais masculinos
Doenças dos órgãos genitais femininos

XI. Complicações da gravidez, do parto e do puerpério

Aborto
Causas obstétricas diretas
Causas obstétricas indiretas
Parto normal

XII. Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo

XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo

XIV. Anomalias congênitas

XV. Algumas afecções originadas no período perinatal

XVI. Sintomas, sinais e afecções mal definidas

XVII. Lesões e envenenamentos

Fraturas
Luxações, entorses e contusões
Lesões intracranianas e internas, incluindo nervos
Ferimentos e lesões traumáticas dos vasos sangüíneos
Efeitos de corpos estranhos que penetram por um orifício natural
Queimaduras

Envenenamentos e efeitos tóxicos
Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos
Outras lesões e complicações indiretas de traumatismos
Efeitos tardios de lesões, envenenamentos, tóxicos e de outras causas externas
SUPLEMENTAR. Classificação suplementar de causas externas de lesões e de envenenamentos
Acidentes de transporte
Envenenamento acidental
Acidentes provocados em pacientes durante procedimento médico, reações anormais, complicações tardias
Quedas acidentais
Acidentes causados por fogo e chama
Outros acidentes, incluindo efeitos tardios
Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica
Suicídios e lesões auto-infligidas
Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas
Outras violências
SUPLEMENTAR . Classificação suplementar de fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde
IGNORADO. CID não especificado ou inválido

Fonte: DATASUS; Notas Técnicas; CID-9

Morbidade Hospitalar do SUS

CID-9

Lista Estendida de Tabulação

A Lista Estendida de Tabulação corresponde à [Lista Básica de Tabulação](#), no maior nível de detalhamento apresentado no Volume I da Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão, sendo que alguns agrupamentos foram desmembrados, com o objetivo de obter informações mais adequadas à realidade brasileira. Estes casos têm as seguintes características:

Algumas extensões das subcategorias, assinaladas com *, só contém dados a partir de 1992. Para os anos anteriores, os dados aparecem na categoria imediatamente superior, não marcada com *. Exemplo: antes de 1992, os dados relativos a leptospirose (categoria 070.1) não estão identificados, estando incluídos na categoria 070.

Doenças infecciosas intestinais

Cólera

Febre tifóide

Shigelose

Intoxicação alimentar

Amebíase

Infecções intestinais devidas a outros microorganismos especificados

Infecções intestinais mal definidas

Febre paratifóide

Tuberculose

Tuberculose pulmonar

Outras tuberculosas respiratórias

Tuberculose das meninges e do sistema nervoso central

Tuberculose do intestino, peritônio e gânglios mesentéricos

Tuberculose dos ossos e das articulações

Tuberculose do aparelho geniturinário

Tuberculose de outros órgãos e tuberculose miliar

Tuberculose de outros órgãos

Tuberculose miliar

Outras doenças bacterianas

Peste

Brucelose

Hanseníase

Difteria

Coqueluche

Angina estreptocócica, escarlatina e erisipela

Infecção meningocócica

Tétano

Septicemia

Zoonoses causadas por bactérias não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Outras doenças bacterianas não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Doenças virais

Poliomielite aguda

Variola

Sarampo

Rubéola

Febre amarela

Encefalite transmitida por artrópodes

Hepatite por vírus

Raiva

Tracoma

Outras viroses do sistema nervoso central não transmitidas por artrópodes

Meningite devida a enterovírus e outras viroses do sistema nervoso central não transmitidas por artrópodes

Infecções do sistema nervoso central devidas a vírus lentos e outras doenças do sistema nervoso central devidas a enterovírus

Doenças virais acompanhadas de exantema não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Viroses transmitidas por artrópodes não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Dengue

Viroses transmitidas por artrópodes não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Outras doenças devidas a vírus e por clamídias não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes

Tifo transmitido por piolhos

Outras rickettsioses

Malária

Leishmaniose

Tripanossomíase

Febre recorrente e outras doenças transmitidas por artrópodes

Doenças venéreas

Sífilis

Infecções gonocócicas

Outras doenças venéreas

Outras doenças infecciosas e parasitárias e efeitos tardios de doenças infecciosas e parasitárias

Doenças espiroquetósicas não sifilíticas

Leptospirose

Doenças espiroquetósicas não sifilíticas (exceto leptospirose)

Micoses

Infecção blastomicótica

Outras micoses

Esquistossomíase

Equinococose

Filaríase e dracontíase

Ancilostomíase e necatoríase

Outras helmintíases

Efeitos tardios da tuberculose

Efeitos tardios da poliomielite aguda
Outras doenças infecciosas e parasitárias
Efeitos tardios de doenças infecciosas e parasitárias
Neoplasma maligno do lábio, da boca e da faringe
Neoplasma maligno dos órgãos digestivos e do peritônio
Neoplasma maligno do esôfago
Neoplasma maligno do estômago
Neoplasma maligno do intestino delgado, inclusive o duodeno
Neoplasma maligno do cólon
Neoplasma maligno do reto, junção reto-sigmóide e ânus
Neoplasma maligno do fígado, especificado como primário
Neoplasma maligno do pâncreas
Neoplasmas malignos dos órgãos digestivos e do peritônio não abrangidos pelos agrupamentos anteriores
Neoplasma maligno dos órgãos respiratórios e intratorácicos
Neoplasma maligno da laringe
Neoplasma maligno da traquéia, brônquios e pulmão
Neoplasmas malignos dos órgãos respiratórios e intratorácicos não abrangidos pelos agrupamentos anteriores
Neoplasma maligno dos ossos, do tecido conjuntivo, da pele e da mama
Neoplasma maligno dos ossos e das cartilagens articulares
Melanoma maligno da pele
Outros neoplasmas malignos da pele
Neoplasma maligno da mama feminina
Neoplasmas malignos do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles e neoplasma maligno da mama masculina
Neoplasma maligno dos órgãos geniturinários
Neoplasma maligno do colo do útero
Neoplasma maligno da placenta
Neoplasma maligno do útero, outras localizações e as não especificadas
Neoplasma maligno do ovário e outros anexos do útero
Neoplasma maligno da próstata
Neoplasma maligno do testículo
Neoplasma maligno da bexiga urinária
Neoplasmas malignos dos órgãos geniturinários não abrangidos pelos agrupamentos anteriores
Neoplasma maligno de outras localizações e das não especificadas
Neoplasma maligno do encéfalo
Neoplasmas malignos de outras localizações e das não especificadas (exceto encéfalo)
Neoplasma maligno dos tecidos linfático e hematopoético
Doença de Hodgkin
Leucemia
Neoplasmas malignos dos tecidos linfático e hematopoético não abrangidos pelos agrupamentos anteriores
Neoplasma benigno
Neoplasma benigno da pele
Neoplasma benigno da mama
Neoplasma benigno do útero
Neoplasma benigno do ovário
Neoplasma benigno do rim e de outros órgãos do aparelho geniturinário
Neoplasma benigno do sistema nervoso
Neoplasma benigno da glândula tireóide
Neoplasmas benignos não abrangidos pelos agrupamentos anteriores
Carcinoma in situ
Outros neoplasmas e os não especificados
Neoplasmas de comportamento incerto
Neoplasmas de natureza não especificada
Doenças endócrinas e metabólicas e transtornos imunitários
Transtornos da glândula tireóide
Diabetes mellitus

Hiperlipoproteinemia
Obesidade de origem não endócrina
Doenças de outras glândulas endócrinas (exceto diabetes mellitus)
Transtornos do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico
Outros transtornos metabólicos e transtornos imunitários não abrangidos pelos agrupamentos anteriores

Deficiências nutricionais

Kwashiorkor
Marasmo nutricional
Outras formas de desnutrição protéico-calórica
Avitaminoses

Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos

Anemias
Anemias por deficiências de ferro, outras anemias por deficiência e outras anemias e as não especificadas
Anemias hemolíticas hereditárias, anemias hemolíticas adquiridas e anemia aplástica
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos não abrangidos pelos agrupamentos anteriores

Transtornos mentais

Quadros psicóticos orgânicos senis e pré-senis
Psicoses esquizofrênicas
Psicoses afetivas
Estados paranóides, outras psicoses não-orgânicas e psicoses específicas da infância
Psicoses alcoólicas, psicoses por drogas, quadros psicóticos orgânicos transitórios e outros quadros psicóticos orgânicos
Transtornos neuróticos e transtornos da personalidade
Síndrome da dependência do álcool
Dependência de drogas
Disfunções fisiológicas originadas em fatores mentais
Oligofrenias
Transtornos mentais não abrangidos pelos agrupamentos anteriores

Doenças do sistema nervoso

Meningite
Meningite bacteriana e meningite de causa não especificada
Meningite devida a outros microorganismos
Doença de Parkinson
Outros transtornos degenerativos e hereditários do sistema nervoso central
Esclerose múltipla
Paralisia cerebral infantil e outras síndromes paralíticas
Epilepsia
Doenças inflamatórias do sistema nervoso central não abrangidas pelos agrupamentos anteriores
Transtornos do sistema nervoso autônomo
Outros transtornos do sistema nervoso central não abrangidos pelos agrupamentos anteriores
Transtornos do sistema nervoso periférico

Transtornos do olho e anexos

Glaucoma
Catarata
Cegueira e visão subnormal
Conjuntivite
Transtornos do aparelho lacrimal
Estrabismo e outros transtornos da mobilidade ocular
Transtornos do olho e anexos não abrangidos pelos agrupamentos anteriores

Doenças do ouvido e da apófise mastóide

Otite média e mastoidite
Surdez
Doenças do ouvido e da apófise mastóide não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Febre reumática e doença reumática do coração

Febre reumática aguda

Doença reumática crônica do coração

Doença hipertensiva

Doença hipertensiva do coração

Hipertensão essencial

Doença renal hipertensiva e hipertensão secundária

Doença isquêmica do coração

Infarto agudo do miocárdio

Outras formas agudas e subagudas da doença isquêmica do coração

Infarto antigo do miocárdio e outras formas de doença isquêmica do coração

Angina do peito

Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração

Embolia pulmonar

Disritmias cardíacas

Doenças da circulação pulmonar não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Insuficiência cardíaca

Outras formas de doença do coração não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Doença cerebrovascular

Hemorragia subaracnoidiana

Hemorragia cerebral e outras hemorragias intracranianas

Infarto cerebral

Doença cerebrovascular aguda, porém mal definida

Aterosclerose cerebral

Doenças cerebrovasculares não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Outras doenças do aparelho circulatório

Aterosclerose

Embolia e trombose arteriais

Outras doenças das artérias, arteríolas e capilares

Flebite, tromboflebite, embolia venosa e trombose

Veias varicosas das extremidades inferiores

Hemorroidas

Outras doenças do aparelho circulatório não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Doenças do trato respiratório superior

Amigdalite aguda

Laringite e traqueíte agudas

Outras infecções agudas do trato respiratório superior

Desvio do septo nasal e pólipos nasais

Faringite, nasofaringite e sinusite crônicas

Doenças crônicas das amígdalas e adenóides

Doenças do trato respiratório superior não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Outras doenças do aparelho respiratório

Bronquite e bronquiolite agudas

Pneumonia

Gripe

Bronquite, crônica e não especificada, enfisema e asma

Bronquectasia

Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas

Pneumoconiose e outras doenças pulmonares devidas a agentes externos

Pneumoconiose e certas doenças pulmonares devidas a agentes externos

Pneumonite devida a sólidos e líquidos

Pleuris

Outras doenças do aparelho respiratório (exceto pleuris)

Outras doenças do pulmão

Outras doenças do aparelho respiratório não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Doenças da boca, glândulas salivares e dos maxilares

Doenças dos dentes e das estruturas de sustentação

Doenças dos maxilares

Doenças das glândulas salivares e doenças e outras afecções da língua

Doenças dos tecidos moles da boca, exceto lesões específicas da gengiva e da língua

Doenças de outras partes do aparelho digestivo

Doenças do esôfago

Úlcera do estômago e do duodeno

Apendicite

Hérnia da cavidade abdominal

Obstrução intestinal sem menção de hérnia

Divertículos do intestino

Outros transtornos digestivos funcionais

Doença crônica do fígado e cirrose

Colelitíase e colecistite

Úlcera gastroyejunal, transtornos da função gástrica e outros transtornos do estômago e do duodeno

Gastrite e duodenite

Enterite regional, proctolite idiopática e insuficiência vascular do intestino

Outras gastroenterites e colites não infecciosas

Outras doenças dos intestinos e do peritônio não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Hemorragia gastrointestinal

Doenças de outras partes do aparelho digestivo não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Doenças do aparelho urinário

Nefrite, síndrome nefrótica e nefrose

Infecções do rim

Cálculos urinários

Cistite

Doenças do aparelho urinário não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Doenças dos órgãos genitais masculinos

Hiperplasia da próstata

Hidrocele

Hipertrofia do prepúcio e fimose

Infertilidade masculina

Orquite e epididimite

Outros transtornos dos órgãos genitais masculinos

Doenças inflamatórias da próstata, outras afecções da próstata e doenças do pênis

Doenças dos órgãos genitais femininos

Doenças da mama

Salpingite e ooforite

Doenças inflamatórias do tecido celular e do peritônio pélvicos

Doenças inflamatórias do útero, da vagina e da vulva

Prolapso útero-vaginal

Transtornos menstruais

Infertilidade feminina

Transtornos não inflamatórios do ovário, da trompa de Falópio e do ligamento largo

Afecções do útero não classificadas em outra parte

Outras hemorragias anormais do trato genital feminino

Outros transtornos do trato genital feminino não abrangidos pelos agrupamentos anteriores

Aborto

Aborto espontâneo

Aborto induzido por indicações admitidas legalmente

Aborto induzido sem indicações admitidas legalmente

Aborto retido

Aborto não especificado

Abortos não abrangidos pelos agrupamentos anteriores

Causas obstétricas diretas

Hemorragia no início da gravidez, hemorragia anteparto, deslocamento prematuro da placenta e placenta prévia

Hemorragia pós-parto
Toxemia gravídica
Infecções do trato geniturinário na gravidez
Trabalho de parto obstruído
Complicações do puerpério
Trabalho de parto prematuro ou falso
Má posição e má apresentação do feto
Desproporção
Anormalidade dos órgãos e dos tecidos moles da pelve
Outros problemas fetais e da placenta que afetam a conduta em relação à mãe
Anormalidade da contração uterina no trabalho de parto (distócia funcional)
Trauma do períneo e da vulva durante o parto
Outras complicações do trabalho de parto e do parto, não classificadas em outra parte
Hipertensão complicando a gravidez, o parto e o puerpério não abrangidas pelos agrupamentos anteriores, gravidez prolongada e outras complicações da gravidez não abrangidas pelos agrupamentos anteriores
Outras indicações de assistência na gravidez, no trabalho de parto e no parto não abrangidas pelos agrupamentos anteriores
Complicações que ocorrem principalmente durante o trabalho de parto e o parto não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Causas obstétricas indiretas

Parto normal

Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo

Infecções da pele e do tecido celular subcutâneo
Outras afecções inflamatórias da pele e do tecido celular subcutâneo
Úlcera crônica da pele
Outras doenças da pele e do tecido celular subcutâneo (exceto úlcera crônica da pele)

Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo

Artrite reumatóide, exceto da coluna vertebral
Outras artropatias
Outros transtornos das articulações
Espondilite ancilosante
Outras dorsopatias
Reumatismo, excluindo o dorso
Ostemielite, periostite e outras infecções que atingem os ossos
Deformidades adquiridas nos membros
Doenças do tecido osteomuscular e do tecido conjuntivo não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Anomalias congênitas

Espinha bífida e hidrocefalia
Outras deformidades do sistema nervoso central
Anomalias congênitas do coração e do aparelho circulatório
Fissura da abóbada palatina e lábio leporino
Outras deformidades do aparelho digestivo
Testículo retido
Luxação congênita do quadril
Outras anomalias congênitas do sistema osteomuscular
Anomalias congênitas não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Algumas afecções originadas no período perinatal

Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido
Complicações obstétricas que afetam o feto ou o recém-nascido
Crescimento fetal retardado, má nutrição fetal e prematuridade
Trauma de parto
Hipóxia, asfixia ao nascer e outras afecções respiratórias
Doença hemolítica do feto ou do recém-nascido
Algumas afecções originadas no período perinatal não abrangidas pelos agrupamentos anteriores
Tétano neonatal

Infecções específicas do período perinatal

Algumas afecções originadas no período perinatal não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Sintomas, sinais e afecções mal definidas

Hipertermia de origem desconhecida

Sintomas relacionados ao coração

Cólica renal

Retenção urinária

Dor abdominal

Senilidade sem menção de psicose

Síndrome da morte súbita na infância

Falência respiratória

Sintomas gerais (exceto hipertermia de origem desconhecida)

Gangrena, choque sem menção de trauma, hipertrofia dos gânglios linfáticos e outros

Sintomas relativos ao aparelho respiratório e outros sintomas torácicos

Sintomas relativos ao aparelho digestivo

Sintomas relativos ao aparelho urinário (exceto cólica renal e retenção urinária)

Sintomas não abrangidos pelos agrupamentos anteriores

Achados anormais não específicos

Morte súbita de causa desconhecida (exceto síndrome da morte súbita na infância) e outras causas mal definidas e desconhecidas de morbidade e mortalidade (exceto falência respiratória)

Fraturas

Fratura do crânio e da face

Fratura do pescoço e do tronco

Fratura do úmero, rádio e cúbito

Fratura do colo do fêmur

Fratura de outras partes do fêmur

Fratura da tíbia, perônio e tornozelo

Fratura do membro superior (exceto do úmero, rádio e cúbito)

Fratura da rótula, de um ou mais ossos do tarso e do metatarso e de ossos não especificados

Fraturas não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Luxações, entorses e contusões

Luxações

Entorses e distensões das articulações e dos músculos adjacentes

Lesões intracranianas e internas, incluindo nervos

Concussão

Traumatismos intracranianos, exceto os associados com fraturas do crânio e concussão do cérebro

Traumatismo do nervo e das vias ópticas e de outros nervos cranianos

Traumatismos internos do tórax, do abdome e da bacia

Traumatismos da medula espinhal

Ferimentos e lesões traumáticas dos vasos sanguíneos

Ferimento do olho, ouvido e cabeça

Ferimento de membro superior

Ferimento de membro inferior

Ferimento do pescoço e tronco

Lesões traumáticas dos vasos sanguíneos

Efeitos de corpos estranhos que penetram por um orifício natural

Queimaduras

Queimadura limitada ao olho e seus anexos

Queimadura do punho e mão

Queimadura de múltiplas partes especificadas

Queimadura classificada segundo a extensão da superfície corpórea atingida

Queimaduras não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Envenenamentos e efeitos tóxicos

Envenenamentos e efeitos tóxicos devidos a agentes medicinais

Efeito tóxico do álcool

Efeito tóxico de substâncias nocivas ingeridas como alimento
Efeito tóxico de outras substâncias de origem não predominantemente medicinal
Efeitos tóxicos de substâncias de origem não predominantemente medicinal não abrangidos pelos agrupamentos anteriores

Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos

Outras lesões e complicações indiretas de traumatismos

Lesões superficiais

Contusões sem alteração da superfície cutânea

Lesões por esmagamento

Algumas complicações traumáticas e traumatismos não especificados

Outras lesões e complicações indiretas de traumatismos

Efeitos tardios de lesões, envenenamentos, tóxicos e de outras causas externas

Acidentes de transporte

Acidentes de estrada de ferro

Acidentes de trânsito de veículos a motor

Acidentes de outros veículos de estrada

Acidentes em transporte por água

Acidentes em transporte aéreo e espacial

Acidentes de trânsito de veículos a motor, exceto os de trânsito

Acidentes de veículos não classificados em outra parte

Envenenamento acidental

Envenenamento acidental por drogas, medicamentos e substâncias biológicas

Envenenamento acidental por outras substâncias sólidas e líquidas

Envenenamento acidental por gases e vapores

Acidentes provocados em pacientes durante procedimento médico, reações anormais, complicações tardias

Acidentes provocados em pacientes durante prestação de cuidados médicos e cirúrgicos

Reação anormal em paciente ou complicação tardia, causadas por procedimentos cirúrgicos e médicos, sem menção de acidente ao tempo de procedimento

Quedas acidentais

Quedas acidentais

Fratura de causa não especificada

Quedas acidentais, exceto fratura de causa não especificada

Acidentes causados por fogo e chama

Outros acidentes, incluindo efeitos tardios

Acidentes devidos a fatores naturais e ambientais

Afogamento e submersão acidentais

Penetração acidental de corpo estranho em um orifício natural

Acidentes causados por maquinaria, e instrumentos cortantes e penetrantes

Acidentes causados por armas de fogo

Aspiração e ingestão que provoque obstrução do trato respiratório ou sufocação e sufocação mecânica acidental

Outros acidentes não abrangidos pelos agrupamentos anteriores

Acidentes causados pela corrente elétrica

Outros acidentes

Efeitos tardios de lesão acidental

Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica

Suicídios e lesões auto-infligidas

Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas

Outras violências

Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas

Lesões resultantes de operações de guerra

Outras violências não abrangidas pelos agrupamentos anteriores

Classificação suplementar de fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde

Supervisão de gravidez e puerpério

Classificação de crianças nascidas vivas e sadias

Pessoas que entram em contato com serviços de saúde a fim de receberem procedimentos específicos ou para seguimento

Pessoas que entram em contato com serviços de saúde por motivos psicossociais

Exames e investigações de indivíduos e populações

Indivíduos com risco potencial à saúde relacionado às doenças transmissíveis

Indivíduos com risco potencial à saúde relacionado a antecedentes de história pessoal ou familiar

Indivíduos que entram em contato com serviços de saúde em circunstâncias relacionadas à reprodução e ao desenvolvimento, não abrangidos pelos agrupamentos anteriores

Indivíduos que apresentam condições que influenciam seu estado de saúde

Indivíduos que entram em contato com serviços de saúde em outras circunstâncias, não abrangidos pelos agrupamentos anteriores

CID não especificado ou inválido

Fonte: DATASUS; Notas Técnicas; CID-9

ANEXO 4

Morbidade Hospitalar do SUS – Classificação Internacional de Doenças

CID-10 : Capítulos

- I Algumas doenças infecciosas e parasitárias
- II Neoplasmas [tumores]
- III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
- IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
- V Transtornos mentais e comportamentais
- VI Doenças do sistema nervoso
- VII Doenças do olho e anexos
- VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide
- IX Doenças do aparelho circulatório
- X Doenças do aparelho respiratório
- XI Doenças do aparelho digestivo
- XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo
- XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
- XIV Doenças do aparelho geniturinário
- XV Gravidez, parto e puerpério
- XVI Algumas afecções originadas no período perinatal
- XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
- XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
- XIX Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas
- XX Causas externas de morbidade e de mortalidade
- XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde
- ** CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido ou inválido

Morbidade Hospitalar do SUS

CID-10

Lista de Tabulação para Morbidade

Lista de Tabulação para Morbidade é apresentada no volume I da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão, 2ª edição, formato grande, às páginas 1225 a 1235.

Como esta classificação não abrangia as causas V01 a Y98, foram inseridos códigos da Lista de tabulação de mortalidade nº 1 (páginas 1213 a 1216).

Alguns agrupamentos, como malária, tuberculoses respiratórias etc., foram subdivididos para atender necessidades específicas da realidade brasileira. Estas subdivisões estão discriminadas com um subcódigo.

Algumas doenças infecciosas e parasitárias

Cólera

Febres tifóide e paratifóide

Shigelose

Amebíase

Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível

Outras doenças infecciosas intestinais

Tuberculose respiratória

Tuberculose pulmonar

Outras tuberculoses respiratórias

Outras tuberculoses

Tuberculose do sistema nervoso

Tuberculose do intestino, do peritônio e dos gânglios mesentéricos

Tuberculose óssea e das articulações

Tuberculose do aparelho geniturinário

Tuberculose miliar

Restante de outras tuberculoses
Peste
Brucelose
Hanseníase [lepra]
Tétano neonatal
Outros tétanos
Difteria
Coqueluche
Infecção meningocócica
Septicemia
Outras doenças bacterianas
Leptospirose icterohemorrágica
Outras formas de leptospirose
Leptospirose não especificada
Restante de outras doenças bacterianas
Sífilis congênita
Sífilis precoce
Outras sífilis
Infecção gonocócica
Doenças por clamídias transmitidas por via sexual
Outras infecções com transmissão predominantemente sexual
Febres recorrentes
Tracoma
Tifo exantemático
Poliomielite aguda
Raiva
Encefalite viral
Febre amarela
Outras febre por arbovírus e febres hemorrágicas por vírus
Dengue [dengue clássico]
Febre hemorrágica devida ao vírus da dengue
Restante de outras febre por arbovírus e febres hemorrágicas por vírus
Infecções pelo vírus do herpes
Varicela e herpes zoster
Sarampo
Rubéola
Hepatite aguda B
Outras hepatites virais
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]
Caxumba [parotidite epidêmica]
Outras doenças virais
Meningite viral
Restante de outras doenças virais
Micoses
Malária
Malária por *Plasmodium falciparum*
Malária por *Plasmodium vivax*
Malária por *Plasmodium malariae*
Outras formas de malária confirmadas por exames parasitológicos
Malária não especificada
Leishmaniose
Leishmaniose visceral
Leishmaniose cutânea
Leishmaniose cutâneo-mucosa
Leishmaniose não especificada

Tripanossomíase
Esquistossomose
Outras infestações por trematódeos
Equinococose
Dracunculíase
Oncocercose
Filariose
Ancilostomíase
Outras helmintíases
Seqüelas de tuberculose
Seqüelas de poliomielite
Seqüelas de hanseníase [lepra]
Outras doenças infecciosas e parasitárias
Neoplasias [tumores]
Neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe
Neoplasia maligna do esôfago
Neoplasia maligna do estômago
Neoplasia maligna do cólon
Neoplasia maligna da junção reto sigmoidéide, reto, ânus e canal anal
Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas
Neoplasia maligna do pâncreas
Outras neoplasias malignas de órgãos digestivos
Neoplasias malignas de laringe
Neoplasia maligna de traquéia, dos brônquios e dos pulmões
Outras neoplasias malignas de órgãos respiratórios e intratorácicos
Neoplasia maligna do osso e da cartilagem articular
Neoplasia maligna da pele
Outras neoplasias malignas da pele
Neoplasias malignas do tecido mesotelial e tecidos moles
Neoplasia maligna da mama
Neoplasia maligna do colo do útero
Neoplasia maligna de outras porções e de porções não especificadas do útero
Outras neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos
Neoplasia maligna da próstata
Outras neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos
Neoplasia maligna da bexiga
Outras neoplasias malignas do trato urinário
Neoplasia maligna dos olhos e anexos
Neoplasia maligna do encéfalo
Neoplasia maligna de outras partes do sistema nervoso central
Neoplasias malignas de outras localizações, de localização mal definida, secundárias e de localização não especificada
Doença de Hodgkin
Linfoma não-Hodgkin
Leucemia
Outras neoplasias malignas de tecidos linfóide, hematopoético e relacionados
Carcinoma in situ de colo do útero
Neoplasia benigna da pele
Neoplasia benigna da mama
Leiomioma do útero
Neoplasia benigna do ovário
Neoplasia benigna dos órgãos urinários
Neoplasia benigna do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central
Outras neoplasias in situ e neoplasias benignas e neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários

Anemia por deficiência de ferro
Outras anemias
Afeções hemorrágicas e outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos
Alguns transtornos envolvendo o mecanismo imunitário
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
Transtornos tireoidianos relacionados à deficiência de iodo
Tireotoxicose
Outros transtornos tireoidianos
Diabetes mellitus
Desnutrição
Deficiência de vitamina A
Outras deficiências vitamínicas
Seqüelas de desnutrição e de outras deficiências nutricionais
Obesidade
Depleção de volume
Outros transtornos endócrinos, nutricionais e metabólicos
Transtornos mentais e comportamentais
Demência
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outras substâncias psicoativas
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes
Transtornos de humor [afetivos]
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes
Retardo mental
Outros transtornos mentais e comportamentais
Doenças do sistema nervoso
Doenças inflamatórias do sistema nervoso central
Meningite bacteriana, não classificada em outra parte
Meningite em doenças bacterianas classificadas em outra parte
Meningite em outras doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte
Meningite devida a outras causas e a causas não especificadas
Restante de doenças inflamatórias do sistema nervoso central
Doença de Parkinson
Doença de Alzheimer
Esclerose múltiplas
Epilepsia
Enxaqueca e outras síndromes de algias cefálicas
Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas
Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos
Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas
Outras doenças do sistema nervoso
Doenças do olho e anexos
Inflamação da pálpebra
Conjuntivite e outros transtornos da conjuntiva
Ceratite e outros transtornos da esclerótica e da córnea
Catarata e outros transtornos do cristalino
Descolamentos e defeitos da retina
Glaucoma
Estrabismo
Transtornos da refração e da acomodação
Cegueira e visão subnormal
Outras doenças do olho e anexos
Doenças do ouvido e da apófise mastóide
Otite média e outros transtornos do ouvido médio e da apófise mastóide
Perda de audição

Outras doenças do ouvido e da apófise mastóide

Doenças do aparelho circulatório

Febre reumática aguda

Doença reumática crônica do coração

Hipertensão essencial (primária)

Outras doenças hipertensivas

Infarto agudo do miocárdio

Outras doenças isquêmicas do coração

Embolia pulmonar

Transtornos de condução e arritmias cardíacas

Insuficiência cardíaca

Outras doenças do coração

Hemorragia intracraniana

Infarto cerebral

Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico

Outras doenças cerebrovasculares

Arteroesclerose

Outras doenças vasculares periféricas

Embolia e trombose arteriais

Outras doenças das artérias, arteríolas e capilares

Flebite, tromboflebite, embolia e trombose venosa

Veias varicosas das extremidades inferiores

Hemorróidas

Outras doenças do aparelho circulatório

Doenças do aparelho respiratório

Faringite aguda e amigdalite aguda

Laringite e traqueíte agudas

Outras infecções agudas das vias aéreas superiores

Influenza [gripe]

Pneumonia

Bronquite aguda e bronquiolite aguda

Sinusite crônica

Outras doenças do nariz e dos seios paranasais

Doenças crônicas das amígdalas e das adenóides

Outras doenças do trato respiratório superior

Bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas

Asma

Bronquiectasia

Pneumoconiose

Outras doenças do aparelho respiratório

Doenças do aparelho digestivo

Cárie dentária

Outros transtornos dos dentes e estruturas de suporte

Outras doenças da cavidade oral, glândulas salivares e dos maxilares

Úlceras gástrica e duodenal

Gastrite e duodenite

Outras doenças do esôfago, estômago e duodeno

Doenças do apêndice

Hérnia inguinal

Outras hérnias

Doença de Crohn e colite ulcerativa

Íleo paralítico e obstrução intestinal sem hérnia

Doença diverticular do intestino

Outras doenças dos intestinos e peritônio

Doença alcoólica do fígado

Outras doenças do fígado
Colelitíase e colecistite
Pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas
Outras doenças do aparelho digestivo
Doenças da pele e do tecido subcutâneo
Infecções da pele e do tecido subcutâneo
Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
Artrite reumatóide e outras poliartropatias inflamatórias
Artrose
Deformidades adquiridas das articulações
Outros transtornos articulares
Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo
Transtornos discais cervicais e outros transtornos discais intervertebrais
Outras dorsopatias
Transtornos do tecido mole
Transtornos da densidade e da estrutura ósseas
Osteomielite
Outras doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
Doenças do aparelho geniturinário
Síndrome nefríticas aguda e rapidamente progressiva
Outras doenças glomerulares
Doenças renais túbulo-intersticiais
Insuficiência renal
Urolitíase
Cistite
Outras doenças do aparelho urinário
Hiperplasia da próstata
Outros transtornos da próstata
Hidrocele e espermatocoele
Prepúcio redundante, fimose e parafimose
Outras doenças dos órgãos genitais masculinos
Transtornos da mama
Salpingite e ooforite
Doença inflamatória do colo do útero
Outras doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos
Endometriose
Prolapso genital feminino
Transtornos não-inflamatórios do ovário, da trompa de Falópio e do ligamento largo
Transtornos da menstruação
Transtornos menopáusicos e outros transtornos perimenopáusicos
Infertilidade feminina
Outros transtornos do aparelho geniturinário
Gravidez, parto e puerpério
Aborto espontâneo
Aborto por razões médicas
Outras gravidezes que terminam em aborto
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério
Placenta prévia, descolamento prematuro de placenta e hemorragia anteparto
Outros motivos de assistência à mãe relacionados à cavidade fetal e amniótica, e possíveis problemas de parto
Trabalho de parto obstruído
Hemorragia pós-parto
Outras complicações da gravidez e do parto
Parto único espontâneo

Complicações predominantemente relacionadas ao puerpério e outras afecções obstétricas, não classificadas em outra parte

Algumas afecções originadas no período perinatal

Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, trabalho de parto e parto

Retardo de crescimento fetal, desnutrição fetal e transtornos relacionados à gestação curta e baixo peso ao nascer

Trauma durante o nascimento

Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer

Outros transtornos respiratórios originados no período perinatal

Doenças infecciosas e parasitárias congênitas

Outras infecções específicas do período perinatal

Doença hemolítica do feto e do recém-nascido

Outras afecções originadas no período perinatal

Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas

Espinha bífida

Outras malformações congênitas do sistema nervoso

Malformações congênitas do aparelho circulatório

Fenda labial e fenda palatina

Ausência, atresia e estenose do intestino delgado

Outras malformações congênitas do aparelho digestivo

Testículo não-descido

Outras malformações do aparelho geniturinário

Deformidades congênitas do quadril

Deformidades congênitas dos pés

Outras malformações e deformidades congênitas do aparelho osteomuscular

Outras malformações congênitas

Anomalias cromossômicas, não classificadas em outra parte

Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte

Dor abdominal e pélvica

Febre de origem desconhecida

Senilidade

Outros sistemas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte

Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas

Fratura do crânio e dos ossos da face

Fratura do pescoço, tórax ou pelve

Fratura do fêmur

Fratura de outros ossos dos membros

Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo

Luxações, entorse e distensão de regiões especificadas e de regiões múltiplas do corpo

Traumatismo do olho e da órbita ocular

Traumatismo intracraniano

Traumatismo de outros órgãos internos

Lesões por esmagamento e amputações traumáticas de regiões especificadas e de múltiplas regiões do corpo

Outros traumatismos de regiões especificadas e não especificadas e de regiões múltiplas do corpo

Efeitos de corpo estranho que entra através de orifício natural

Queimadura e corrosões

Envenenamento por drogas e substâncias biológicas

Efeitos tóxicos de substâncias de origem principalmente não-medicinal

Síndromes de maus tratos

Outros efeitos e os efeitos não especificados de causas externas

Certas complicações precoces de traumatismo e complicações cirúrgicas, e da assistência médica não classificadas em outra parte

Seqüelas de traumatismos, de envenenamento e de outras conseqüências de causas externas

Causas externas de morbidade e de mortalidade

Acidentes de transporte

Quedas

Afogamento e submersão acidentais

Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas

Envenenamento, intoxicação por ou exposição a substâncias nocivas

Lesões autoprovocadas voluntariamente

Agressões

Todas as outras causas externas

Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e o contato com serviços de saúde

Pessoas em contato com os serviços de saúde para exame e investigação

Estado de infecção assintomática pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]

Outras pessoas com riscos potenciais à saúde relacionadas com doenças transmissíveis

Anticoncepção

Rastreamento (screening) pré-natal e outras supervisões da gravidez

Nascidos vivos segundo o local de nascimento

Assistência e exame pós-natal

Pessoas em contato com serviços de saúde para cuidados e procedimentos específicos

Pessoas em contato com os serviços de saúde por outras razões

CID não disponível, não preenchido ou inválido

CID 10ª Revisão não disponível

Não preenchido

CID inválido

Fonte: DATASUS; Notas Técnicas; CID-9

ANEXO 5

Formulário das entrevistas:

1. Qual o objetivo da Secretaria da Saúde ao implantar o Programa Saúde da Família (PSF) no município?
2. Quais mudanças o PSF trouxe para o sistema de saúde do município?
3. Quais os avanços identificados após a implantação do PSF no município? Quais foram relevantes para o sistema de saúde municipal como um todo?
4. O PSF pode ser considerado um dos responsáveis pela melhoria dos indicadores de saúde do município? Por quê?
5. O PSF é um programa que tem como estratégia a melhora dos indicadores de saúde e também dos indicadores sociais, aumentando o número de crianças na escola, desenvolvendo atividades culturais, diminuindo o número de analfabetos, entre outros. No município de Araraquara, o PSF também desenvolve ações buscando a melhoria dos indicadores sociais? Dê exemplos. Houve melhorias dos indicadores sociais?
6. Os avanços ou estagnação (retrocessos) nos indicadores sociais foram realizados devido à atuação do PSF no município ou outros programas e projetos contribuíram para tal avanço ou estagnação?
7. Quais as diferenças entre as Unidades de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde, em termos de estrutura e em termos de atuação?
8. Quais as vantagens e desvantagens das Unidades de Saúde da Família em relação às Unidades Básicas de Saúde?
9. Como o PSF interage com as unidades básicas de saúde?
10. Como ocorrem os encaminhamentos da população coberta pelo PSF para os atendimentos especializados?
11. O PSF se destaca pela ação preventiva em relação às UBSs? Isso tem trazido resultados positivos no sistema de saúde municipal, como a diminuição das filas nas UBSs, acompanhamento aos grupos de risco, um enfoque maior na atenção primária, diminuição de atendimentos especializados, maior acesso à saúde e outros?
12. O PSF surgiu em um contexto de questionamento do modelo de saúde, baseado na prática curativa, vigente no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF tem como estratégia a mudança deste modelo hegemônico de saúde para um modelo voltado para a prática preventiva. Podemos afirmar que em Araraquara está ocorrendo tal mudança? Ou está dando alguns passos para que isso aconteça? Se a resposta for positiva, o PSF é o maior responsável pela mudança do modelo?
13. O PSF é o grande responsável pela diminuição da mortalidade infantil no município? E pelo controle da natalidade? Por quê?
14. Como você avalia a atuação do PSF nos grupos de risco, como nos casos de diabetes, hipertensão, hanseníase, tuberculose? O Programa consegue ter uma atuação efetiva? Como essa atuação contribui para o sistema de saúde municipal?

15. Como a população coberta pelo PSF avalia o programa (na sua percepção)?

16. Quais as dificuldades e problemas que o PSF do município apresenta?

17. O PSF abarca ações relacionadas com o alcoolismo e com gravidez por faixa etária (principalmente gravidez na adolescência). Essas ações, do campo da ação preventiva, trouxeram algum resultado? Qual?

18. Qual a relevância do Programa Saúde da Família (PSF) para o sistema municipal de saúde público? Qual o papel do PSF dentro do sistema de saúde público do município?

19. Especificamente, no setor que você atua, quais as mudanças ocorridas que se devem à implantação do PSF no município? Explique.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. H. T. Federalismo e Políticas Sociais. In: Affonso, R. B. A.; Silva, P. L. B. (orgs). *Federalismo no Brasil: descentralização e políticas sociais*. São Paulo: Fundap, 1996, p.13-40.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interfase*, v. 9, n.16, 2005, p.39-52.
- AROUCA, S. *O dilema preventista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Ed. Unesp, 2003, p.53.
- ARRETCHE, M. *Federalismo no Brasil descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996.
- ARRETCHE, M. O SUS e a municipalização da política nacional de atenção à saúde. In: Arretche, M. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. São Paulo: Fapesp, 2000, p.11-74, 197-262.
- _____. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *Perspectiva*. Revista da Fundação SEAD, São Paulo, v. 18, n.2, jun. 2004, p.17-41.
- ATENDIMENTO nos PSFs cresce 1.370% em Araraquara. In: *Morada da cidadania*. Prefeitura de Araraquara. Disponível em: <http://www.araraquara.sp.gov.br>. Acesso em: 15 abr. 2006.
- BARROS, M. C. M. Mendonça. *Piso de Atenção Básica: um estudo de caso da descentralização da saúde no Brasil*. Dissertação (Mestrado) - UNICAMP, Campinas, 2003.
- BECKER, D. *No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família*. 2001 – Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Terminologia básica em saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.
- _____, Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.
- _____, 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, 1998.

_____, Ministério da Saúde. *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p.10.

_____, Ministério da Saúde. *SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executivo. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. (2001a) Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 5-40. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2006.

_____, Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família - PSF*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____, Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 c.

_____, Fundo Nacional de Saúde. *Programas do ministério*. (2002a). Brasília: Fundo Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: www.fns.saude.gov.br/Prog_PAB-FIXO.asp. Acesso em: 18 jun. 2006.

_____, Ministério da Saúde. *Equipes de Saúde Bucal*. (2002b). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab/legislacao>. Acesso em: 22 jun. 2007.

_____, Ministério da Saúde. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família – 2001/2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos*. (2005a). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____, Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da atenção básica: SIAB: Indicadores 2005*. (2005b). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____, Secretaria Executiva. *Comissão Intergestores Tripartite – CIT*. (2006a) Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/dad/tripartite/atributos.htm>. Acesso em: 18 de junho de 2006.

_____, Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde*. (2006b). Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2006. Disponível em : http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1037 . Acesso em: 18 de jun. 2006.

_____, Secretaria de Estado da Saúde. *Secretaria da Saúde*. São Paulo, 2006c. Disponível em: http://saude.sp.gov.br/content/geral_estrutura_orgaos_vinculados_cib_apresentacao.mmp. Acesso em: 18 de jun. 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica*. (2006d). Brasília: Ministério da Saúde, n. 15, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus*. (2006e). Brasília: Ministério da Saúde, n. 16, 2006.

_____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Disponível: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>> Acesso em: 20. jun. 2006.

_____. Portaria nº 650, de 28 de março de 2006. Disponível: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>> Acesso em: 20. jun. 2006.

_____. Portaria nº 1.329, de 12 de novembro de 2006. Disponível: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>> Acesso em: 22/08/2006.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – NOB 01/91. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>> Acesso em: 20 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – NOB 01/92. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>> Acesso em: 20 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – NOB 01/93. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>> Acesso em: 20 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – NOB 01/96. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>> Acesso em: 20 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde– NOAS 01/2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>> Acesso em: 20 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde– NOAS 01/2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>> Acesso em: 20 ago. 2006.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. (2007a). Brasília Departamento de Atenção Básica, 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>. Acesso em: 05 mar. 2007.

_____, Ministério da Saúde. *Reforsus*. (2007b). Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://reforsus.saude.gov.br/pag_reforsus.asp. Acesso em: 25 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde e IBGE. *Informações de Saúde*. (2007c) Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/pacto2006/pacsp.def>. Acesso em 03 jan. 2007.

_____, Ministério da Saúde e IBGE. *Informações de Saúde*. 2(007d). Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsp.def>. Acesso em: 03 jan. 2007.

_____. Portaria nº 2.133, de 11 de setembro de 2006. Disponível: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>> Acesso em: 15 fev. 2007.

_____. Portaria nº 1.761 de 24 de julho de 2007. Disponível: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>> Acesso em: 15 jun. 2007.

BROWMAN, M.; HAMPTON, W. *Democracias locais: um estúdio comparativo*. México: Fondo de Cultura Econômica, 1989.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000, p. 163-177.

CACCIA-BAVA, M. C. G.; MATTOS, A. T. R. Repercussões da implantação do Programa Saúde da Família no município de Araraquara: impactos e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, v.1, n. 1, abr. mai. 2004.

CAMPOS, G. W. de S.; MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. de S.. Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 26, n. 1, fev. 1992, p.34-40. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em: 5 jun. 2005.

CARVALHO, J. M.. Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: uma discussão conceitual. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, 1997 . Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 04 jan. 2007.

CHIAVEGATTO FILHO, et al. Mortalidade por doença hipertensiva em mulheres de 20 a 49 anos no Município de São Paulo, *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v.7, n.3, p.252-258, 2004.

COHN, A.; ELIAS, P. E. *Saúde no Brasil, políticas e organização de serviços*, 3ª ed., São Paulo: Cortez, 1999. (revista ampliada).

COHN, A. Os governos municipais e as políticas sociais. In: Soares, J. A. S, Caccia-Bava, S (orgs.). *Os desafios da gestão municipal democrática*, São Paulo: Cortez, 1998, p. 143-192.

COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, J. M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, n. 3, ano 50, pp. 33-56, 1999.

DAVIS, A. *Milhares e milhares de pessoas estudaram a doença*. 2003. Disponível em: <http://www.geocities.com/citacoes2003/saude.html>. Acesso em: 18 dez. 2007.

ELIAS, P. E. M. A municipalização da saúde em São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, v. 6, n. 4, 1992, p. 77-83. Disponível no site: www.seade.gov.br. Acesso: 23 jan. 2007.

FAORO, R. *Os Donos do Poder*. Formação do patronato político brasileiro. São Paulo: Brasiliense: Publifolha, v. 1, 2000. (Coleção Grandes Nomes do Pensamento Brasileiro).

FEIJÃO, A. M. M., et al. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. *Arq. Bras. Cardiol.*, v.84, n.1, jan. 2005, p.29-33.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2007

FIGUEIREDO, J. E. St. Aubyn de. *Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. p.113. Disponível: <http://portalteses.cict.fiocruz.br>. Acesso em: 15 jan. 2006.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. *PSF: contradições e novos desafios*. Conferência Nacional de Saúde, Tribuna livre. Belo Horizonte, Campinas, mar. 1999. Disponível On-Line <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna>. Acesso em: 03/02/05.

FREITAS, D. *Programa Saúde da Família: um novo modo de ver e entender a saúde?* Relatório de conclusão de estágio. Faculdade de Ciências e Letras, Departamento de Administração Pública, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2000.

GERACI, L. S. *Federalismo fiscal e Descentralização na área da saúde: estudo de caso do município de Araraquara – SP (1984-2001) – 2002* - Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara, 2002.

GONÇALVES, R.B.M; NEMES, M.I.B.; SCHRAIBER, L.B. (Orgs.) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. 2ª edição. Saúde em Debate, São Paulo: ed. HUCITEC, 2000.

HEIMANN, L. S.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R.G.; RODRIGUES, S.H.; VIANA, A.L.d'Ávila. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18, sup, 2002, p.139 - 151.

HOCHMAN, G. *A era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Editora HUCITEC/ANPOCS, 1998.

INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS. *Revista. Saúde Pública*. São Paulo, v. 34, n.3, jun. 2000, p. 316-319. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em: 5 mar. 2003.

JORGE, M.H.P.M.; GOTHIEB, S.L.D. O Sistema de Informação de Atenção Básica como fonte de dados para os Sistemas de Informações sobre Mortalidade e sobre Nascidos Vivos. *Informe Epidemiológico do SUS*. Brasília: MS, CENEPI/FUNASA, v.10, n.1, p. 7-18, 2001.

- KERBAUY, M.T. M.. Descentralização, processo decisório e políticas públicas locais. *Estudos de Sociologia*, Araraquara, n.16, 2004, p. 151-163.
- LESSA, I. Tendência da mortalidade proporcional pelo diabetes mellitus nas capitais brasileiras, 1950-1985. *Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana*, n.113, 1992, p.212-217.
- LOLIO, C. A. et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. *Rev. Saúde Pública*, v.27, n.5, 1993, p.357-362. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 06/02/2007
- MANFROI, W. C.; PEUKERT, et al. Infarto Agudo do Miocárdio. Primeira manifestação da cardiopatia isquêmica e relação com fatores de risco. *Arq. Brás. Card.*, v.78, n. 4, 2002, 388-391.
- MANO, R. Hipertensão Arterial Sistêmica. *Manuais de Cardiologia*. MS, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has.htm>>. Acesso em: 06/02/2007 (Livro virtual ano 9)
- MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S.; SCHERER, M. D. A. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Bauru, v. 9, n.16, 2005, p. 53-66.
- MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. *Cad. Saúde Pública*, 2002, vol.18 supl, p.163-171.
- MATTAR, G. R. *políticas de Saúde Pública em Araraquara*. Relatório final. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Administração, Araraquara, 2005.
- MATUMOTO, S, et al. Supervisão de equipes no Programa Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Bauru, v. 9, n.16, 2005, p. 9-24
- MELO, M. A. As Sete Vidas da Agenda Pública Brasileira. In: Rico, Elisabeth Melo (org.). *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 1988.
- MENDES, E. V.. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In: Mendes, E. V., (org). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo: Hucitec, R.J.: Abrasco, 1993, p.19-91.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.
- MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: Mendes, E. V. (org.) *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. (Série: Saúde em Debate, 117)

MERHY, E. E; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, abril/jun.1993, p.177-184. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 jun. 2004.

MERHY, E. E. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 5, n. 9, 2001, p.147-149.

MINAYO, M. C. S. In: Silva, S. F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 21-43.

NAKAI, S. *Municipalização da Saúde sob gestão semi-plena*. Relatório de Estágio, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara, 1998.

NASCIMENTO, V. B. Interdependência e autonomia na gestão pública de saúde. *Lua Nova*, São Paulo, n. 52, 2001, p. 29-69.

NOGUEIRA, M. A. *As possibilidades da política - Idéias para a reforma democrática do Estado*. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1998.

PAIM, J.S. Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol, M.A, Almeida, F.N. *Epidemiologia e Saúde*. 5ª ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1999, pp. 489-503.

PELIANO, A. M. T. M.; RESENDE, L. F. L.; BEGHIN, N. O Comunidade Solidária: uma estratégia de combate à fome e à pobreza. *Planejamento e políticas públicas*. Brasília: IPEA, n. 12, 1995, p. 21. Disponível: <<http://www.ipea.gov.br>> Acesso em: 15 nov. 2006.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Desenvolvimento humano e IDH*. 2004. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/idh/#>. Acesso em: 20 jun. 2007.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. *Histórias das Políticas de Saúde no Brasil*. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/saude_no_brasil.rtf. Acesso em: 02 nov. 2005.

QUEIROZ, M. S C., G. W. S.; MERHY, E. E. Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 1, fev. 1992, p. 34-44. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 5 jun. 2005.

REIS, C. C. L., HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.2, mar.abr. 2004, p.492-501.

REIS, R. A. *A Inserção da Fonoaudiologia nas políticas públicas: realidade local/regional*. Monografia, Unesp, Araraquara, 2005.

RIZZOTTO, M. L. F. ; CONTERNO, S. F. R. . A Reforma do setor de saúde nos anos noventa: desdobramentos da reforma do Estado Brasileiro. In: Francis Mary Guimarães Nogueira. (Org.). *Estado e Políticas Sociais no Brasil*. Cascavel: Edunioeste, v.1, 2001, p.73-95.

SANTANA, M. L.; CAMAGNANI, M.I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Revista Saúde e Sociedade*, jan-jul/2001, v. 10, n. 1. Disponível em: <http://apsp.org.br/saudesociedade>. Acesso em 20 abr. 2006.

SANTORO, Z. M. *A Implementação do Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios*. 2003 - Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara, 2003.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento. *Perfil Municipal*. São Paulo: Fundação Seade, 2007. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>. Acesso em 20 mar. 2007.

_____. Secretaria de Economia e Planejamento. Região administrativa central. Disponível em: www.planejamento.sp.gov.br_map_admcen. Acesso em: 25 mai. 2005.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v.34, n.3, jun. 2000, p.316-319. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 5 mar.2003.

SILVA, I. Z. Q.J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interfase*, v. 9, n.16, 2005, p. 25-38.

SILVA, S. F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOARES, L. T. O Estado brasileiro e as políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. In: NOGUEIRA, F.M.. (org.). *Estado e políticas sociais no Brasil*, PARANÁ: EDITORA UNIOESTE, v. 1, 2001, p.45-57.

SOARES, N. R. F., MOTTA, M.F.V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. *Revista de Educação Pública*. Cuiabá, v. 10. Disponível em: www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_d_s.html. Acesso: 25 nov. 2006.

SOUZA, R. R. Redução das desigualdades regionais na alocação de recursos federais para a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003, p.451-453.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, abr.jun.1998, p.429-435.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil*: Relatório final. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*, 2ª edição. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.(Série Saúde em Debate-130)

VASCONCELLOS, M. P. C.; Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. (org.). *A organização da saúde em nível local*. São Paulo: Editora Hucitec, 1998, pp. 155-172. (Série: Saúde em Debate, 117)

VIANA, A. d'A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 225-264, 2005. ISSN 0103-7331. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 06 Maio 2007.

VIANA, A.L. d'Á.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. *São Paulo Perspetiva*, vol.17, n.1, jan.mar. 2003, p.58-68.

VIANA, A. L. d'Ávila; LIMA, L. Di.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002, p. 496-597.