

**GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE
SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA, 2009 – 2012**

Joanderson dos Santos Cruz^a

Aloísio Valter de Souza Júnior^a

Eduarda de Jesus Barreto^a

Janúbia Guedes Araújo^a

Márlon Vinícius Gama Almeida^{a,b}

Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves^{a,b}

Resumo

Este estudo teve como objetivo descrever a gestão da Atenção Básica e as ações destinadas à efetivação dos direitos relativos à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde em Santo Antônio de Jesus, Bahia, no período de 2009 a 2012, a partir do paralelo entre o Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Buscamos entender o conjunto de ações de saúde desenvolvidas no âmbito individual e coletivo. A Atenção Básica é um conjunto dessas ações de saúde, caracterizando pela promoção e proteção da saúde através da prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Configura-se como uma análise documental. Foram observados o Plano 2006–2009 e o Plano 2010–2013, além dos Relatórios de 2009, 2010, 2011 e 2012. Ressalta-se que, apesar do Plano Municipal de Saúde e do Relatório Anual de Gestão serem instrumentos de planejamento da gestão, são documentos que devem obrigatoriamente ser submetidos à aprovação do Conselho Municipal de Saúde. É necessário que se desenvolvam ações individuais e coletivas de acompanhamento e promoção da saúde nas Unidades de Saúde da Família, tornando a Atenção Básica a principal porta de entrada para os serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Gestão em saúde. Sistema Único de Saúde.

^aUniversidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB – Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil.

^bUniversidade Estadual de Feira de Santana – UEFS – Feira de Santana (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Joanderson dos Santos Cruz – Rua Santo Antônio, 168 – Centro – CEP: 44572-065 – Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil – E-mail: joandersoncruz@yahoo.com.br ou joanderson.cruz1@gmail.com

MANAGEMENT IN PRIMARY CARE HEALTH SYSTEM SINGLE OF
SANTO ANTONIO DE JESUS – BAHIA, 2009 – 2012

Abstract

This study intended to describe the management of Primary Health Care and the actions destined to the accomplishment of health rights in the Unified health System in Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brazil, in the period 2009–2012; from the parallel between the Municipal Health Plan and the Annual Management Report. We seek to understand the set of health actions undertaken in individual and collective scope. The Primary Care contextualizes a set of these health actions, characterized by the promotion and protection of health through disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and maintenance of health. The method used was document analysis. Plan 2006–2009, Plan 2010–2013, and Reports 2009, 2010, 2011 and 2012 were analyzed. It is noteworthy that although the Municipal Health Plan and the Annual Management Report re management planning instruments, they must be submitted to the approval of the Municipal Council Health. It is necessary to develop individual and collective actions to monitor and promote health in Primary Health Centers, making primary care the first gateway to health services.

Keywords: Primary health care. Health management. Unified Health System.

GESTIÓN DEL ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA ÚNICO DE
SALUD DE SANTO ANTONIO DE JESUS – BAHIA, 2009 – 2012

Resumen

Este estudio tiene como objetivo describir la gestión de la atención primaria y las acciones destinadas a hacer cumplir los derechos relativos a la salud en el SUS en Santo Antônio de Jesus - Bahia, en el período 2009–2012, desde el paralelo entre el Plan Municipal de Salud y el Informe de Gestión Anual. Intentamos a través de este estudio, comprender el conjunto de las intervenciones en salud, desarrollado en los niveles individual y colectivo. La Atención Primaria contextualiza un conjunto de estas acciones de salud, que se caracteriza por la promoción y la protección de la salud mediante la prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la salud. Se configura como un análisis documental. Se observaron el Plan de 2006–2009 y el Plan 2010–2013 y los informes de 2009, 2010, 2011 y 2012. Cabe señalar que aunque

el Plan Municipal de Salud y el Informe Anual de Gestión sean instrumentos de gestión de la planificación, son documentos que deben ser sometidos a la aprobación de la Junta Municipal de Salud. Es necesario desarrollar acciones individuales y colectivas, el monitoreo y promoción de la salud en las Unidades de Salud de la Familia, haciendo que la Atención Primaria de Salud sea el primer nivel de acceso del ciudadano a los servicios de salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Gestión en Salud. Sistema Único de Salud

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) consiste em um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela promoção e proteção da saúde, através da prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. As estratégias da AB são desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, e considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, ao mesmo tempo em que busca na promoção da saúde do indivíduo, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos. Assim, supõe-se que as tecnologias da AB devem resolver os problemas de maior frequência e relevância em cada território.¹

Segundo Lentsck et al.,² a AB tem um papel de destaque dentro do sistema de saúde, pois constitui-se como porta de entrada, tornando as ações dos atores envolvidos no Programa de Saúde da Família (PSF), profissionais, usuários e gestores, determinantes e efetivas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Gomes e Silva,³ a AB é o primeiro contato dos indivíduos com o sistema nacional de saúde, e os serviços de saúde ofertados estão o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, o que organiza um processo de atenção continuada à saúde da população.

Entre as áreas definidas como estratégicas para a AB, destacam-se como centros de atuação em todo território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas poderão ser definidas em caráter regional de acordo com as prioridades e pactuações definidas nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB), sobretudo no que versa sobre as realidades locais.¹

As contas da AB devem ser apresentadas ao Ministério da Saúde por meio do relatório de gestão, aprovado pelo Conselho de Saúde. Segundo a Portaria nº 3332/2006, o

Relatório Anual de Gestão (RAG) deve ser elaborado em conformidade com a programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde. Esse relatório é também instrumento das ações de auditoria e de controle e deve ser ferramenta básica para avaliação do plano de saúde ao fim de sua vigência, além de subsidiar a elaboração de um novo plano de saúde. Ao contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, o referido relatório envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do município.⁴

Em Santo Antônio de Jesus (SAJ), Bahia, o RAG constitui-se como um instrumento básico do Sistema de Planejamento, ao lado do Plano de Saúde e das respectivas Programações Anuais de Saúde. Compõe um instrumento de comprovação da execução do Plano Municipal de Saúde, apresentando os resultados de gestão do SUS e assim comprovando a aplicação dos recursos da gestão e orientando eventuais redirecionamentos. A elaboração do Relatório de Gestão referencia a Programação Anual e representa uma análise do cumprimento das metas programadas pela gestão municipal. O relatório envolve ainda uma análise das ações desenvolvidas no ano e previstas no Plano, além das dificuldades encontradas e as metas futuras. Elaborado pelos Departamentos da Secretaria Municipal de Saúde, objetiva apresentar o que foi realizado ao longo do ano, bem como os limites e as dificuldades que impediram que mais avanços fossem alcançados.⁵

Pelo exposto, ressalta-se a importância de melhor entender a gestão da AB, bem como as ações desenvolvidas para concretização dos direitos concernentes à saúde da população local no sistema público de saúde. Este estudo justifica-se ainda pela necessidade de entender o conjunto de ações de saúde desenvolvidas no âmbito individual e coletivo, bem como as ações de acompanhamento e promoção da saúde, por uma equipe multiprofissional, atendendo de forma integral, ultrapassando o modelo biomédico para o cuidado em saúde e tornando a AB a principal entrada para os serviços de saúde.

Tendo em vista o crescimento e desenvolvimento de SAJ, propomos com este estudo analisar os objetivos e metas apresentados no Plano Municipal de Saúde (PMS), em paralelo ao que tem sido discutido no RAG. Dessa forma, o estudo tem como objetivo descrever a gestão da AB e as ações destinadas à efetivação dos direitos relativos à saúde no âmbito do SUS em SAJ, Bahia, no período de 2009 a 2012.

METODOLOGIA

Os critérios para a delimitação do tema perpassaram por leituras anteriores acerca do material a ser pesquisado, selecionando as questões de maior relevância para o

presente estudo. A temática foi definida a partir do interesse em conhecer como tem sido feita a aplicação dos recursos da gestão na AB no município analisado.

A cidade de SAJ, localizada às margens da rodovia BR 101, distante 187 km de Salvador, capital da Bahia, é conhecida como a “Capital do Recôncavo”, devido ao seu destaque como centro comercial e serviços de sua microrregião, organização social que movimentam grande fluxo de consumidores e desenvolve a economia local. O município possui uma área geográfica de 261.348 km² e tem população estimada de 93.077 habitantes.⁶ A cidade delimita-se pelos municípios de Varzedo, Conceição do Almeida, Aratuípe, Laje, Muniz Ferreira, Dom Macedo Costa, Elísio Medrado e São Miguel das Matas.⁷

O município passou a assumir a Gestão Plena da Atenção Básica em 1998⁸ e em 02 de setembro de 2004 passou a assumir a Gestão Plena do Sistema, conforme Resolução da CIB publicada no Diário Oficial de 18 de novembro de 2005. Já em 2009, assina o Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), com o Pacto pela Saúde.⁷ O município compõe a Macrorregião Leste de Saúde, é sede de Diretoria Regional de Saúde (DIRE), abriga uma Santa Casa de Misericórdia e um Hospital Regional, além de ser sede de uma Microrregião de Saúde da Bahia (Microrregião de Santo Antônio de Jesus).

Esse estudo configura-se como uma análise documental. Moreira (2005) citado por Souza et al.⁹ afirma que:

A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos.⁹

A análise dos documentos ocorreu no período de março a julho de 2013. Os dados foram organizados em planilhas e analisados conforme objetivo proposto pela pesquisa.

No que se refere aos aspectos éticos, o projeto foi autorizado pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e aprovado pela Secretária Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, Bahia. Ressalta-se que, por se tratar de pesquisa documental, dados secundários, a pesquisa não necessita aprovação de comitê de ética em pesquisa, por não trabalhar com seres humanos, e sim, com análise de documentos públicos.

Os documentos foram analisados focando a gestão da AB no município de SAJ, Bahia, para o período de 2009 a 2012. A perspectiva da investigação é fazer uma

comparação entre as propostas apresentadas no PMS e os dados apresentados no RAG, dessa forma, é possível esclarecer as questões levantadas como objetivo da pesquisa.

Torna-se importante destacar que analisamos dois instrumentos da gestão municipal: o PMS, que apresenta as propostas de ações destinadas à saúde por meio das atividades programadas no âmbito municipal, passa a ser assumido como instrumento de referência da gestão e controle social; e o RAG, também construído pela gestão, contudo, avaliado e submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que exerce o papel de controle social.

Para descrição do PMS no período estudado, fez-se necessário uma apreciação do PMS de 2006 a 2009 e do PMS de 2010 a 2013, bem como os RAG referentes aos exercícios de 2009, 2010, 2011 e 2012, além de artigos com discussões voltadas para a AB. Buscamos apresentar as ações e serviços da AB no município, a gestão da AB e as estratégias para fortalecimento da AB.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Grande parte do arcabouço legal do SUS baseia-se no planejamento (instrumentos resultantes de seu processo, como plano e relatório), quer indicando formas de formulação, quer para fins de repasses de recursos, controle e auditoria. As Leis Orgânicas de Saúde (Leis nº 8080/1990 e 8142/1990) dão expressão concreta em relação ao planejamento em saúde. Por um lado, a Lei nº 8080/1990 define a aplicabilidade dos planos de saúde, estabelecendo que eles sejam as bases das atividades e programações. Já a Lei nº 8142/90 esclarece que entre os requisitos para repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde, para fixação nos municípios, estão o PMS e o RAG.¹⁰

O grande desafio da AB, para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tem sido a sensibilização das equipes de trabalhadores, ressaltando a importância de cada um no contexto da saúde-população para que, a partir de então, os dados gerados sejam analisados e assim as ações possam ser organizadas e planejadas.⁵

O PSF foi implantado na década de 1990. Sua posterior mudança para estratégia passou a prever a gradual substituição do modelo assistencialista das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para Unidade de Saúde da Família (USF), centrando uma visão integral da saúde, que une assistência, prevenção, reabilitação e promoção da saúde. Aos poucos, o município de SAJ passa a aderir ao novo molde de atendimento à população, na tentativa de consolidar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma tática de implementação efetiva do SUS.⁵

Segundo Ogata et al.,¹¹ a AB tem a Saúde da Família (SF) como estratégia para organização, bem como para a reorientação do modelo assistencial de saúde. No início na década de 1990, o PSF foi inspirado em experiências de outros países, a exemplo de Cuba, Inglaterra e Canadá, mostrando aumentos significativos na qualidade da saúde pública brasileira, com investimentos na promoção da saúde. Já em 1991, o PSF teve sua implantação precedida pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, a partir de 1994, houve formação das primeiras equipes do PSF. A ESF, portanto, surge em resposta à crise do modelo médico-clínico (assistencialista) apresentando mudanças na maneira de pensar a saúde, uma vez que o modelo assistencial predominante no país ainda não contemplava os princípios do SUS, a assistência continuava individualizada, centrada na medicalização e cura, com baixa resolutividade e precário impacto social. Assim, desconstruir as práticas curativistas em práticas de saúde coletiva centradas na produção de cuidado constitui, ainda nos dias atuais, os desafios da ESF.¹¹

Para Almeida e Giovanella,¹² no Brasil, a AB, conhecida internacionalmente como Atenção Primária, vem passando por inovações importantes desde os anos de 1990, especialmente a partir da expansão de cobertura pela ESF. Os serviços ofertados têm sido crescentes, o que se pode evidenciar diante da expansão da ESF demonstrada pela crescente quantidade de famílias cadastradas nas equipes de SF.¹²

O município de SAJ apresenta como objetivo geral para a AB no PMS 2006-2009 promover a integralidade e a equidade das ações de AB e Assistência à Saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais. Descrevemos no Quadro 1 as principais metas e atividades para o período, propostos pela SMS através da gestão da AB. Assim, foram sinalizados aspectos gerais e optamos por não pontuar as ações por programas oferecidos na AB.

O PMS de 2010 a 2013 pontua que o modelo de gestão construído no município de SAJ é participativo, e busca respeitar os limites do processo democrático e, assim, representado legalmente pelo CMS. A SMS aponta que a reestruturação da AB tem se efetivado através da ESF como porta de entrada do sistema para construir um modelo de assistência privilegiando a atenção integral e que atenda as necessidades do paciente.⁸

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 198, inciso III, assegura o modelo de gestão participativa ao estabelecer a participação da sociedade na gestão e controle dos serviços e ações de saúde como diretriz essencial do sistema público de saúde brasileiro.¹³

No PMS 2010–2013, algumas dificuldades são pontuadas pela gestão como sendo relacionadas aos meios para se chegarem às atividades finalísticas. Essas foram

Quadro 1 – Plano Municipal de Saúde para a Atenção Básica do Município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2006 a 2009

Objetivos específicos	Metas	Atividades
Assumir a ESF como prioritária para o fortalecimento da AB.	Atingir 85% de cobertura do PSF, no município. Qualificar pelo menos 50% das USF que estiverem com o mínimo de um ano de implantação.	Implantação da USF Andaiá I e II, Marita Amâncio e Bela Vista. Outras conforme mapeamento do município e dados do IBGE. Substituição de UBS por USF quando houver a descrição da clientela nas normas e diretrizes do programa.
2. Garantir o funcionamento das USF e UBS existentes.	Garantir infraestrutura, equipamentos e insumos suficientes para atender 100% das USF e UBS, em no máximo um ano e meio após cada implantação.	Compra de equipamentos para atender às USF a serem implantadas ou reformadas. Aquisição de material para manutenção das USF e UBS. Construção de quatro USF em substituição das que já existem, mediante financiamento estadual ou federal em cooperações: Urbis III e IV, Loteamento Sales, Santa Madalena. Construção ou compra de postos para o PSF itinerante da zona rural em substituição aos já existentes e dentro dos limites de territorialização permitida pelo programa em parceria com a comunidade e com o poder público no financiamento e manutenção dos mesmos. Reforma e ampliação das USF já implantadas, conforme as necessidades. Incorporar ao patrimônio público os imóveis locados para abrigar as USF onde já foram investidos recursos públicos para reforma conforme disponibilidade financeira de recursos próprios. Adquirir veículo para PSF da zona rural na proporção de 1:1 e da zona urbana na proporção 1:3, conforme a disponibilização de recurso próprio municipal.

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2006–2009.⁷

ESF: Estratégia Saúde da Família; AB: Atenção Básica; PSF: Programa de Saúde da Família; USF: Unidade de Saúde da Família; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; UBS: Unidade Básica de Saúde; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; IRA: insuficiência respiratória aguda; PPI: Programação Pactuada Integrada; SAJ: Santo Antônio de Jesus; PROSAJ: Programa de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem.

agrupadas como Problemas do Sistema de Serviços de Saúde e destacamos um deles, que afeta diretamente a AB do município: baixa efetividade das ações da AB sobre os principais problemas de saúde da população. Diante do cenário apresentado, a gestão pontua as causas que suscitaram esse problema. Dentre as quais destacamos:

- a) manutenção preventiva e corretiva nas instalações físicas e equipamentos da rede própria não atendem as necessidades das unidades de AB;
- b) estrutura física precária e irregular de diversas unidades de saúde, em especial as unidades da zona rural;
- c) atendimento de algumas unidades de SF à população adstrita é superior à recomendada pela Portaria GM/MS nº 648/2006;
- d) algumas unidades funcionam em casas adaptadas em condições precárias, além de algumas delas estarem contidas em escolas, em desacordo com as normas consignadas pela RDC 50/ANVISA;

- e) algumas unidades não possuem climatizações adequadas nas salas de vacinação e dispensário, em desacordo com as normas consignadas pela RDC 50/ANVISA;
- f) ausência de profissionais em tempo integral (40 horas) nas USF, principalmente o profissional médico e cirurgião-dentista;
- g) inexistência de programação e elaboração de projetos terapêuticos para resolver os problemas da população por área de risco; e
- h) redução de 25% dos recursos pra saúde em 2009 devido à crise financeira.⁸

Os problemas apresentados pela gestão, bem como as causas geradoras, serviram de base para a elaboração do PMS 2010-2013 e subsidiaram as intervenções a serem propostas, metas, ações e atividades a serem realizadas nos quatro anos seguintes, que descreveremos no Quadro 2.

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS: AÇÕES DE PREVENÇÃO E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA, EM 2009

O planejamento da AB do município de SAJ tem sido feito com a participação de todos os integrantes da coordenação. A partir das ações que envolvem a atenção, lideradas por um diretor e coordenadores técnicos, as equipes envolvidas trabalham para modificar hábitos, atitudes e comportamentos, promovendo acolhimento e resolvendo problemas.

O município possui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), implantado em 2008 com a função de criar espaço e discutir sobre gestão do cuidado e elaborar reuniões que pregam o aprendizado coletivo; conta com interconsultas, visitas domiciliares e atividades educativas.¹⁴

O monitoramento da AB permite, através do seu processo de trabalho, reorganizar o fluxo de atendimento, promover vínculo entre equipes e comunidades, conhecer os problemas de saúde que mais acometem a população, assim reconduz a AB, restabelecendo-a como porta de entrada da rede SUS.

A avaliação do pacto dos indicadores da AB visa monitorar e avaliar os dados e consolidar uma cultura avaliativa da própria gestão e das equipes que produzem tais dados. Dos indicadores pactuados pela AB, cumpriu-se 71,4% das metas estabelecidas no ano de 2009, apresentando dificuldades no cumprimento de alguns indicadores: média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas, com dificuldade na rotatividade do profissional médico, além da cobertura odontológica programática.¹⁴

Quadro 2 – Plano Municipal de Saúde para a Atenção Básica do Município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2010 a 2013

Objetivos específicos	Metas	Ação
<p>1. Reduzir a incidência das internações por hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva e acidente vascular cerebral.</p> <p>2. Reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares.</p> <p>3. Aumentar a expectativa de vida.</p>	<p>1. Implantar ações de atividade física em 60% das unidades de saúde da zona urbana.</p> <p>2. Distribuir medicação para 80% dos pacientes cadastrados com hipertensão e diabetes.</p> <p>3. Desenvolver atividades educativas para estimular hábitos alimentares saudáveis para 80% da população coberta pelo PSF.</p> <p>4. Promover ações que viabilizem a distribuição da morbimortalidade das doenças do aparelho circulatório.</p> <p>5. Promover ações que viabilizem a distribuição das doenças e agravos não transmissíveis no idoso.</p>	<p>Organizar o programa de atividade física para a população coberta pela ESF.</p> <p>Realizar ações educativas para mudança de hábitos alimentares.</p> <p>Ampliar a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão e diabetes.</p> <p>Organizar e priorizar o atendimento dos hipertensos e diabéticos na AB.</p>
<p>1. Reduzir os custos com internações por doenças do aparelho respiratório.</p> <p>2. Reduzir a mortalidade infantil por infecção respiratória aguda.</p> <p>3. Realizar diagnóstico e tratamento precoce da asma e pneumonia para reduzir os internamentos por infecção respiratória aguda.</p> <p>4. Assegurar o acompanhamento de crianças menores de cinco anos cadastradas na ESF, seguindo o cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.</p>	<p>1. Reduzir em 30% em 4 anos as internações em crianças de 0 a 05 anos.</p> <p>2. Acompanhar 90% das crianças cadastradas.</p>	<p>Tratar as IRA na rede básica para reduzir complicações respiratórias.</p> <p>Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças até cinco anos de idade nas USF.</p> <p>Controlar os fatores de risco para as doenças do aparelho respiratório em crianças de 0 a 5 anos cadastradas nas unidades de saúde.</p> <p>Organização da rede de cuidados para integrar as ações de AB com atenção ambulatorial especializada e hospitalar para atender as crianças menores de cinco anos.</p>
<p>1. Reduzir a taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos ou mais.</p> <p>2. Organizar o atendimento na rede especializada para tratar as complicações advindas do tratamento inadequado.</p>	<p>1. Acompanhar 95% dos pacientes diabéticos cadastrados nas USF.</p> <p>2. Garantir que 60% dos pacientes realizem algum tipo de atividade física.</p> <p>3. Cadastrar 70% dos diabéticos do município na rede de AB.</p>	<p>Garantir o acompanhamento dos diabéticos nas unidades de saúde.</p> <p>Controlar os fatores de risco para o diabetes mellitus na população de SAJ de 2010 a 2013 para reduzir o número de óbitos por essa causa.</p> <p>Organizar a referência e contra referência entre a AB e especializada para garantir o atendimento de todos os pacientes diagnosticados.</p> <p>Qualificar a rede de atenção para diagnosticar, tratar e acompanhar os casos de diabetes mellitus.</p>
<p>1. Realizar ações preventivas para enfrentamento das causas externas de mortalidade.</p> <p>2. Realizar ações de promoção à saúde mental, apoiando as famílias vítimas de violência.</p> <p>3. Reduzir a taxa de mortalidade por causas externas.</p>	<p>1. Investigar 80% das mortes por causas externas na faixa etária produtiva de 20 a 39 anos.</p>	<p>Elaborar projetos para promoção de ações intersetoriais em parcerias com outras secretarias de governo e outras organizações públicas e privadas.</p> <p>Implantar a obrigatoriedade da notificação dos dados de violência nos sistemas de informação.</p>

continua...

Quadro 2 – Continuação

Objetivos específicos	Metas	Ação
<p>1. Garantir o cadastramento e acompanhamento de adolescentes grávidas cadastradas nas unidades.</p> <p>2. Garantir o acesso ao planejamento familiar das adolescentes.</p>	<p>1. Acompanhar 70% das adolescentes grávidas cadastradas nas USF e UBS.</p> <p>2. Implantar em 50% das USF o Programa de Saúde de Jovens e Adolescentes (PROSAJ).</p>	<p>Estruturar estratégias de adesão dos adolescentes ao PROSAJ na AB.</p> <p>Ampliar adesão ao planejamento familiar pelos adolescentes.</p> <p>Articular com a secretaria de educação, para realizar atividades de educação em saúde nas escolas.</p> <p>Acompanhar as adolescentes grávidas cadastradas nas unidades de AB.</p>
<p>1. Prevenir a hipertensão arterial pulmonar por portadores da esquistossomose.</p> <p>2. Reduzir o número de internamentos por fibrose hepática, hemorragia digestiva, infecção bacterianas, dentre outras.</p> <p>3. Realizar monitoramento da qualidade da água no município.</p>	<p>1. Reduzir em 30% os internamentos por doenças infecciosas e parasitárias no município, de 2010 a 2013.</p> <p>2. Reduzir a incidência de diarreia em 30% através do monitoramento das diarreias.</p>	<p>Realizar ações de tratamento de água na zona rural.</p> <p>Controlar as doenças infecciosas e parasitárias na rede de AB.</p> <p>Descentralizar as ações de controle dos casos de hanseníase e tuberculose para as unidades de AB.</p> <p>Intensificar as ações de controle das doenças sexualmente transmissíveis nas UBS.</p> <p>Implementar o plano operativo de redução vertical do HIV e da sífilis em 28 unidades de saúde do município.</p> <p>Realizar o monitoramento das DDA intensificando as ações nos períodos e locais com maior incidência.</p>
<p>1. Reorganizar a rede de AB compatibilizando necessidades de saúde e recursos disponíveis para manutenção da ESF.</p> <p>2. Programar as ações das equipes de saúde da família por área e perfil epidemiológico, para mudar o modelo de atenção à saúde.</p> <p>3. Melhorar a estrutura física das USF.</p> <p>4. Organização da rede para integrar a AB como a Atenção Especializada.</p> <p>5. Organizar os Núcleos de Apoio à ESF para intervir nos determinantes sociais da saúde.</p>	<p>1. Equipar 80% das USF com instrumentos básicos para atendimento materno infantil, e dos programas HIPERDIA, hanseníase e tuberculose.</p> <p>Reduzir em 30% as internações por causas sensíveis à AB.</p> <p>Implantar uma UPA como unidade de referência das urgências para UBS.</p> <p>Qualificar 80% dos profissionais da rede básica.</p> <p>Ampliar as ações do NASF, para 100% das ESF das famílias.</p>	<p>Qualificar os profissionais da AB para implantar projetos terapêuticos para resolver os problemas da população.</p> <p>Implantar as Linhas de Cuidado para organização da rede, integrando a AB com os demais serviços.</p> <p>Organizar a rede de AB para reduzir as demandas da rede hospitalar.</p> <p>Adequar a estrutura física das unidades de saúde.</p> <p>Adequar a estrutura física das USF com construção, reformas, ampliação e compra e compra de equipamentos.</p>
<p>1. Realizar diagnóstico precoce de câncer uterino e mama.</p>	<p>1. Ampliar em 40% o número de procedimentos ambulatoriais especializados ofertados à população.</p> <p>2. Reduzir em 50% a demanda reprimida de exames especializados ofertados a população.</p>	<p>Programar os procedimentos das unidades de AB de acordo com os parâmetros da portaria 1101/2001/MS pactuados na PPI.</p>

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2010–2013.⁸

PSF: Programa de Saúde da Família; ESF: Estratégia Saúde da Família; AB: Atenção Básica; IRA: insuficiência respiratória aguda; USF: Unidade de Saúde da Família; SAJ: Santo Antônio de Jesus; AB: Atenção Básica; UBS: Unidade Básica de Saúde; PROSAJ: Programa de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PPI: Programação Pactuada Integrada.

A taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos ou mais, proporção de portadores de hipertensão arterial cadastradas no HIPERDIA, taxa de cesáreas na rede SUS e o percentual de internações por doenças infecciosas intestinais em menores de 5 anos, todos apresentaram índices inferiores às metas estabelecidas.

Para formulação de estratégia e controle de execução da política de saúde, foi criado o Controle Social, a fim de acompanhar a população a respeito da gestão do SUS, mostrando que o sucesso do sistema depende da ação conjunta do Estado e da sociedade civil, contando assim com a participação popular no Controle Social das decisões sobre os rumos e a execução das ações e serviços de saúde na fiscalização e decisão sobre o uso de verbas do SUS, na atuação da formulação de estratégias e no controle da execução econômico-financeira. Todas essas atuações e o que chamamos e conhecemos de controle social tem suas práticas, em SAJ, através do CMS.¹⁴

Ao analisarmos as ações expostas no relatório, observa-se que o controle e a avaliação têm como função controlar o cumprimento das ações pactuadas na sua área de abrangência e referência, avaliar a emissão de relatórios assistenciais e o cumprimento dos planos de saúde, agenda e metas municipais. Isso faz parte de um modelo em que as necessidades da população são expostas em primeira instância.

A gestão objetivou apresentar as ações desenvolvidas ao longo do ano de 2009, a fim de buscar soluções e traçar parâmetros de melhoria a AB.

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS: AÇÕES DE PREVENÇÃO E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA, EM 2010

A expansão da cobertura da ESF em 2010 contribuiu para o fortalecimento da AB no município de SAJ. Essa ampliação gerou resultados satisfatórios, de forma que a rede básica de saúde passou a constituir um total de 21 equipes de SF, sendo 17 equipes na zona urbana e 4 equipes na zona rural do município. Desde 2009 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi incorporado às equipes de saúde como serviço de referência básica, aumentando a disponibilidade de profissionais de diversas áreas nas USE.¹⁵

Segundo Teixeira,¹⁶ ao ampliar as transformações do modelo de atenção deve-se pensar nas três dimensões. Essas mudanças podem ser parciais, que facilitem transformações mais amplas. Assim, propostas de ampliação da rede básica de serviços de saúde podem impactar nos cuidados secundários e terciários. Dessa forma, é preciso redefinir o objeto de trabalho para que se diversifiquem as ações e serviços, assim as ações refletirão no coletivo.

Para avaliar as ações da AB são utilizados como parâmetros pelas Unidades Gestoras os indicadores do Pacto pela Saúde, dessa forma, em 2010 as metas alcançadas foram: média anual de consulta médica por habitante nas especialidades básicas de 0,6 consultas, consultas de enfermagem tiveram uma média anual de 1,0 por habitante, razão de citopatológicos cérvico-vaginal na faixa de 25 a 59 anos de 0,05% de um total de 25% de exames realizados na população feminina, 36% da população recebeu orientação de escovação bucal, sendo realizada a primeira consulta odontológica em 8% da população.¹⁵

A baixa efetividade das ações da AB sobre os principais problemas de saúde da população foi listada entre os problemas do sistema de serviços da saúde, sendo apresentado como objetivo a reestruturação das ações de AB através da ESF para intervir nas necessidades da população, pretendendo, de maneira mais específica, melhorar a estrutura física das unidades de saúde, organizar uma rede para integrar a AB com a Atenção Especializada.

Para efetivação das ações, foi realizada em 2010 a capacitação dos profissionais da AB, pretendendo, em 2011, a extensão da capacitação dos profissionais em temas mais específicos como hipertensão, diabetes, acolhimento, aleitamento materno e assistência farmacêutica nas unidades.¹⁵

O processo de mudança do modelo de atenção à saúde é complexo, exige que se criem condições favoráveis para atender as necessidades e demandas da população em todos os níveis de complexidade.¹⁶

Ainda como ação para resolução da problemática apresentada, foi planejada a implantação das linhas de cuidado para organização da rede, integrando a AB com a Atenção Especializada, porém essa meta não foi cumprida no ano analisado.

A proposta de ampliação das ações de saúde bucal no âmbito da assistência, promoção e prevenção não foi efetivada em 100% no ano de 2010, devido à não instalação de novas unidades de saúde bucal, continuando sem previsão de ampliação no ano seguinte. No mesmo ano foram executadas também ações que buscavam assegurar a qualidade da atenção à saúde prestada à população, na busca pelo cumprimento dos princípios do SUS.¹⁵

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS: AÇÕES DE PREVENÇÃO E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA, EM 2011

Em 2011, SAJ organiza-se em quatro distritos sanitários, constituídos de 21 equipes de SF, 15 Postos de Saúde que servem de apoio às 4 equipes das áreas rurais, 2 UBS do modelo tradicional, que também abarcam a Estratégia de Agentes Comunitário de Saúde (EACS), 15 equipes de saúde bucal (ESB) modalidade I, 1 ESB modalidade II e 2 equipes NASF tipo I.¹⁷

A AB, para desenvolver suas ações com eficácia e eficiência, projetou metas a serem cumpridas, com base no SISPACTO, instrumento virtual para preenchimento e registro da pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Saúde.¹⁷

É fundamental observarmos que o principal objetivo da gestão para esse período contemplava a ampliação da cobertura populacional da AB. Desse modo, a meta municipal pactuada foi de 83,9% de cobertura pela ESF. Contudo, a gestão conseguiu superar a meta estipulada, alcançando cobertura populacional de 91,7% da ESF e 100% de EACS, o que, segundo a gestão, demonstra uma trajetória ascendente se comparada com anos anteriores.¹⁷

Ainda em 2011, a AB pactuou exames citopatológicos do colo do útero, alcançando 27% da população sexualmente ativa. Quanto ao seguimento/tratamento de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero, a meta estabelecida foi acompanhar o seguimento de 100% das mulheres diagnosticadas, contudo, houve apenas 6,25% de seguimento das mulheres diagnosticadas com essas lesões. Já as mamografias foram pactuadas para atender a 16% da demanda, entretanto, apenas 11% da população feminina realizou o exame.

Na ampliação do acesso ao pré-natal, o município pactuou sete ou mais consultas em 35% da população, para mulheres cadastradas no Sistema de Informação em Saúde do Pré-natal. Essas informações também são repassadas para o Sistema de Informação de Nascidos Vivos logo após o nascimento do bebê. Segundo a gestão, as metas foram superadas e constatou-se que para 55% dos nascidos vivos as mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, em acompanhamento pela AB.¹⁷

Para diabetes mellitus, o pactuado foi de 14% para redução das internações hospitalares e foi alcançado 7,43%. Para redução das internações por acidente vascular cerebral, contou-se pela pactuação máxima de 4,5%, mas as ocorrências superaram as metas municipais e alcançaram 6,29%.¹⁷

A redução e monitoramento da prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos foi pactuada com 4% das crianças menores de 5 anos, superada a meta, chegando a 4,95%.

O acompanhamento pela AB das famílias de SAJ beneficiárias pelo Programa Bolsa Família tinha meta de 80% da população acompanhada e verificou-se que 91,45% foram acompanhadas pelas ESF. As ações coletivas de escovação bucal, pactuadas em 5%, alcançaram o total de 1,53% para as famílias cobertas pela ESF.

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS: AÇÕES DE PREVENÇÃO E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA, EM 2012

Em 2012 estimava-se que a população de SAJ era de 93.077 habitantes e desses, 86% utilizavam os serviços disponibilizados na rede assistencial do SUS. No mesmo ano, a expansão da cobertura da ESF contribuiu para o fortalecimento da AB no município, que alcançou 83,9% de cobertura da população, com o efetivo de 21 Equipes de SF, sendo 17 da zona urbana e 4 da zona rural, 2 UBS tradicionais, 15 ESB tipo I, 1 ESB tipo II, e cobertura de 100% da EACS, dispondo de 191 agentes no ano.¹⁸

Quanto às ações de saúde da AB, foram alcançadas metas no ano de 2012, que utilizaram os indicadores do Pacto Pela Saúde como parâmetros. As metas alcançadas foram: média anual de consulta médica por habitantes nas especialidades básicas de 0,84 consultas (77.237 consultas médicas), média anual de consultas de enfermagem de 0,87 consultas (79.709 consultas de enfermagem). Foram obtidos também indicadores a respeito da ESB de SAJ: 8.862 usuários realizaram a primeira consulta odontológica e foram realizadas 4.320 consultas de urgência. Dos tratamentos odontológicos iniciados, apenas 18% foram concluídos.¹⁸

A seção destinada à AB de SAJ, além de pequena, traz apenas informações a respeito de atendimentos médicos de enfermagem e odontologia. Além disso, apenas relata sucintamente a quantidade dos agentes comunitários de saúde no município e a porcentagem de cobertura.

O relatório não apresenta detalhes de como foram realizados os procedimentos citados ou como foi desempenhado o papel de cada profissional e informações da pouca conclusão dos tratamentos. O que nos faz pensar a respeito da ESF, como ela está sendo implantada no município. Da maneira como estão apresentadas as ações e serviços da AB, no RAG, parece que a AB do município ainda apresenta fortes raízes do atendimento tradicional em saúde, baseadas em consultas. No próprio relatório pode-se contestar o método, visto que apenas 18% dos casos odontológicos iniciados foram concluídos. Sendo assim, esse dado é um viés de se pensar que na AB não está havendo uma continuidade, como é de se esperar.

O tão pouco espaço da AB no RAG pode estar relacionado à ideia de simplicidade dos cuidados dispensados na AB. Porém, esses não são simples, mas complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, tanto no nível individual quanto no coletivo. No contexto o qual foi apresentado talvez não se tenha dado a devida importância à AB e de como ela influencia na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou descrever de forma comparativa o PMS e o RAG, entre os anos de 2009 e 2012 do município de SAJ. É possível observar que a gestão tem grande responsabilidade em planejar ações que contribuíram para melhoria da AB, avançando de forma que beneficie em especial os usuários do SUS.

A partir da execução das ações propostas, o município consegue assegurar a qualidade da atenção à saúde prestada à população e a busca do cumprimento dos princípios do SUS. Nos poucos casos em que não houve o cumprimento das metas propostas, foram feitas mudanças, ampliando os avanços para o ano seguinte no PMS.

Importante ressaltar que apesar de o PMS e o RAG serem instrumentos de planejamento da gestão, são documentos que devem obrigatoriamente ser submetidos à aprovação do CMS.²⁰

É necessário que se desenvolvam ações individuais e coletivas, de acompanhamento e promoção da saúde nas USF, mostrando para a população que o cuidado com a saúde é realizado por uma equipe multiprofissional de forma integral e que esse cuidado não é centrado apenas na figura do médico, e que a AB torne-se a tão esperada porta de entrada para os serviços de saúde.¹¹

Por fim, o foco principal do processo de gestão é a população, sendo os gestores e colaboradores, coatores nesse processo, desenvolvendo ações que viabilizem a efetivação das melhorias propostas, contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Lentsck MH, Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Suppl 3):3455-66.
3. Gomes FM, Silva MGC. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Suppl 1):893-902.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 29 de dezembro de 2006.

5. Bahia. Santo Antônio de Jesus. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão, exercício de 2008. Santo Antônio de Jesus; 2009.
6. Brasil. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Informação em Saúde (DIS). Extraído de: [http://www1.saude.ba.gov.br/dis/info_saude.html], acesso em [23 de agosto de 2013].
7. Bahia. Santo Antônio de Jesus. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 2006-2009. Santo Antônio de Jesus; 2006.
8. Bahia. Santo Antônio de Jesus. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 2010-2013. Santo Antônio de Jesus; 2010.
9. Souza J, Kantorski LP, Luis MAV. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. Rev Baiana Enferm. 2011;25(2):221-8.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
11. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. Rev Eletr Enf. 2009;11(4):820-9.
12. Almeida PF, GIOVANELLA L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad Saúde Pública. 2008;24(8):1727-42.
13. Brasil. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. Centro de Documentação de Informação. Coordenação de Biblioteca. Constituição da República Federativa do Brasil. 35 ed. Brasília; 2012.
14. Bahia. Santo Antônio de Jesus. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão, exercício de 2009. Santo Antônio de Jesus; 2009.
15. Santo Antônio de Jesus. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão, exercício de 2010. Santo Antônio de Jesus; 2011.
16. Teixeira CF. A mudança no modelo de Atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Salvador: EDUFBA; 2006.

17. Santo Antônio de Jesus. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão, exercício de 2011. Santo Antônio de Jesus; 2012.
18. Santo Antônio de Jesus. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão, exercício de 2012. Santo Antônio de Jesus; 2013.
19. Figueiredo EN. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. São Paulo: UNIFESP; 2012.
20. Barreto JOM, Passos GO. Deliberação política nos espaços de participação social do Sistema Único de Saúde do Brasil. Rev Saúde Debate. 2011;35(90):366-75.

Recebido em 05.12.2013 e aprovado em 03.07.2014.