

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**LEANDRA SILVA LISBOA
MARIA DO CARMO SILVA CHAGAS**

**IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
EVOLUÇÃO DE ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE SÃO LUÍS NO PERÍODO DE 2000 A 2006**

São Luís
2008

**LEANDRA SILVA LISBOA
MARIA DO CARMO SILVA CHAGAS**

**IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
EVOLUÇÃO DE ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE SÃO LUÍS NO PERÍODO DE 2000 A 2006**

Trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro – Excelência em Pós-Graduação, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama

São Luís
2008

**LEANDRA SILVA LISBOA
MARIA DO CARMO SILVA CHAGAS**

**IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
EVOLUÇÃO DE ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE SÃO LUÍS NO PERÍODO DE 2000 A 2006**

Trabalho de conclusão de Curso de Especialização em
Saúde da Família da Laboro – Excelência em Pós-
Graduação, para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mônica Elinor Alves Gama

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo – USP

Prof^ª. Árina Ribeiro Santos

Mestre em Saúde do Ambiente
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

A Deus, por ter nos concedido a oportunidade de vivenciar momentos tão especiais em nossas vidas. E as nossas famílias.

AGRADECIMENTOS

Em especial e primordialmente a Deus, pela vida que nos permite ousar a cada dia.

As nossas famílias, por terem compreendido as nossas ausências durante o transcorrer dessa trajetória.

Aos nossos professores por terem contribuído grandemente para nossa especialização através de seus ensinamentos e profissionalismo.

À Coordenação do PSF de São Luís, pela parceria e colaboração no fornecimento de dados essenciais para elaboração deste trabalho.

À Prof^ª. Dr^ª. Mônica Elinor Alves Gama, nossa orientadora, pela sua parceria, sugestões, paciência e incentivo que nos permitiu concluir este trabalho com tranquilidade e êxito.

Enfim, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho, os nossos sinceros agradecimentos.

*[...] Há uma tremenda força de mudança no ar.
Há um movimento poderoso, tecendo a novidade através
de milhares de gestos de encontro.
Há fome de humanidade entre nós, por sorte ou por
virtude de um povo que ainda é capaz de sentir e mudar.*

Betinho

RESUMO

O presente estudo apresenta um breve relato sobre alguns aspectos históricos da implantação e organização do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstrando as mudanças e contribuições que a criação deste sistema trouxe à saúde do país. No mesmo estudo, consta a investigação da evolução do Programa de Saúde da Família (PSF), trazendo à tona a sua história de implantação e seu crescimento no Brasil e em São Luís, local do referido estudo. Para melhor demonstrar o impacto da implantação deste programa, foram colhidos dados de indicadores de saúde do município no período de 2000 a 2006, fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e pela Coordenação do PSF de São Luís, os quais foram ilustrados através de gráficos e em seguida analisados e discutidos. Para resgatar pontos marcantes da história do SUS e PSF, contamos com a abonação dos estudos publicados pelo Ministério da Saúde, entre outros que serviram para a construção teórica desta pesquisa.

Palavras-Chaves: Programa de Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Indicadores de Saúde.

ABSTRACT

The present study presents an abbreviation report about some historical aspects of the implantation and organization of the unique system of Health (SUS), demonstrating the changes and contributions that the creation of this system brought to the health of the country. In the same study it consists the investigation of the evolution of the Program of Health of the Family (PSF), bringing to the reveal your implantation history and your growth in Brazil and in São Luís, place of the referred study. For best to demonstrate the impact of the implantation of this program was picked data of indicators of health of the municipal district in the period from 2000 to 2006, supplied by the System of Information of the Basic Attention (SIAB) and for the Coordination of PSF of São Luís, which were cultured through graphs and soon after analyzed and discussed. To rescue outstanding points of the history of SUS and PSF, we counted with the bail of the studies published by Ministry of Health, among others that were for the theoretical construction of this research.

Key-Words: Program of Health of the Family. Unique System of Health. Indicators of Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AISMIN	-	Ações Integradas de Saúde Infantil e Nutrição
CENEP	-	Centro Nacional de Epidemiologia
CIB	-	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	-	Comissão Intergestores Tripartite
CONASS	-	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	-	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
CNS	-	Conferência Nacional de Saúde
CF	-	Constituição Federal
DAB	-	Departamento de Atenção Básica
DM	-	Diabetes Mellitus
DO	-	Declaração de Óbito
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
FNS	-	Fundação Nacional de Saúde
FSESP	-	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
GACC	-	Grupo de Apoio às Comunidades Carentes
HA	-	Hipertensão Arterial
ICCN	-	Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
IAPAS	-	Instituto de Administração de Previdência e Assistência Social
INSS	-	Instituto Nacional de Seguridade Social
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IRA	-	Infecção Respiratória Aguda
MS	-	Ministério da Saúde
NOB	-	Norma Operacional Básica
NOAS	-	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONG	-	Organização Não Governamental
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	-	Piso da Atenção Básica
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	-	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PNACS	-	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNCT	-	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PNI	-	Programa Nacional de Imunização
PROS	-	Programação e Orçamentação de Saúde
PSF	-	Programa de Saúde da Família
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SES	-	Secretaria Estadual de Saúde
SEMUS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	-	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIAB	-	Sistema de Informação da Atenção Básica
TRO	-	Tratamento de Reidratação Oral
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	-	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Evolução do número de Equipes de Saúde da Família e do número de famílias cadastradas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.....	37
Figura 2	- Evolução do número de famílias acompanhadas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006	37
Figura 3	- Número de portadores de tuberculose cadastrados e acompanhados nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006	39
Figura 4	- Número de portadores de hanseníase cadastrados e acompanhados nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006	40
Figura 5	- Número de hipertensos cadastrados e acompanhados nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006	41
Figura 6	- Número de diabéticos cadastrados e acompanhados nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.....	42
Tabela 1	- Prevalência de tuberculosos, hansenianos, hipertensos e diabéticos (20 anos ou mais) nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006	44
Figura 7	- Mortalidade infantil precoce (RN < 28 dias) nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006	45
Figura 8	- Taxa de mortalidade infantil nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006	46
Figura 9	- Incidência de baixo peso ao nascer nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006	47
Figura 10	- Prevalência de desnutrição em crianças < 1 ano e de 12 a 24 meses e 29 dias nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.....	49
Figura 11	- Proporção de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias com aleitamento materno exclusivo nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006	50
Figura 12	- Proporção de crianças com esquema vacinal em dia < 1 ano e de 12 a 24 meses e 29 dias nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006	51
Figura 13	- Número de óbitos de mulheres em idade fértil nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006	55
Figura 14	- Número de gestantes cadastradas, acompanhadas, com vacina em dia e com início de pré-natal no 1º trimestre nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.....	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Histórico da Implantação e Organização do SUS	11
1.2 Pacto pela Saúde	15
1.2.1 Pacto em defesa do SUS	16
1.2.2 Pacto pela vida	17
1.2.3 Pacto de gestão	17
1.3 Promoção e Vigilância em Saúde	18
1.4 Atenção Primária à Saúde & Atenção Básica à Saúde	22
1.5 Programa de Saúde da Família (PSF): breve histórico de implantação e evolução no Brasil e em São Luís-MA	24
2 JUSTIFICATIVA	33
3 OBJETO DE ESTUDO	34
4 OBJETIVOS	34
4.1 Geral	34
4.2 Específicos	34
5 METODOLOGIA	35
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	37
7 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	60
ANEXOS	65

1 INTRODUÇÃO

A difícil situação porque tem passado o setor saúde no Brasil até os dias atuais, tem sido algo desalentador, mas grandes mudanças têm ocorrido, de modo que não se pode negar as melhorias alcançadas; porém, novos e grandes desafios surgiram havendo a necessidade de se buscar novos meios como tentativa de enfrentá-los e superá-los. Exemplo disso foi à criação e implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), cuja estratégia incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2001a), cuja história (SUS e PSF) descreveremos a seguir.

1.1 Histórico da Implantação e Organização do SUS

Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde (MS) desenvolvia ações de promoção da saúde coletiva e prevenção de endemias com apoio dos estados e municípios, sendo que todas essas ações eram desenvolvidas sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária (BRASIL, 2002a).

De acordo com Finkelman (2002, p. 40), “A história da saúde pública no Brasil é, em larga medida, uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais”.

No início do século XX, o café era o principal produto que gerava uma economia baseada na agro-exportação. E o modelo das campanhas sanitárias, adotado nessa época, servia ao propósito de evitar doenças como malária, peste e varíola que pudessem prejudicar as exportações, isso porque mantinha os portos e locais de circulação das mercadorias, todos saneados (FINKELMAN, 2002).

A esse respeito, o mesmo autor (2002, p. 319) afirma que a saúde no Brasil emergiu no século XX, com:

[...] a implantação da economia exportadora do café na região sudeste. A melhoria das condições sanitárias, entendida então como dependente, basicamente, do controle das endemias e do saneamento dos portos e do meio urbano, tornou-se uma efetiva política de Estado, embora essas ações estivessem bastante concentradas no eixo agrário-exportador e administrativo, formado pelos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

Uma imensa urbanização se deu no início da década de 1930, devido à desvalorização do café no mercado internacional; isso associado a outros fatores econômicos e políticos importantes, que terminaram por formar uma classe de trabalhadores assalariados, vindos principalmente da indústria e do transporte. Em decorrência da industrialização e da

urbanização crescentes, o modelo de sanitarismo campanhista passou a ser insuficiente às necessidades econômicas, sendo trocado progressivamente por um modelo médico-assistencial privatista e hegemônico, tudo isso, por quase três décadas (FINKELMAN, 2002).

De acordo com Carvalho et al. (2001), o modelo médico-assistencial caracterizou-se por uma prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento à saúde pública.

Neste modelo de assistência à saúde, o MS atuava através de poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além de ações da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) realizadas em regiões específicas (norte e nordeste). Tais ações eram prestadas a populações desfavorecidas, pois não tinham nenhum direito de assistência à saúde (BRASIL, 2002a).

A atuação do setor público nessa área era realizada através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que mais tarde, através de legislação específica, se desdobrou em três outras instituições: Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (BRASIL, 2002a).

Segundo BRASIL (2002a, p. 1) o INAMPS tinha:

[...] a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria de seus beneficiários. A assistência à saúde, desenvolvida pelo INAMPS, beneficiava apenas trabalhadores da economia formal, com 'carteira assinada', e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios do SUS.

Portanto, os recursos recebidos pelo Estado, eram proporcionais ao número de beneficiários existentes, ou seja, quanto mais desenvolvida a economia do estado, maior seria o número de beneficiários e, conseqüentemente, aumentaria a necessidade de recursos para dar assistência a essa população. Assim sendo, o INAMPS passou a aplicar mais recursos nas regiões sul e sudeste (consideradas de maior porte e mais ricas) do que nas regiões norte e nordeste (mais pobres) que recebiam menos recursos (BRASIL, 2002a).

Em meados da década de 70, a previdência entra em crise de financiamento e, conseqüentemente, começa a adotar várias medidas para racionalizar despesas, e também, já na década de 80, começa a “comprar” serviços de saúde do setor público. Nesse mesmo período, o INAMPS passa a dar assistência aos trabalhadores rurais, o que representou uma grande melhoria nas condições de acesso dessa população aos serviços de saúde (BRASIL, 2002a).

Nesta luta pela melhoria e pelo desenvolvimento do setor saúde, um dos eventos

mais expressivos de saúde no Brasil aconteceu em março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocasião em que o período de transição vivido pelo país e as novas perspectivas de trabalho no setor, foram amplamente discutidos, o que originou uma nova proposta de estrutura e política nacional de saúde (CARVALHO et al., 2001).

Nesse contexto político-econômico, originaram-se as primeiras discussões em busca de reformas nas políticas de saúde e, conseqüentemente, a organização do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira com intuito de formular pensamentos críticos, na tentativa de tornar essa política mais eficaz e produtiva e, assim transformar a saúde em direito incondicional do ser humano (CARVALHO et al., 2001).

Segundo Brasil (2002a, p. 2):

A primeira e grande conquista do movimento da Reforma Sanitária foi, em 1988, com a definição da Constituição Federal (CF), relativa ao setor saúde. O art. 196 da CF conceitua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”. Aqui se define, de maneira clara, a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

Portanto, é na década de 80 que o SUS é apresentado no cenário nacional, como um degrau a mais, proposto pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que dispõe sobre a descentralização para trazer às Unidades Federadas e Municipais, os direitos e deveres de administrar, política e financeiramente, o sistema nacional de saúde (BRASIL, 2002a).

Assim, em 27 de julho de 1993, quase três anos após a promulgação da lei 8080 (Lei Orgânica da Saúde) que regulamentou o SUS em 29 de setembro de 1990, o INAMPS foi extinto através da lei 8.689, sendo que suas funções, competências, atividades e atribuições foram absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal, gestoras do SUS (BRASIL, 2002a).

Segundo BRASIL (2002a, p. 16) o SUS:

É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores de HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer.

O SUS deve ser entendido como um processo em marcha de produção social da saúde, que é desenvolvido de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da CF vigente, obedecendo a princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizacionais (descentralização com comando único em cada esfera de governo, regionalização, hierarquização e participação popular) (BRASIL, 2003a).

Desde sua instituição, o SUS vem passando por importantes mudanças, e tal processo foi orientado, inicialmente, pela lei 8.142, de 28/12/1990 que dispõe, entre outros assuntos, sobre a participação popular na gestão do SUS e estabelece em seu artigo 1º que o SUS, segundo Brasil (1990, p. 1), “Contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das

funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde”.

A Conferência de Saúde avalia a situação da saúde e propõe diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis nacional, estadual e municipal, e deve ser convocada, pelo menos, de quatro em quatro anos. O Conselho de Saúde é um órgão composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, e se caracteriza como colegiado de caráter permanente e deliberativo (BRASIL, 1990).

Em seguida, o mesmo processo passou a ser orientado pelas Normas Operacionais criadas por meio de portarias ministeriais que, segundo Brasil (2003, p. 8), se conceituam como “Instrumentos utilizados para definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientem a operacionalidade do sistema, a partir da avaliação periódica de implantação do SUS”.

O mesmo autor ainda relata que, desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicados três Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 1991, 1993 e 1996) e em 2001 foi publicado a primeira Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS), estas assim se definem:

- a) NOB/SUS 01/91: foi editada pela resolução do INAMPS nº 258 em 7/01/1991, e reeditada com alterações pela resolução do INAMPS nº 273 em 17/07/1991, publicadas no Boletim de serviço daquele instituto. Essa NOB teve como ponto mais importante o lançamento do processo de municipalização da saúde, exigindo dos municípios os seguintes requisitos – criação dos conselhos municipais de saúde; criação do fundo municipal de saúde; plano municipal de saúde aprovado pelos referidos conselhos; Programação e Orçamento da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde; contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento; constituição da comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), com o prazo de dois anos para a sua implantação.
- b) NOB/SUS 01/93: editada pela portaria GM/MS nº 545 em 20/05/1993, formalizou os princípios aprovados na 9ª CNS, que teve como tema central “a municipalização é o caminho”, e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão.
- c) NOB/SUS 01/96: foi editada pela portaria GM/MS nº 2.203 em 5/11/1996 e promoveu um grande avanço no processo de descentralização, criando novas

condições de gestão para os estados e municípios, redefinindo as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e competências de Estados e Municípios.

- d) NOAS/SUS 01/2001: editada pela portaria GM/MS nº 95 em 26/11/2001, e atualmente em vigor, articulou a ampliação das responsabilidades e ações estratégicas dos municípios na garantia de acesso da população aos serviços da Atenção Básica, e também articulou o processo de regionalização e a organização funcional do sistema, elementos centrais para o avanço do processo.

Após quase duas décadas do processo de institucionalização do SUS, a sua implementação e implantação evoluíram, principalmente no que se refere ao processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. Segundo Brasil (2006a, p. 7):

O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

A partir desta necessidade, foi firmado entre três gestores do SUS um pacto de responsabilidades no campo de gestão do Sistema e da atenção à saúde.

1.2 Pacto pela Saúde

Em 2003, o CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, solicitou ao MS a revisão do processo normativo do SUS. Segundo Brasil (2007a, p. 119) era compreensão dos gestores estaduais que:

O processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e diferenças do nosso país e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que contemplasse os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental; a reafirmação da importância de pactuação; e o fortalecimento do controle social.

É importante esclarecer que, para o processo de normatização e pactuação do Sistema, devem estar presentes os seguintes representantes gestores, formando as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB); esses gestores integram as seguintes organizações: CONASS, CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), MS, COSEMS (Colegiado de Secretários Municipais de Saúde) e SES (Secretaria

Estadual de Saúde). CIT, quando estão reunidos o CONASS, CONASEMS e MS, e CIB quando se integram COSEMS e SES (BRASIL, 2007a).

A partir de discussões obtidas através do pacto de gestão, houve a necessidade de compreensão por parte dos gestores federais, estaduais e municipais da necessidade de se pactuar metas e objetivos sanitários a serem alcançados, assim como, incluir a sociedade na defesa do SUS (BRASIL, 2007a).

O processo deu-se, inicialmente, em agosto de 2004 com a realização de uma oficina de trabalho denominada de Agenda do Pacto de Gestão, com a participação do CONASS, CONASEMS e MS, que teve como objetivo, iniciar as discussões sobre a revisão do processo normativo do SUS e estabelecer diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho para elaborar proposta para pactuação de questões essenciais para o processo de gestão do SUS (BRASIL, 2007a).

Diante disso, houve a carência de organização de um pacto pela saúde, que exigiu a construção de consensos, os quais constam na portaria GM/MS n° 399, publicada em 22/02/2006, com definição das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Essas diretrizes reafirmam princípios, consolidam processos como a regionalização e instrumentos de planejamento e possibilitam reorganizar o processo de gestão e regulação do sistema de saúde (BRASIL, 2007a).

O Pacto pela Saúde tem como objetivo responder aos desafios atuais da gestão e organização do sistema e assim, dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira, além do mais, transforma a saúde numa política de Estado mais do que uma política de governo. Esse processo almeja uma qualificação da gestão pública do SUS, adquirindo maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas (BRASIL, 2006a).

Neste propósito, foram definidas três dimensões no pacto pela saúde 2006, que descreveremos a seguir.

1.2.1 Pacto em defesa do SUS

Este representa o compromisso de repolitização do SUS, firmando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado. Para isso, os gestores percebem que há necessidade de romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo como um dos pontos centrais, o financiamento público (BRASIL, 2006a).

1.2.2 Pacto pela vida

É formado por um conjunto de compromissos sanitários, explícitos em objetivos de processos e resultados, originados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2007a).

De acordo com a Portaria de nº 339/GM de 22/ 02/2006 que divulga o Pacto pela saúde 2006, essas prioridades devem ser entendidas como ação no campo da saúde com foco em resultados e com a clareza de que existam compromissos orçamentários e financeiros, capazes de proporcionar o alcance desses resultados.

A definição de prioridades deve ser determinada por metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Por isso, os pactos estaduais deverão estar referenciados pelas metas e objetivos nacionais; os regionais e municipais pelas metas estaduais. Essa operacionalização no processo de monitoramento e avaliação deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, levando em consideração as pactuações realizadas, sendo uma mudança operacional importante, porque não haverá necessidade de se impor metas nacionais a estados, nem metas estaduais a regiões ou municípios, pois o processo de pactuação é uma negociação equilibrada entre gestores e não imposição de uma das partes sobre a outra (BRASIL, 2006a).

Baseado nisso, o pacto pela vida 2006, segundo Brasil (2007b, p. 48):

Definiu seis prioridades, tais como: Saúde do Idoso; controle do câncer de colo do útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica/primária.

1.2.3 Pacto de gestão

O pacto de gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado, de maneira a reduzir as competências concorrentes, contribuindo para o fortalecimento da administração compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2006a).

Este representará um novo pacto federativo sanitário, estruturando-se sob o conceito de unidade doutrinária e da variedade operacional, procurando na pactuação, a ser determinada em CIB, as melhores resoluções para as questões como a regulação e a administração dos serviços de saúde (BRASIL, 2006a).

Contudo, propõe a descentralização de atribuições do MS para os estados e municípios, acompanhada da desburocratização dos processos normativos, enfatizando a

territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (BRASIL, 2006a).

Torna claras as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite com grandes financiamentos federais e determina relações de contratos entre os órgãos federativos, com ênfase na descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006a).

1.3 Promoção e Vigilância em Saúde

Como foi visto anteriormente, entre as macroprioridades do Pacto pela Vida, encontramos a Promoção da Saúde. Esta foi definida na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1986) como “Um processo que confere à população os meios para assegurar um maior controle e melhoria de sua própria saúde, não se limitando a ações de responsabilidade do setor saúde” (WHO, 1992 apud BRASIL, 2007c, p. 47).

Por isso, propõe-se a capacitação das pessoas para uma administração mais autônoma da saúde e dos seus determinantes. Caracteriza-se, ainda, por ações de ampliação da consciência sanitária, dos direitos e deveres do povo, além de ações intersetorial e intrasetorial que se constituem em práticas sanitárias que se referem a atividades coletivas, direcionadas para a definição de políticas de preservação e proteção do ambiente físico e social, tendo como apoio a informação, educação e comunicação para os profissionais e população (BRASIL, 2007c).

Através da Portaria nº 687/GM de 30/03/2006, o MS instituiu a política nacional de promoção da saúde, objetivando:

A promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e serviços essenciais (BRASIL, 2007c, p. 47).

Acerca do alcance deste objetivo, a promoção da saúde necessita ser entendida como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política integrada e intersetorial, que favoreça a comunicação entre as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor não-governamental e a sociedade, criando assim redes de compromisso e de co-responsabilidade no que se refere à qualidade de vida da população para que todos sejam participantes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2007c).

Isto inclui um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e

saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e o aspecto adequado de cuidados de saúde, pois propiciam condições favoráveis para o desenvolvimento da população (BRASIL, 2007c).

Tal desenvolvimento, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), deve ser formulado e implementado em torno de cinco pontos: desenvolvimento de políticas públicas articuladas e saudáveis; incremento do poder técnico e político das comunidades; desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida; a reorientação dos serviços de saúde e a criação de ambientes favoráveis à mesma (WHO, 1992 apud BRASIL, 2007c).

Com a inclusão da Promoção da Saúde dentre as prioridades do Pacto pela saúde, favoreceu-se a institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde, num documento que contém, além dos objetivos, as diretrizes e estratégias de implementação, as responsabilidades das esferas de administração e ações específicas priorizadas para o biênio 2006-2007 e ainda, complementando com normativos como: Portaria GM/ MS nº 2608, de 28 de dezembro de 2005; Portaria interministerial nº 1010, de 8 de maio de 2006 e Portaria SVS nº 23 de 18 de maio de 2006 (BRASIL, 2007c).

No que diz respeito à Vigilância em Saúde, entende-se que faz parte de um conjunto de ações básicas de saúde que, quando integradas, contribuem para a promoção da saúde.

O conceito de Vigilância em Saúde não se refere apenas à vigilância de doenças transmissíveis, mas também à prevenção e controle de fatores de risco (ambientais e de doenças não transmissíveis). Sendo assim, essas ações são de extrema importância pois se integram às ações do SUS em todos os níveis (BRASIL, 2007d).

Segundo Brasil (2007d, p. 18):

Na definição original, proposta pelo pioneiro A. Langmur (1963), a vigilância correspondia, essencialmente, à detecção, análise e disseminação de informações sobre doenças relevantes, que deveriam ser objeto de monitoramento contínuo. Esse novo termo, vigilância (surveillance), foi utilizado pela primeira vez, em abril de 1955, na denominação do Programa Nacional de Vigilância da Poliomielite, criado junto aos Centros de Controle de Doenças (CCD) para coletar, consolidar e disseminar informações epidemiológicas sobre essa doença.

A prática de vigilância, ao longo dos anos, em países como os EUA, tinha como produto final a elaboração de recomendações a partir da análise de dados, que se transformaram em medidas preventivas. Assim, em vários países, inclusive o Brasil, ocorreu uma atuação mais integrada entre ações típicas de vigilância com a execução de programas de prevenção e controle de doenças (BRASIL, 2007d).

Em meados de 1990, no Brasil, algumas Secretarias Estaduais e Municipais passam a utilizar a denominação Vigilância à Saúde para designar novas unidades de sua estrutura organizacional, promovendo a união entre as áreas de vigilância epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador (BRASIL, 2007d).

Em 2003, o MS reorganizou a área epidemiológica e controle de doenças com a criação da Secretária de Vigilância à Saúde, que passou a reunir todas as atribuições da extinta CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia) e dos programas (de tuberculose, hanseníase, hepatites virais, doenças sexualmente transmissíveis e Aids) da também extinta Secretaria de Políticas de Saúde. Esta alteração evidenciou uma importante mudança institucional e reuniu todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças numa mesma estrutura (BRASIL, 2007d).

Em dezembro de 2006, na reunião da CIT, percebe-se a necessidade de estabelecer um processo de programação de ações de Vigilância em Saúde em cada Unidade Federada, como base para definição das ações a serem executadas nas SES ou órgão de gestão (BRASIL, 2007d).

Assim, foram estabelecidas as Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde que, segundo Brasil (2007d, p. 62) “Estabelecem um conjunto de atividades e metas, discutidas e acordadas entre SES e Secretarias Municipais de Saúde (SEMUS), relativo a área de vigilância, prevenção e controle de doenças e ações básicas de Vigilância Sanitária”. Essas ações estão agrupadas nos seguintes módulos:

- Notificação de doenças e agravos;
- Investigação epidemiológica;
- Diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública;
- Vigilância ambiental;
- Vigilância de doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses;
- Controle de doenças;
- Imunizações;
- Monitorização de agravos de relevância epidemiológica;
- Divulgação de informações epidemiológicas;
- Elaboração de estudos e pesquisas em epidemiologia;
- Alimentação e manutenção de sistemas de informação;
- Acompanhamento das atividades programadas;
- Ações básicas de vigilância sanitária.

Segundo Brasil (2007d) o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde é composto de recursos federais e acrescido por recursos estadual e/ou municipal e destina-se ao financiamento

das seguintes ações de vigilância:

- a) *Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis* – importante instrumento para planejamento, organização e operacionalização de serviço de saúde que permite conhecer o comportamento de doenças e seus agravos. Este tem como função coletar e processar dados, analisar e interpretar dados processados, recomendar e promover medidas de ação de controle, avaliar a eficácia e efetividade das medidas e divulgar informações pertinentes.
- b) *Vigilância Epidemiológica de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis* – exige estratégias específicas, integradas e complementares, atuando em três eixos, a saber: vigilância de doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores protetores e de risco, vigilância de acidentes e violência e promoção da saúde.
- c) *Vigilância em Saúde Ambiental* – busca identificar situações de perigo no ambiente que possam causar doenças, morte e incapacidades como único objetivo de adotar medidas para redução da exposição ao risco. As principais áreas de atuação da Vigilância em Saúde Ambiental são: controle de qualidade da água para consumo humano; qualidade do ar e do solo, substâncias químicas, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos (radiações) e ambiente de trabalho.
- d) *Vigilância em Saúde do Trabalhador* – conjunto de atividades que se destinam à promoção e proteção à saúde do trabalhador, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Visa à proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos conseqüentes das condições de trabalho.
- e) *Vigilância Sanitária* – conjunto de ações capazes de eliminar, reduzir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens (processos de produção e consumo) e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Durante todo esse período evolutivo, referente à saúde do povo brasileiro, a qual se aperfeiçoou até chegar ao ponto de lançamento do Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS, nos países desenvolvidos onde há muito tempo já se lutava em busca de meios para o estabelecimento de estratégias capazes de elaborar um sistema de saúde de abrangência tal que fosse capaz de cobrir toda a população, chegou-se finalmente à instituição da Atenção Primária à Saúde, conforme podemos ver a seguir e que, no Brasil, se constitui no mais poderoso instrumento de sustentação do SUS.

1.4 Atenção Primária à Saúde & Atenção Básica à Saúde

Em 1977-1978 foi deflagrado um grande movimento internacional em prol da saúde pública em que ficou decidido, por unanimidade, na Assembléia Mundial de Saúde, que a principal meta social dos governos participantes seria a obtenção, por parte de todos os cidadãos do mundo, de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitisse levar vida social e economicamente produtiva, sendo hoje conhecida como “Saúde para todos no ano 2000” (STARFIELD, 2002).

Segundo a mesma autora, essa declaração iniciou uma série de atividades, levando os membros ali presentes a pensar sobre a atenção primária, cujos princípios foram enunciados na Conferência de Alma Ata, realizada na antiga União Soviética em setembro de 1978, ocasião em que a OMS assim definiu a Atenção Primária:

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

Estabelecidas as diretrizes para a utilização dos princípios da Atenção Primária, aqui apresentados, muitos pensadores têm-se debruçado em exaustivos estudos, no sentido de tornar esses princípios cada vez mais claros, facilitando assim a compreensão dos mesmos e a melhor forma de colocá-los em prática para a obtenção dos frutos que tanto se deseja nesse difícil campo da saúde pública.

Assim sendo, Brasil (2004a), oferece importante contribuição para a discussão na reunião de consenso de Avaliação da Atenção Básica. No centro dessas discussões, muitos dos que são responsáveis pelas decisões no setor saúde de diversos países, têm chegado ao consenso de que é na Atenção Primária que se pode encontrar o que há de melhor para a obtenção de um bom desempenho dos sistemas de saúde.

Muitos, inclusive, já observaram:

Evidências suficientes que nos países onde os sistemas de saúde são orientados pelos princípios da atenção primária, os custos são menores, há maior satisfação dos usuários e se alcançam melhores indicadores de saúde, mesmo em situação de grande iniquidade social (MACINKO et al., 2003 apud BRASIL, 2004a, p. 23).

“Nesse contexto, a atenção primária à saúde, vem sendo colocada como uma

megatendência dos sistemas de saúde no mundo” (RUBINSTIN, 2001 apud BRASIL, 2004a, p. 23).

Antes da criação do SUS, já se pensava na atenção primária como um referencial na organização dos serviços de saúde, pois era uma proposta e alternativa principal de mudança do modelo assistencial. Após a criação do SUS e com seu desenvolvimento e organização dos mecanismos financeiros e operacionais, o termo Atenção Básica foi adotado (GIL, 2006).

Para demonstrar a importância que tem a Atenção Primária à Saúde, nesse processo de transformação dos sistemas de saúde, em particular o brasileiro, Starfield (2002, p. 33) mostra com clareza, no quadro a seguir, a grande diferença entre o modelo antigo de assistência à saúde e o atual.

CONVENCIONAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor de saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Contudo, a denominação de Atenção Primária à Saúde permaneceu até os idos de 1998 quando o MS resolveu lançar uma portaria intermediada por pacto tripartite, criando o chamado Manual de Organização da Atenção Básica, oferecendo a esse tipo de atenção à saúde o seguinte conceito (SOUSA, 2004, p. 23):

É um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no grupo Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso de 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Nesse processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e se constituindo como porta de entrada preferencial do SUS, sendo um ponto de partida para a

estruturação dos sistemas de saúde locais, principalmente no que se refere ao PSF (BRASIL, 2006b).

1.5 Programa de Saúde da Família (PSF): breve histórico de implantação e evolução no Brasil e em São Luís-MA

O PSF é a principal estratégia de organização da atenção básica que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, em toda sua área de abrangência, dando uma assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, a todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade (BRASIL, 2002b).

Segundo Rosa (2005, p. 1), o PSF “surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde”. O mesmo autor (2005, p. 4) diz que o MS conceitua o PSF da seguinte forma:

Uma estratégia que visa atender indivíduos e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. PSF pode ser definido como: “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados”.

Através dessa estratégia, busca-se de forma humanizada, regionalizar os cuidados da atenção básica, propiciando acesso do cidadão à assistência cada vez mais próxima de sua moradia, facilitando, desse modo, o seu acompanhamento e orientação (SOFHIA, 2002).

Portanto, entende-se que o principal objetivo do PSF, é a reorganização para que passe a existir, entre a comunidade e os profissionais da saúde, uma nova relação – de confiança, de atenção e de respeito. Essa nova relação é um dos principais pontos de apoio dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF).

Para entender melhor o conceito e o real significado do PSF, é necessário conhecer sua história de implantação e sua evolução no Brasil, portanto a “idéia do PSF” surgiu inicialmente em outros países como Canadá, Cuba, Inglaterra e outros que no início da década de 80, deram os primeiros passos nessa direção como pioneiros das mudanças nos serviços primários de saúde, que foram reconhecidas mundialmente e serviram de referência para formulação do programa brasileiro (SOUSA, 2004).

A história da criação e implantação do PSF e o desafio de levá-lo a milhões de

brasileiros, conforme pode-se observar em Brasil (2002b), tem origem nos grandes movimentos sociais de 1960 a 1980, os quais visavam substituir o modelo tradicional de saúde, baseado na valorização do hospital e da doença, por um novo modelo capaz de priorizar a prevenção e a promoção da saúde com participação popular. Foi um longo período de discussão, buscando um novo paradigma para a saúde do Brasil.

Inicialmente, centros acadêmicos e organizações não governamentais com a ajuda do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), muito lutaram pela melhoria da qualidade de vida das pessoas. Isso era plenamente justificável, visto que o alarmante cenário, mostrando um elevado índice de mortalidade infantil e materna era constante, sobretudo no nordeste, região concentradora do maior percentual de população em estado de pobreza, exposta a um grande risco de adoecer e morrer (BRASIL, 2002b).

Segundo Sousa (2001 apud SOUSA, 2004, p. 25) vale recorda que:

O programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ceará, implantado em 1988 por iniciativa estadual e outras experiências, influenciaram a concepção teórico/prática do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizado em 1991 pelo Ministério da Saúde. O PACS foi desenhado de modo a compor uma etapa de transição para uma estratégia mais abrangente, denominada “Programa de Saúde da Família” (PSF), cuja implantação teve início em março de 1994.

Diante da experiência bem sucedida no Estado do Ceará, o mesmo serviu como referência para que todos os estados do nordeste aderissem ao programa. Oficializado o PACS pelo MS, normas e princípios foram estabelecidos para garantir o perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS), tais como: ter no mínimo 18 anos; saber ler e escrever; ser morador há, pelo menos 2 anos na área; e ser escolhido por processo seletivo pela SES dentro do próprio município. Com o avanço do processo de descentralização e municipalização, essa atividade foi assumida como atribuição dos municípios (BRASIL, 2002b).

Com a inserção do ACS no sistema local de saúde, era-lhe atribuída a responsabilidade de acompanhar 150 a 200 famílias, concentradas em uma microárea. Tal medida é de grande relevância para fortalecer a importância da vigilância à saúde e de responsabilização territorial (BRASIL, 2002b).

Mas a implantação do PACS nos municípios, segundo Brasil (2002b, p. 8), condicionava-se ao cumprimento das seguintes exigências:

Ter uma unidade de saúde à qual o agente comunitário de saúde estivesse vinculado;
Ter um profissional enfermeiro, que assumisse a função de instrutor/supervisor;
Ter um Conselho Municipal de saúde implantado;
Ter fundo municipal de saúde criado e implantado, para receber recursos do programa.

Tais condições foram fundamentais para inserir os agentes comunitários no sistema local de saúde e fortalecer o movimento de descentralização e municipalização dos

serviços de saúde, como preconizado pelos princípios organizacionais do SUS (BRASIL, 2002b).

No final de 1991 e início de 1992, as ações do PACS foram estendidas em caráter emergencial à região norte do país, no sentido de combater a epidemia de cólera que ameaçava a região. Naquela ocasião, grandes debates se evidenciaram, explicitando conflitos com inevitáveis reflexos sobre o PACS (BRASIL, 2002b).

A cada troca de ministro o programa se enfraquecia, já que não havia consenso sobre sua continuidade, bem como, não havia fonte de financiamento para mantê-lo funcionando. E para complicar ainda mais, alguém o qualificava, ora como programa eleitoreiro, ora de perfil neoliberal (BRASIL, 2002b).

Ainda, conforme o autor acima, em 1993, na gestão do então ministro Jamil Haddad, o PACS foi posto em xeque, ou seja, seria reorientado ou abandonado. Mas o êxito conseguido através de suas ações, como: diminuição da mortalidade infantil, aumento do aleitamento materno exclusivo, aumento da cobertura vacinal, bem como, as medidas gerenciais tomadas em parceria com as SES's, permitindo o redirecionamento do programa.

A partir de então, o agente comunitário valorizou-se como elemento de identificação e tradução da realidade de sua comunidade e, sobretudo como condutor de informações mais precisas sobre as condições epidemiológicas de sua localidade. Assim estavam preparados os ACS's para participar da nova "estratégia estruturante" em curso de preparação e em vias de implantação (BRASIL, 2002b).

Chega o final de 1993 e com o reconhecimento das limitações do PACS que, por si só, não podia provocar mudanças efetivas na forma de organização dos serviços básicos de saúde e, frente à crise do modelo assistencial que precisava ser enfrentado para consolidar o processo de reforma, iniciado pela implantação do SUS, foram produzidas as bases para a criação da "estratégia estruturante" que foi lançada pelo MS, em 1994, com a denominação de Programa de Saúde da Família – PSF (BRASIL, 2002b).

Assim, o PSF foi concebido numa reunião realizada em 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília-DF, convocada por Henrique Santillo (Ministro da Saúde) e com apoio do UNICEF, onde se discutiu uma nova proposta a partir do sucesso do PACS, no intuito de incorporar outras categorias profissionais junto aos agentes de saúde para que estes não trabalhassem de forma isolada (ROSA, 2005).

A implementação do PSF no Brasil, através da Portaria nº 692, veio como resposta e normalização ao documento elaborado pelo MS, no qual observa-se que o PSF tem o propósito de colaborar decisivamente na organização do SUS e sua municipalização, na

integralidade e participação da comunidade. Em março de 1994, com sua implantação, iniciou-se a formação das primeiras ESF's, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (VASCONCELLOS, 1998 apud SANTANA, 2001).

Resumindo, o PSF é uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica, e define como ações estratégicas mínimas: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da diabetes mellitus, saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal e saúde do idoso (BRASIL, 2006b).

Esta estratégia tem como princípios a territorialização, a resolutividade, vínculo e co-responsabilização, humanização, atenção à família e aos indivíduos no seu contexto, participação social e trabalho em equipe (BRASIL, 2000a).

SOUSA (2004) diz que ao longo dos anos o PSF conquistou, não apenas um modo diferente de fazer e pensar em saúde, mas evoluiu de tal forma que sua ampliação, incentivada pelo MS, pode ser vista em diferentes campos como a *ampliação da cobertura populacional* que, logo nos primeiros quatro anos atingiu 3,51% da população brasileira, chegando esse percentual, no final de 1998, a 6,57% e nos anos que se seguiram, cresceu ainda mais, chegando a 85,5% em setembro/2006.

No que diz respeito ao *capital humano*, surgiu a necessidade de qualificar as equipes envolvidas nesse programa e, por iniciativa da Coordenação de Saúde da Comunidade/MS, desenvolveram-se projetos para capacitar os membros de tais equipes; no *campo social*, sabe-se que uma estratégia deste porte não poderia ser construída por uma só pessoa ou grupo, portanto, empenharam-se para reunir diferentes parcerias internas como os diversos setores do MS, do Ministério da Educação, da Secretária de Direitos Humanos, do Ministério da Reforma Agrária e do Ministério da Justiça. Além destes, vieram também parcerias externas como instituições e Organizações Não-Governamentais – ONG's (UNICEF, Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS) e empresas privadas, aumentando assim o capital de legitimidade e respeitabilidade do PSF no Brasil e mundo afora (SOUSA, 2004).

Quanto à *inversão do financiamento*, o MS passou a investir na “prevenção” e não apenas na “doença/cura” criando o Piso da Atenção Básica (PAB), na tentativa de acrescentar valores de incentivos financeiros, sendo estes vinculados ao número de agentes e equipes de saúde em cada cidade que assim o desejasse. Incentivou-se também, no *campo técnico-gerecncial*, a criação de um sistema de informação como é o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) para monitorar o desenvolvimento das ações (SOUSA, 2004).

O PSF se estrutura a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que é o antigo posto ou centro de saúde reestruturado, o qual possui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência (BRASIL, 2000a).

Neste sentido, a principal função da USF é oferecer uma assistência contínua e integral à comunidade, com qualidade, realizada por uma ESF multiprofissional (formada por médico, enfermeiro, odontólogo e auxiliar de enfermagem) que atende na unidade, nos domicílios e locais comunitários, enfim, todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade (BRASIL, 2000a).

A USF trabalha com território de abrangência definido e com um determinado número de famílias. Tais unidades possuem ESF (uma ou mais) que é responsável pelo acompanhamento de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 2000a).

Existe ainda a contribuição decisiva dos ACS's que, residindo na comunidade, diuturnamente visitam as famílias de suas respectivas áreas de atuação, levando-as a procurar as ESF atuando, desta forma, como um verdadeiro elo entre essas equipes e a comunidade assistida. Cada ACS cobre uma área de aproximadamente 100 a 250 famílias (BRASIL, 2000a). Segundo informação da Coordenação do PSF de São Luís, em cada equipe de saúde da família seriam incluídos de 6 a 8 ACS's (nos dias atuais o MS preconiza até 12 agentes por equipe).

Faz-se necessário destacar que outros profissionais de saúde, poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde local, visto que o princípio da integralidade do SUS, visa o atendimento do indivíduo na promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo essas ações desempenhadas por várias categorias profissionais da área da saúde.

A evolução do PSF pode ser vista em todo o território brasileiro, particularmente no Maranhão, local em que se encontra o município em estudo, onde, segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), a cobertura populacional em 1998 era de apenas 0,66% em todo o Estado, a qual evoluiu significativamente, chegando a 75,64% em setembro/2006. Este estado iniciou a implantação do programa com apenas 10 ESF em todo o seu território, chegando a 1.617 nos dias atuais.

O município em estudo, São Luís, ocupa uma área de 828,01 Km², e está localizado no Nordeste do Brasil a 2° ao Sul do Equador, está a 24 metros acima do nível do mar, corresponde a mais da metade da ilha (57%). Possui 998.385 habitantes, distribuídos em centros urbanos e zona rural; a cidade está dividida em 15 setores fiscais e 233 bairros,

loteamentos e conjuntos residenciais (IBGE, 2004).

Conforme encontra-se registrado nos arquivos da Coordenação do PSF de São Luís, um dossiê informa a trajetória histórica dos ACS's, desde 1987 quando atuavam como voluntários. Suas ações eram desenvolvidas através das seguintes organizações:

- a. Ações Integradas de Saúde Infantil e Nutrição (AISMIN) que eram coordenadas pela SES e desenvolvidas junto a algumas comunidades atendidas pelas unidades municipais de saúde, supervisionadas pelos instrutores/supervisores da SEMUS.
- b. Grupo de Apoio às Comunidades Carentes (GACC) – ONG que desenvolvia atividades junto às crianças, fornecendo material escolar e junto aos adultos, doando material para construção de casas. Os ACS's, integrando voluntariamente esse grupo, atuavam através de visitas domiciliares nas residências dos bairros da Liberdade e do Coroadinho.
- c. Pastoral da Criança.

Nesse período, o UNICEF integrou todos esses trabalhos e passou a coordenar as ações nas áreas da Estiva, Anjo da Guarda, Quebra Pote, Bairro de Fátima, Vila Itamar, Liberdade, Vila Palmeira e Coroadinho.

As ações eram assim desenvolvidas: mapeamento da área a ser trabalhada; cadastramento pelos ACS's de cada área de 100 a 150 famílias; e desenvolvia-se trabalho centrado nas Ações Básicas de Saúde, priorizando o grupo Materno Infantil que, através de visitas domiciliares, recebiam orientações sobre:

- Terapia de Reidratação Oral (TRO)
- Infecções Respiratórias Agudas (IRA)
- Crescimento e Desenvolvimento (CD)
- Aleitamento materno
- Pré-natal
- Vacinas
- Endemias
- Alimentação alternativa

Os ACS's recebiam por esse trabalho voluntário, a título de incentivo, uma cesta básica mensal, que mais tarde, a pedido deles foi transformada em “prolabore” no valor aproximado da cesta básica.

Segundo a Coordenação do PSF de São Luís, em 1992 foi apresentada, através da SES, a proposta de implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

(PNACS), o qual seria diretamente ligado à Fundação Nacional de Saúde (FNS).

Naquela ocasião, já se pensava no processo seletivo para ACS's, porém, a questão social dos que já prestavam serviços como voluntários há bastante tempo, tocou a sensibilidade do então prefeito de São Luís, Dr. Jackson Lago que entendeu não ser justo aqueles participarem de um processo seletivo sem igualdade de condição com gente jovem e de melhor preparo intelectual. Foi então que, através de um processo seletivo só para candidatos novos, realizado pelo município, foram contratados mais ACS's que se juntaram aos já existentes para compor as ESF's que começaram a ser criadas em São Luís em 1994.

De acordo com a Coordenação do PSF de São Luís, com a implantação do PSF em nível nacional em março de 1994, foi logo criada a primeira ESF em São Luís e instalada oficialmente no Centro de Saúde Carlos Marcieira para atender a comunidade do Coroadinho.

Em setembro de 1994, foram criadas mais nove equipes no Distrito de Vila Esperança, composto pelas seguintes localidades: Estiva, Maracanã, Quebra Pote, Tibiri, Pedrinhas, Santa Bárbara, Vila Itamar, Itapera e Vila Maranhão, esta última hoje pertencente ao Distrito de Itaqui Bacanga.

Essas equipes assim permaneceram até o ano de 2001, oferecendo uma cobertura de 5% neste município. Nesse ano, deu-se a expansão da Estratégia de Saúde da Família porque o gestor municipal resolveu adotá-la como “eixo estruturante” para conversão do antigo modelo de atenção à saúde, fortalecendo a Atenção Básica e rearticulando os serviços disponibilizados pelo SUS nos diversos níveis de complexidade.

Em São Luís, esse reordenamento é perfeitamente justificável, tendo em vista o crescimento urbano desordenado que trouxe problemas como: concentração populacional na periferia sem a devida infra-estrutura; sobrecarga na rede hospitalar de urgência/emergência; dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde existentes, em função da distância entre as diversas localidades; dispersão habitacional verificada na zona rural.

Ainda, segundo informações obtidas na Coordenação do PSF, para superar pelo menos parte de tantos problemas, nada melhor que expandir a estratégia Saúde da Família, colocando em atividade um maior contingente de profissionais a serviço da população.

Após um planejamento bem estruturado, foi apresentada pelo gestor, a proposta de implantação de 200 ESF's para oferecer à população de São Luís uma cobertura de 80%. Foi então encaminhada à Consultoria do MS o desenho da proposta (levantamento da população total do município por distritos sanitários/território), à rede de serviços do sistema municipal de saúde (nível, localização, acesso da população, etc.), dados epidemiológicos, mapeamento e divisão em áreas e microáreas. Foi também apresentada a base de cálculo para estimar o

número de equipes a serem implantadas, assim: máximo – 4.000 pessoas por ESF; mínimo – 2.400 pessoas.

Com a aprovação do MS, tratou-se de buscar a base legal para expansão da estratégia. Para isso, o Executivo encaminhou em 05/10/2001 à Câmara Municipal o projeto de lei nº 3.985 que “dispõe sobre a expansão do PSF, autorizou a SEMUS a realizar processo seletivo simplificado para composição das equipes”. Esse processo seletivo foi realizado pela Fundação Sôsândrade.

Por fim, articulou-se com o Pólo de Capacitação em Saúde da Família/MA para realização do curso introdutório com vistas a um rápido preparo dos candidatos selecionados para aquela função.

Para prosseguir com o trabalho de um projeto dessa envergadura, tornou-se necessária a implementação de recursos financeiros suficientes, não só para implantá-lo, mas, acima de tudo, para fazê-lo funcionar adequadamente. Para isso, o MS resolveu apoiar os municípios, inclusive o nosso, com recursos técnicos e financeiros que deveriam ser somados à contrapartida desses municípios.

Concluídos esses trâmites, partiu-se para a concretização da referida expansão com os seguintes passos: formar o número possível de equipes (inicialmente apenas 47); manter a proposta de cobertura com equipes do PACS, admitindo-as como embriões para formação de futuras ESF's; eleger as áreas prioritárias para a implantação das novas equipes que são aquelas com população em situação de risco social (área rural e áreas periféricas com maior carência de serviços públicos); concentrar as ações para possibilitar avaliação de impacto. Diante desta decisão, tornou-se necessária a imediata implantação de onze Unidades Básicas de Saúde – UBS's.

Com a instalação das equipes, foi necessário criar mecanismos para fazer o gerenciamento e monitoramento desses trabalhos. Ficou resolvido que este é um processo que está em construção no dia-a-dia, não existindo uma estrutura com tantas formalidades, inclusive no que se refere à Coordenação Geral. Procurou-se organizar a coordenação da seguinte forma: Cargos – Coordenador Geral; Coordenador de Área; Coordenador de Capacitação/Educação Continuada; Coordenador do SIAB; Apoio Administrativo/Digitação.

Quanto ao gerenciamento, dá-se como vemos a seguir:

- Supervisão: Direta – visita ao campo (analisa dados do SIAB, discute propostas, questões pontuais, orienta planejamento e organização de trabalhos); Indireta – reuniões com diretores e equipes básicas (por distrito);
- Monitoramento: consolidação/análise das informações do SIAB, instituindo-

se a verificação em relação ao que se refere ao desempenho sobre os indicadores e metas pactuadas, cuidando-se de transformar essa base de dados numa ferramenta de caráter gerencial.

- Acompanhamento via controle social.

Este programa é um projeto alvissareiro de grande alcance social e científico que, se bem trabalhado, com base no tripé: trabalho em equipe, formação continuada (capacitação) e interdisciplinaridade, certamente produzirá cada vez mais, valiosos frutos para o bem de nosso povo. Sua implantação, funcionamento e eficácia dependem da vontade política dos chefes municipais (prefeitos e secretários de saúde) e do perfil daqueles que se propõem a compor as ESF's.

Essa pesquisa procura mostrar resultados decorrentes da implantação do programa em São Luís, trazendo, à luz do conhecimento, a evolução de alguns indicadores de saúde de nossa população no período de 2000 a 2006.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema deu-se a partir do interesse no âmbito profissional e pessoal de verificar a evolução dos indicadores de saúde no município de São Luís, conseqüente da implantação do PSF, no período de 2000 a 2006. Tais aspectos constituem-se em algumas ações estratégicas mínimas, propostas pela Atenção Básica que serão avaliadas e priorizadas para discussão, levando-se em consideração os indicadores de saúde de maior impacto.

É importante ressaltar que pouco se conhece acerca da evolução, expansão e monitoramento do PSF em nosso município, podendo esta pesquisa tornar-se grande instrumento avaliativo que acompanhe e mostre o desenvolvimento das ações preconizadas pelo programa.

3 OBJETO DE ESTUDO

Implantação do Programa de Saúde da Família e evolução de alguns indicadores de saúde em São Luís.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Estudar a implantação do Programa de Saúde da Família em São Luís e a evolução de alguns indicadores de saúde no período de 2000 a 2006.

4.2 Específicos

- Demonstrar a evolução da cobertura populacional do Programa de Saúde da Família em São Luís;
- Verificar alguns indicadores de cobertura, por ação estratégica, de São Luís a partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, ao longo do período em estudo.

5 METODOLOGIA

Considerando a necessidade de se aprofundar o estudo quanto à implantação do PSF e evolução de seus indicadores de saúde, no período de 2000 a 2006, escolhemos como local de estudo São Luís, capital do Estado do Maranhão, com uma população estimada em 978.824 habitantes, conforme dados do IBGE (2004). Atualmente o município conta com 89 ESF, instaladas em 40 UBS's distribuídas em sete distritos (demonstrado no Anexo A).

O presente estudo é descritivo, com caráter retrospectivo, utilizando o método quantitativo, pois traduz em números as informações a serem classificadas e analisadas através de técnicas estatísticas.

Para a coleta de dados, estamos utilizando a pesquisa bibliográfica e documental, através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que, segundo o MS, é um sistema idealizado para agregar e processar informações sobre a população visitada, as quais são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados; e Coordenação do PSF de São Luís que nos cedeu dados da expansão do PSF e dos indicadores de saúde do município, coletados mensalmente, a partir de informações fornecidas pelas ESF.

As variáveis a serem analisadas e demonstradas neste estudo são os indicadores de saúde pertencentes a ações estratégicas mínimas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica, que são: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da diabetes mellitus, saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal e saúde do idoso.

Dentre as ações acima referidas, serão escolhidos alguns indicadores, conforme a sua relevância, como demonstra o quadro abaixo:

AÇÕES ESTRATÉGICAS	INDICADORES
Controle da tuberculose	- Pessoas com tuberculose cadastradas - Pessoas com tuberculose acompanhadas - Prevalência de tuberculose (20 anos e mais)
Eliminação da hanseníase	- Pessoas com hanseníase cadastradas - Pessoas com hanseníase acompanhadas - Prevalência de hanseníase (20 anos e mais)
Controle da hipertensão arterial	- Hipertensos cadastrados - Hipertensos acompanhados - Prevalência de hipertensos (20 anos e mais)

AÇÕES ESTRATÉGICAS	INDICADORES
Controle da diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> - Diabéticos cadastrados - Diabéticos acompanhados - Prevalência de diabéticos (20 anos e mais) - Hospitalização de diabéticos cadastrados
Saúde da criança	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo peso ao nascer - Óbito de RN < 28 dias do total - Taxa de mortalidade infantil global / 1000 NV - Taxa de mortalidade infantil global por diarreia/1000 NV - Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias com aleitamento materno exclusivo. - Crianças de 0 à 2 anos desnutridas - Crianças de 0 a 2 anos com vacina em dia.
Saúde da mulher	<ul style="list-style-type: none"> - Óbito de mulheres em idade fértil - Gestantes cadastradas - Gestantes acompanhadas - Gestantes com vacina em dia - Pré-natal com início no 1º trimestre

Além dos indicadores acima mencionados, consideramos a cobertura populacional, o nº de famílias acompanhadas e nº de equipes de saúde como importantes variáveis a serem também analisadas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir, serão apresentados os dados referentes aos indicadores de saúde escolhidos e analisados quanto a sua evolução durante o período de 2000 a 2006.

A figura 1, de análise por ano de implantação do PSF em São Luís, demonstrou que no ano 2000 havia apenas 10 equipes, crescendo para 89 em 2006; no entanto, não alcançou a meta de implantação de 200 equipes até o final de 2002, que visava oferecer à população de São Luís uma cobertura de 80%.

Conseqüentemente, o número de famílias acompanhadas, também cresceu ao longo desses anos, surgindo em 2000 com 9.317 famílias e alcançando 87.306 em 2006.

Ainda acompanhando esse aumento, o coeficiente da população coberta (figura 2) também cresceu, apresentando em 2000, 4,12% de população coberta e evoluindo para 35,5% em 2006.

Segundo Brasil (2002c), no ano de 2001, 3.902 municípios do Brasil já haviam implantado o PSF, correspondendo a 40,27% dos municípios brasileiros; este processo de implantação é acompanhado de uma ampliação das coberturas populacionais que configuram um processo de expansão do programa nos municípios brasileiros.

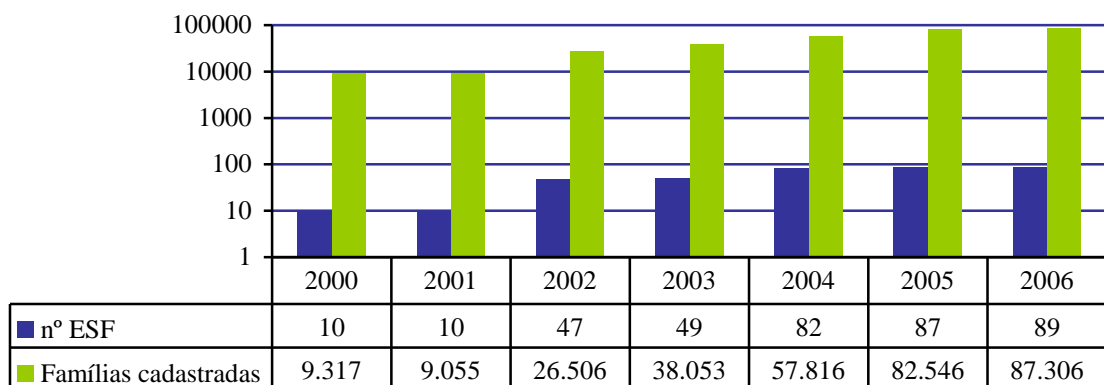


Figura 1 - Evolução do número de ESFe do número de famílias cadastradas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

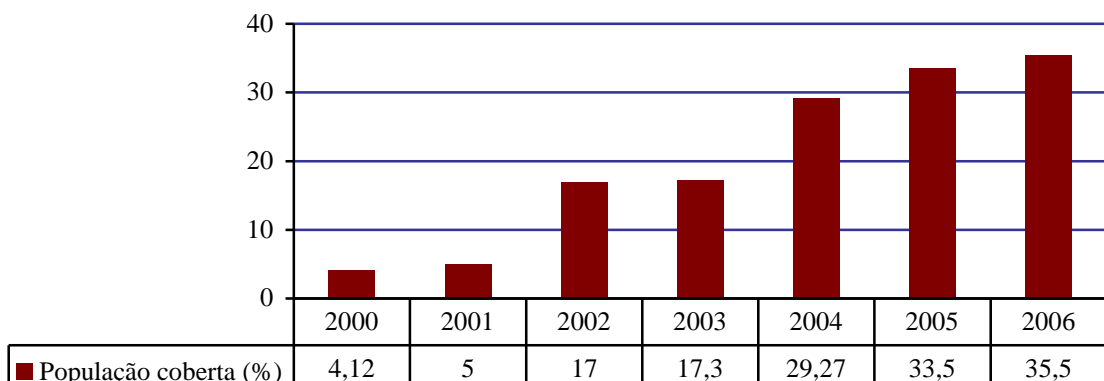


Figura 2 - Evolução do número de famílias acompanhadas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

Na figura 3 observa-se que o número de portadores de tuberculose cadastrados e acompanhados, cresceu ao longo dos anos, 7 casos foram notificados em 2000, chegando a 86 no ano de 2006 sendo que 84 desses são acompanhados, indicando poucos casos de abandono.

De acordo com o MS, Brasil (2000b), foi lançado em 1999 o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), definindo a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo metas e diretrizes de ações para reduzir a morbimortalidade e a transmissão da doença no período de 2000/2005. Diante da atual situação, o PNCT vem desenvolvendo ações de qualificação dos serviços de saúde, capacitação de recursos humanos para atividades de vigilância, avaliação e controle da tuberculose, além da implantação de estratégias que visem a adesão ao tratamento e cura dos acometidos nos municípios brasileiros e principalmente nos prioritários para o PNCT.

A SES/MA, Brasil (2006c), diz que o Brasil tem 315 municípios prioritários entre os 5.560 do país, para o combate à tuberculose, entre esses, 22 pertencem ao Estado do Maranhão, estando sua capital incluída nesse quadro. Apesar do número crescente de pacientes cadastrados e acompanhados, esse resultado tem um caráter positivo, pois reflete o progresso de organização da Atenção Básica a partir da ampliação do PSF.

No que se refere aos fatores contribuintes ao agravamento e manutenção do problema, a SES/MA enumera os principais: baixa renda; o estigma da doença (o que implica a não adesão ao tratamento); ocorrência da Aids nos grandes centros urbanos e o aumento da resistência medicamentosa (Multidrogarresistência). Além dos já mencionados ainda temos, de acordo com a supervisora da Coordenação do PSF de São Luís, os seguintes fatores: subnotificação; baixa escolaridade; consumo de álcool, fumo e drogas ilícitas; e falta de material e laboratório para realização do exame bacilosscópico.

Percebe-se também nesta figura que o número de tuberculosos acompanhados é inferior ao de cadastrados o que pode refletir abandono ao tratamento e/ou transferências. Além dos fatores acima referidos que contribuem para agravamento, levando inclusive ao abandono do tratamento, de acordo com informações da Vigilância Epidemiológica de São Luís, um outro fator vem contribuindo para o abandono do tratamento. São pacientes que não aceitam tratar-se em sua localidade de origem e procuram serviços de saúde em São Luís, e através de parentes ou amigos, utilizando-se dos endereços dos mesmos, buscam tratamento em serviços da capital como se nela residissem; iniciam aqui o tratamento, vêm buscar a medicação no mês seguinte e ao apresentarem melhora do quadro clínico ou não terem condições de voltar no terceiro mês, simplesmente abandonam o tratamento.

Quanto às transferências, alguns doentes acompanhados em São Luís, mudam de

endereço para onde levam a transferência de seu tratamento; e existem também vários casos no interior de doentes que não se submetem ao tratamento no local aonde residem, vêm para a capital onde o profissional que o atende deve diagnosticar o caso, notificá-lo, e iniciar imediatamente o tratamento, mas, por orientação da Vigilância Epidemiológica, devem encaminhar esses pacientes para unidades de referência aonde residem.

No intuito de aprofundar mais o estudo, procuramos a Vigilância Epidemiológica da capital e através do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) obtivemos a informação de que os números informados pelo SIAB estão muito a quem do que informa a Vigilância Epidemiológica, a qual apresenta 724 casos notificados em 2005 e 673 em 2006, isto em todas as unidades de saúde da capital com ações de controle da tuberculose e, se o número total dessas unidades de saúde é 54 e 39 dessas são do PSF, deveria este apresentar um número maior de casos, mas se faz necessário esclarecer que a maioria desses casos pode ser das unidades ou hospitais de referência da capital que atendem a maior demanda de casos de tuberculose, o que pode ou não justificar o número, de certa forma irrisório, informado pelo SIAB.

Lamentavelmente não obtivemos a informação da Vigilância Epidemiológica no que se refere à notificação dos casos trabalhados por unidades do PSF porque o sistema nacional não esta emitindo essa informação, e sem previsão para a normalização do mesmo.

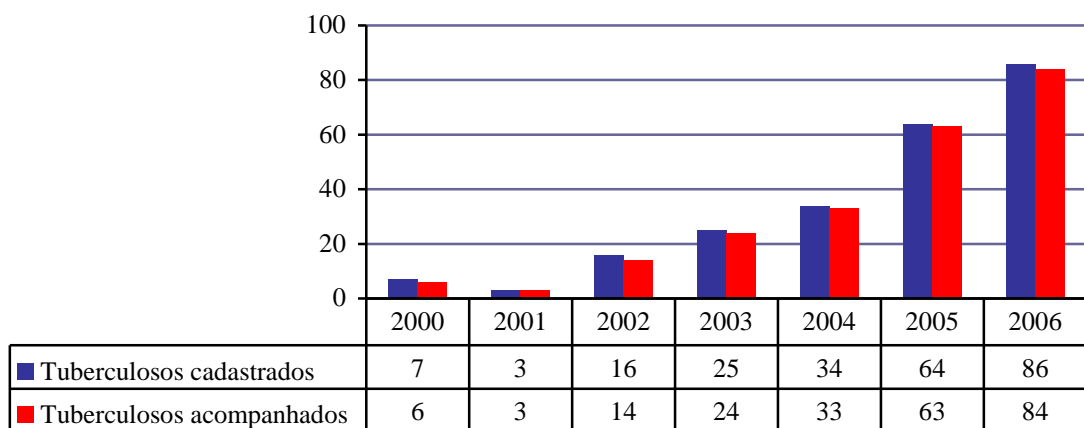


Figura 3 - Número de portadores de tuberculose cadastrados e acompanhados nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

A figura 4 mostra o número de portadores de hanseníase cadastrados e acompanhados, no qual observa-se uma tendência crescente a cada ano, chegando em 2006 a 308 casos, só na Capital.

De acordo com Brasil (2005a), o Maranhão está entre os nove estados que têm uma alta carga da doença e, conseqüentemente, precisa de atenção especial. Por isso, o Plano Nacional de Hanseníase em nível municipal, 2006-2010, tem como missão contribuir com estados e municípios para a eliminação da hanseníase, enquanto problema de saúde pública.

Segundo a SES/MA (2005a), conforme critérios estabelecidos pelo MS, no Maranhão foram classificados 31 municípios prioritários que concentram 71,3% do registro ativo, entre os quais, São Luís está inclusa. Para cumprimento da meta de eliminação, o Estado priorizou a descentralização das ações a todas as unidades de saúde dos municípios prioritários, a realização de campanhas, mobilização social e o monitoramento dos dados epidemiológicos.

Segundo a supervisora da Coordenação do PSF de São Luís, há vários fatores que contribuem para o agravamento do problema: baixa renda; o estigma da doença; subnotificação; baixa escolaridade; consumo de álcool, fumo e drogas ilícitas; falta de material e laboratório para realizar com presteza o exame baciloscópico e abandono ao tratamento.

Percebe-se também nesta figura (assim como no da tuberculose), que o número de hansenianos acompanhados é inferior ao de cadastrados, o que demonstra abandono ao tratamento e/ou transferência.

Buscando informações na Vigilância Epidemiológica de São Luís, através do SINAN, a mesma disparidade encontrada nos dados da tuberculose, encontramos também quanto à hanseníase, não podendo ser melhor esclarecido devido a falha no sistema de informação nacional.

Apesar dos tratamentos eficazes que levam à cura dos pacientes portadores de hanseníase, um dos grandes desafios para a cura é o diagnóstico precoce e o grande número de pessoas que abandonam o tratamento que, em alguns estados, chega a mais de 30%, e sabe-se que o abandono do tratamento, dificulta a quebra da cadeia epidemiológica e, conseqüentemente, a eliminação da doença (ARAÚJO et al., 2006).

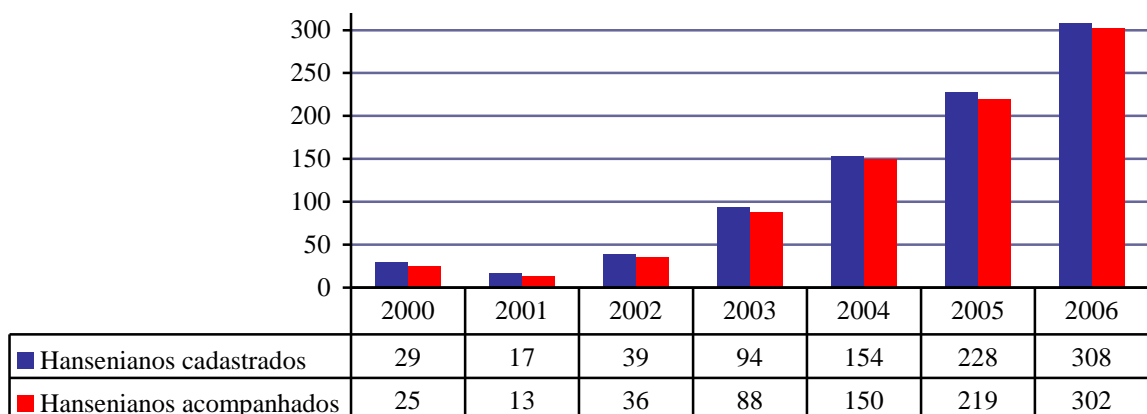


Figura 4 - Número de portadores de hanseníase cadastrados e acompanhados nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

A figura 5 indica uma acentuada evolução do número de hipertensos cadastrados e acompanhados, saindo do patamar de 777 hipertensos cadastrados em 2000 para 12.371 em

2006. Trata-se de uma doença que ataca silenciosamente, portanto só diagnosticada quando investigada. Observa-se também que o número de pessoas cadastradas é superior ao de acompanhadas, o que mostra a negligência de alguns pacientes em seu tratamento.

Segundo Brasil (2006d), a Hipertensão Arterial (HA) é um problema de saúde pública no país, e considerada como um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.

Por ser uma doença na maior parte do seu curso assintomática, dificultando o seu diagnóstico e o início do tratamento prescrito, este é comumente negligenciado por parte dos pacientes, levando ao abandono (BRASIL, 2006d).

Em se tratando de uma doença insidiosa, o paciente apresentando alguns fatores de risco tais como: idade avançada, obesidade, história familiar de doença cardiovascular, por mais sutis que sejam os sintomas de cefaléia tontura e outros, deve-se de imediato, aferir a pressão arterial desse indivíduo e uma vez constatada a existência da doença, o paciente deverá ser tratado, orientado e monitorado pelo resto da vida (BRASIL, 2006d).

Segundo a supervisora da Coordenação do PSF de São Luís, há vários fatores que contribuem para o aparecimento e agravamento da doença: baixa renda e baixa escolaridade; abandono ao tratamento; estilos de vida inadequados, compreendendo sedentarismo, má alimentação, consumo de álcool e fumo; não aderência ao tratamento.

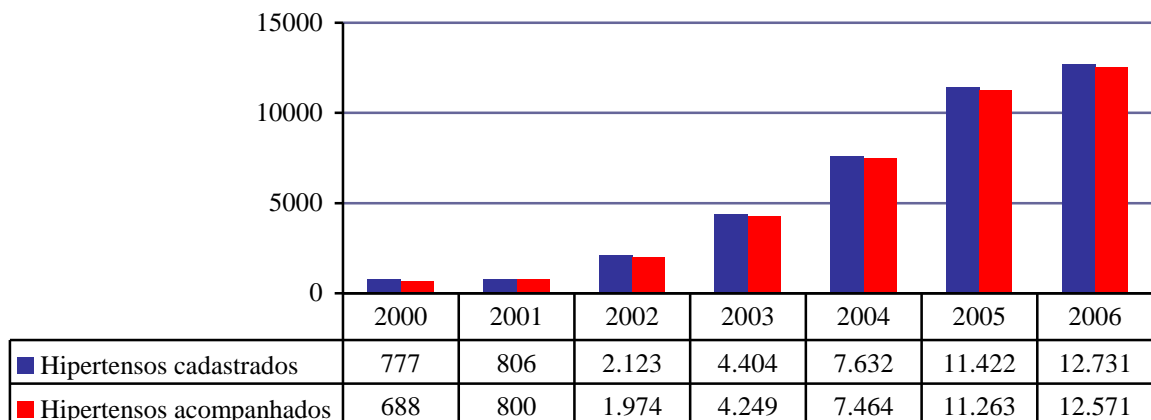


Figura 5 - Número de hipertensos cadastrados e acompanhados nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

A figura 6 mostra que o número de diabéticos cadastrados e acompanhados pelo PSF, cresceu consideravelmente com o passar dos anos, iniciando em 2000 com 267 diabéticos cadastrados, chegando em 2006 com 4.206 portadores da doença, observou-se ainda que o número de pessoas cadastradas é maior do que o de acompanhadas, tendo em 2000 o número de 249 pessoas acompanhadas e cresceu em 2006 para 4.163.

Segundo Brasil (2006e), a Diabetes Mellitus (DM) configura-se, nos dias atuais, como uma epidemia mundial que desafia os sistemas de saúde do mundo inteiro. No Brasil, estima-se hoje que 11% da população igual ou superior a 40 anos são portadores de diabetes, o que representa 5 milhões e meio de pessoas.

Como podemos observar na figura, o número de pessoas acompanhadas é inferior ao de cadastradas, e este não acompanhamento dos acometidos, pode acarretar o aparecimento de várias complicações como doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, insuficiência renal crônica, amputações de membros inferiores devido à microangiopatia, cegueira e surdez.

Apesar do aumento do número de diabéticos (também de hipertensos, tuberculosos e hansenianos), observa-se um aspecto positivo, pois mostra que ao longo dos anos várias pessoas tiveram a oportunidade de receber tratamento e acompanhamento em suas comunidades; isso se dá graças ao aumento de ESF implantadas no município e pela implementação de diversas estratégias de saúde pública para prevenir essas doenças e suas complicações.

Segundo a supervisora da Coordenação do PSF de São Luís, há vários fatores que contribuem para o agravamento da doença, estes são: baixa renda; baixa escolaridade; abandono ao tratamento; estilo de vida inadequado (sedentarismo, má alimentação, consumo de álcool e fumo); não aderência ao tratamento.

Em se tratando de uma doença que se transformou em um grande problema para a saúde pública do mundo inteiro, torna-se necessário, nos dias de hoje, pesquisá-la em todas as pessoas que apresentem fatores de risco como: obesidade, hipertensão arterial, mulheres que deram à luz fetos macrossômicos, pessoas idosas e, de modo especial, pessoas que têm história familiar de portadores de DM.

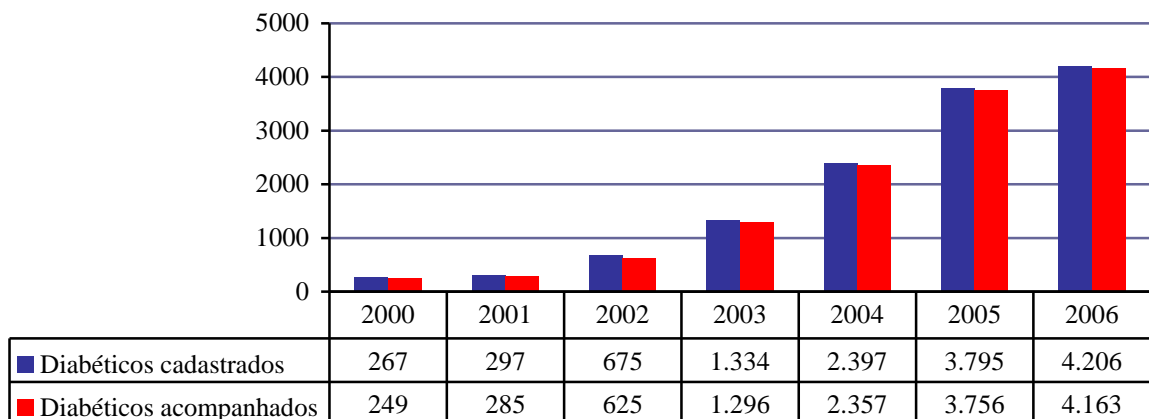


Figura 6 - Número de diabéticos cadastrados e acompanhados nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

A tabela 1 indica a prevalência de portadores de tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes (20 anos ou mais). No caso da tuberculose, vê-se que em 2000 a prevalência era de 0,03%, no ano seguinte este número diminuiu para 0,01% e voltou a aumentar, chegando em 2006 a 0,04%.

Na prevalência de portadores de hanseníase, os números revelam que em 2000 era de 0,14%, este número chegou a diminuir para 0,05% em 2002, mas voltou a crescer chegando novamente a 0,14% em 2006.

O Maranhão apresenta um alto coeficiente de prevalência em hanseníase, 5,1/10.000 habitantes, sendo que a região da Pré-Amazônia apresenta maior concentração de casos e apenas a região do Sertão Maranhense apresenta baixo nível de endemicidade (BRASIL, 2005a).

Quanto à prevalência de hipertensos, verifica-se aumento, iniciando em 2000 com 3,64%, diminuindo em 2002 para 2,96% e aumentando novamente para 5,82% em 2006.

No Brasil, a prevalência estimada de HA é de 20% da população adulta (20 anos ou mais) e tem forte relação com 80% dos casos de AVE e 60% dos casos de doença isquêmica do coração; esta situação pode ser explicada pelo fato de que, nesta faixa etária, boa parte da população apresenta sobrepeso, é tabagista, sedentária ou alcoólatra (BRASIL, 2001b).

O estilo de vida adotado nesse período, muito influencia no aparecimento e controle da HA, portanto, a orientação para a melhoria do mesmo é de fundamental importância para o processo terapêutico e para a prevenção da HA (BRASIL, 2006d).

A prevalência de diabéticos mostra que em 2000 era de 1,25% e chegou a diminuir em 2002 para 1%, mas aumentou novamente chegando a 2 % em 2006.

Segundo Brasil (2006e) os principais responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência seria o envelhecimento da população, a urbanização crescente, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis (sedentarismo, dieta inadequada e obesidade) e a hereditariedade.

Outro fator importante a ser considerado é o aspecto econômico como contribuinte para este quadro, uma vez que a DM cresce mais rápido em países pobres e em desenvolvimento, tendo como impacto negativo no desenvolvimento social e econômico a morbimortalidade precoce que atinge pessoas em plena vida produtiva, causando grande impacto econômico nos serviços de saúde e na oneração da previdência social, contribuindo para um ciclo vicioso de pobreza e exclusão social (BRASIL, 2006e).

Deve-se ressaltar que a relevância do PSF se reflete em possibilitar progressiva ampliação do acesso aos serviços de saúde a pacientes portadores de doenças de grande prevalência em nosso meio. De acordo com a NOAS-2001 sabe-se que dentre as atribuições

das ESF, tem-se as relativas ao controle das doenças acima mencionadas, merecendo destaque a “busca ativa” que garante o diagnóstico precoce e tratamento adequado.

<i>Prevalência (20 anos ou mais)</i>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Tuberculosos	0,03	0,01	0,02	0,03	0,02	0,03	0,04
Hansenianos	0,14	0,08	0,05	0,11	0,10	0,11	0,14
Hipertensos	3,64	4,11	2,96	5,07	4,72	5,53	5,82
Diabéticos	1,25	1,42	0,94	1,54	1,48	1,84	1,98

Tabela 1 - Prevalência de tuberculosos, hansenianos, hipertensos e diabéticos (20 anos ou mais) nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

A figura 7 mostra uma tendência decrescente do coeficiente de mortalidade neonatal (< 28 dias) nos últimos seis anos, iniciando em 2000 com 58,33%, crescendo para 88,89% em 2001, mas diminuiu para 43% em 2006. Contudo, apesar desse considerável decréscimo, segundo dados do UNICEF (2005), no relatório da “Situação Mundial da Infância 2005”, o índice de mortalidade infantil no MA (35,18%), supera o índice médio nacional (22,58%) que ainda é pior que o de países como a Colômbia e Venezuela; no MA, para cada 1.000 crianças nascidas vivas 48 morrem antes de completar 28 dias.

Mas não se pode negar a visível diminuição da mortalidade infantil em nosso país, segundo BRASIL (p. 7, 2004b), tal fato deve-se à:

Melhoria das condições de vida e saúde das gestantes e crianças menores de 1 ano de idade, principalmente pela redução das mortes causadas por doenças como diarreias e pneumonias. Além disso, fatores como redução da fecundidade, aumento do acesso da população aos serviços de saúde e saneamento básico, intenso trabalho realizado pelos milhares de agentes de saúde e equipes do Programa Saúde da Família (PSF), bem como a realização de ações como terapia de reidratação oral, promoção da amamentação, imunização e combate à desnutrição, contribuíram significativamente para a redução das mortes infantis na última década. É preciso, no entanto, intensificar essas ações no nível local, para que possamos ampliar a queda da mortalidade infantil.

A mortalidade neonatal reflete mais os fatores da assistência à saúde, recebida pelas crianças e mães, portanto, os principais fatores biológicos são a atenção precária ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RIBEIRO et al., 2000).

Existem ainda os fatores sócio-econômicos que estão presentes como causa da mortalidade neonatal, entre os quais: a baixa renda, baixa escolaridade, ausência de saneamento básico, precárias condições de moradia, características maternas como a frequência de gestação em adolescentes, difícil acesso aos serviços de saúde, maus hábitos e comportamento materno inadequado (NOVAES, 2004).

Segundo informações da Coordenação do PSF em São Luís, há vários fatores que contribuíram para a queda da mortalidade neonatal no município, são eles: cobertura do PSF nas áreas de baixa renda; incremento de cobertura de notificações de óbitos; urbanização; incentivo ao pré-natal; orientações durante a gravidez e cuidados adequados com os recém-nascidos; incentivo ao aleitamento materno e imunização.

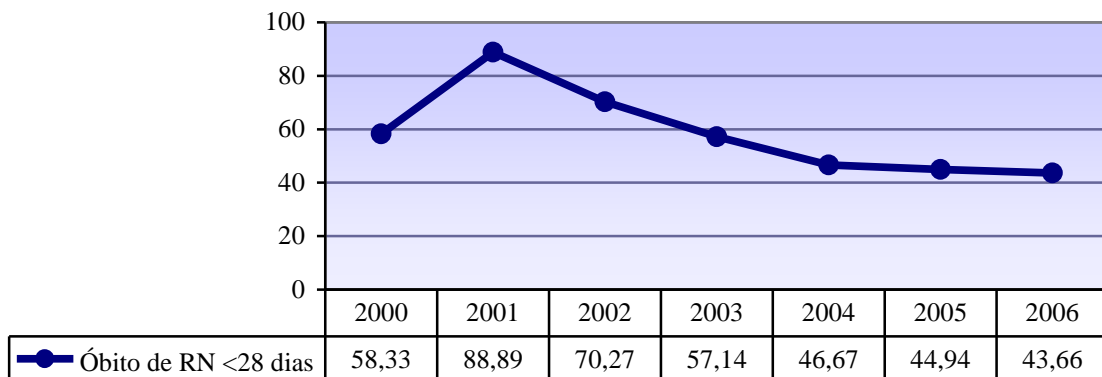


Figura 7 -Taxa de mortalidade infantil precoce nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

A figura 8 nos mostra dois dados: Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) por diarreia e TMI global. A TMI por diarreia diminuiu consideravelmente ao longo desses anos como mostra a figura, mas durante esse percurso há várias pequenas variações em seus números, caindo de 6,68% em 2000 para 0,25% em 2006.

Quanto à TMI global, esta também apresentou variações, saindo de 2000 com 16,04% para 14,13% em 2001, voltando a aumentar para 22,77 % em 2003 e caindo novamente para 18,95% em 2004, em 2005 o percentual tornou a crescer para 22,8% chegando em queda a 2006 com 17,83%.

A TMI é um dos melhores indicadores de saúde utilizados pela Saúde Pública para avaliar as condições de vida ou nível sócio-econômico de uma população, por isso, conhecer o perfil da mortalidade infantil, é fundamental para a formulação de estratégias que permitam o seu controle (NOVAES, 2004).

A diarreia ainda se apresenta como uma das principais causas de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, pois envolve de forma direta ou indireta, vários fatores de ordem ambiental, nutricional e socioeconômico-cultural. Apesar da visível redução da taxa de mortalidade por diarreia, esta continua sendo grave problema de saúde pública nos países onde existem desigualdades na distribuição da riqueza, entre os quais se inclui o Brasil (GUIMARÃES, 2001).

A diarreia atinge principalmente crianças menores de 6 meses que não estão em aleitamento materno exclusivo. Na Região Nordeste, onde o problema assume maior magnitude, o risco de morte por diarreia em crianças menores de 5 anos é cerca de quatro a

cinco vezes maior do que na Região Sul, representando cerca de 30% do total das mortes durante o primeiro ano de vida (BENGUIGUI, 1997).

O Controle das Doenças Diarréicas (CDD) foi incluído pela OPAS e UNICEF, dentro da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que tem como objetivo mudar o enfoque da atenção à doença para atenção global da condição de saúde da criança, no intuito de identificar os principais problemas que a afetam (BENGUIGUI, 1997).

Não se pode, contudo, negar a diminuição da TMI por diarreia, o que demonstra impacto positivo das ações dirigidas ao controle de doenças infecto-contagiosas; entre essas ações destacam-se as imunizações, a Terapia de Reidratação Oral (TRO), ações de saneamento básico e padronização no tratamento de infecções respiratórias (BENGUIGUI, 1997).

Segundo informações da Coordenação do PSF de São Luís, as discretas variações observadas na figura da TMI por diarreia se dão pelo fato de a população do município ser muito pequena. A Coordenação também justificou a diminuição da TMI, apresentando os seguintes fatores contribuintes: ações educativas; incentivo ao aleitamento materno; orientação através dos ACS's e ESF's quanto aos adequados cuidados e higiene com as crianças; incentivo ao uso do TRO logo no início da ocorrência da doença.

É importante ressaltar que esta diminuição deveria ter representado significativamente para a redução da mortalidade por todas as causas (global) e a mantido estável. Pode-se inferir, contudo, que a oscilação observada sem redução progressiva da TMI global seja relacionada às situações graves que se tem identificado de subnotificação.

Segundo o IBGE (2003) o Brasil não possui uma boa qualidade de registros de óbitos, o que dificulta a elaboração de vários indicadores demográficos; estes dados se tornam menos confiáveis nas regiões Norte e Nordeste, portanto, as reduções percentuais de óbitos infantis podem não espelhar a real situação de seus níveis, pois as proporções encontradas podem estar afetadas pelos elevados níveis de subregistro desses óbitos.

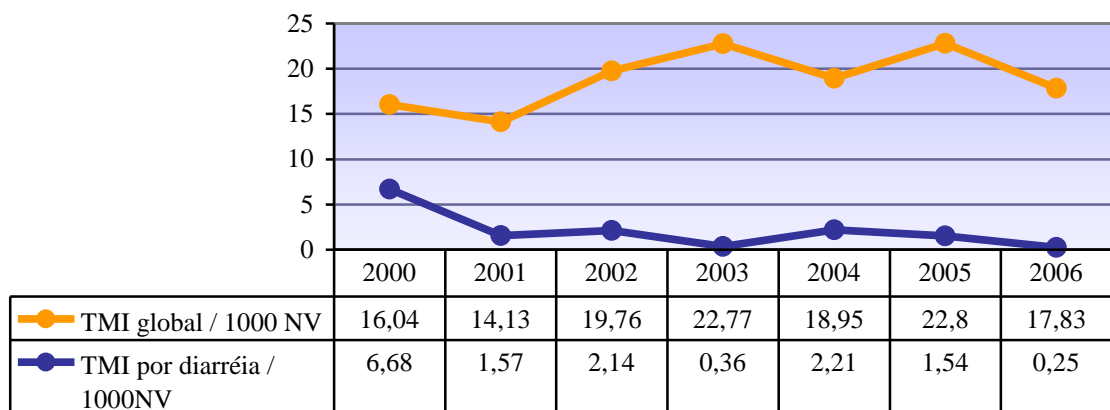


Figura 8 - Taxa de mortalidade infantil nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

A figura 9, a seguir, mostra claramente que a incidência de baixo peso ao nascer, sofreu várias quedas, passando de 9,78% em 2000 para 7,93% em 2004, voltando a crescer em 2005 para 8,93% e diminuindo em 2006 para 7,19%. O baixo peso ao nascer é considerado uma das principais causas, isoladamente, de mortalidade infantil; este fator também pode levar à ocorrência de doenças neurológicas como a paralisia cerebral, retardo mental e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (NASCIMENTO, 2003). É considerado de baixo peso o recém-nascido com peso inferior a 2.500g; segundo dados do MS, a proporção de baixo peso ao nascer no Brasil em 2005 é de 8,1%, já no MA chegou a 7,2% no mesmo ano.

Esse indicador reflete a qualidade da atenção voltada à gestante, do seu estado nutricional, antes e durante a gestação, portanto, o peso do recém nascido está intimamente ligado ao estado nutricional materno, este também influencia na saúde da criança, no seu crescimento e desenvolvimento posteriores, daí sua importância (FRANCESCHINI et al., 2003).

O mesmo indicador resulta de influências biológicas, sócio-econômicas e nutricionais que se iniciam antes da gravidez, continuam durante a gestação e parto; tudo isso e mais os fatores obstétricos negativos, podem complicar o produto final da gestação. Apesar da variedade de fatores de risco do baixo peso ao nascer, cada vez mais há possibilidades de se verificar, antes do nascimento, quais crianças estarão expostas a um risco elevado no curso da primeira semana e, até o restante do primeiro ano de vida (GURGEL, 2005).

Há vários fatores que podem levar ao baixo peso do recém-nascido, tais como: período de gestação mais curto, retardo no crescimento intrauterino, tabagismo, baixo nível educacional materno, idade materna, hipertensão arterial e infecções do trato gênito-urinário na gestação, paridade, não acompanhamento ao pré-natal e ocorrência de outros filhos com baixo peso ao nascer (NASCIMENTO, 2003).

Para a minimização desses riscos, segundo dados da Coordenação do PSF, o incentivo ao pré-natal e ao aleitamento materno, foi fundamental para o combate a esse mal.

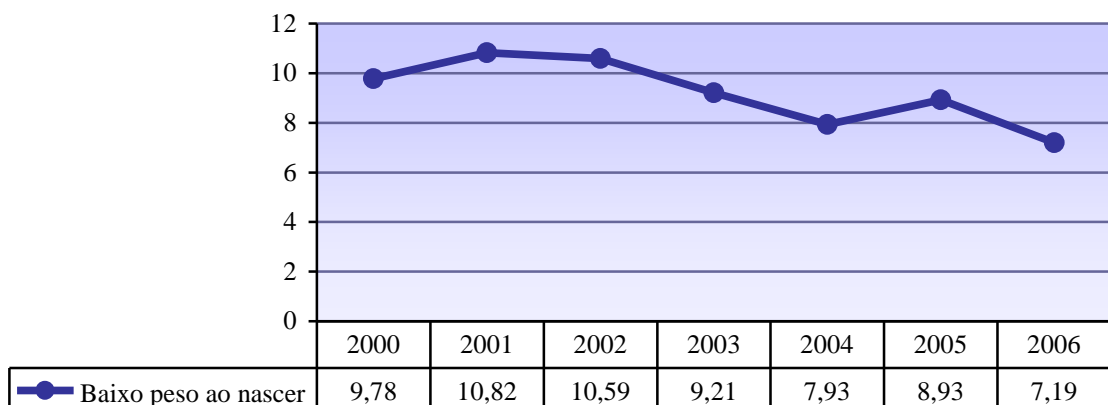


Figura 9 - Incidência de baixo peso ao nascer nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

A figura 10 a seguir, mostra a incidência de desnutrição em crianças < 1 ano e de 12 a 23 meses e 29 dias; os dados mostram que a desnutrição vem diminuindo significativamente. No ano de 2000 em crianças < 1 ano havia 15,17 % de incidência e esta diminuiu para 1,23% em 2006; já em crianças de 12 a 23 meses e 29 dias em 2000, observou-se uma incidência de 20,72% e caindo esta para 2,2% em 2006.

A desnutrição continua sendo uma das causas de morbidade e mortalidade mais comuns entre crianças de todo o mundo. No Brasil, embora a prevalência da desnutrição na infância tenha caído nas últimas décadas, o percentual de óbitos por desnutrição grave, em nível hospitalar, se mantém em torno de 20%, muito acima dos valores aceitos pela OMS que deve ser inferior a 5% (BRASIL, 2005b).

A desnutrição é uma doença de natureza clínico-social multifatorial, cujas raízes se encontram na pobreza. Esta doença pode iniciar-se precocemente na vida intra-uterina (baixo peso ao nascer), como também, precocemente na infância, em virtude da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar inadequada nos primeiros 2 anos de vida; tem também como fator causal, frequentemente, a privação alimentar ao longo da vida e a ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas como a diarreia e a IRA (BRASIL, 2005b).

Outros fatores de risco na gênese da desnutrição incluem problemas familiares relacionados com a situação socioeconômica, falta de conhecimento das mães sobre os cuidados com a criança pequena quanto à sua alimentação, higiene e cuidados com a saúde de modo geral e o fraco vínculo mãe & filho (BRASIL, 2005b).

Para combater esse mal, foi incorporado um programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN) aos municípios que contam com a estratégia de Saúde da Família, este teve início no primeiro semestre de 1998 e alcançou em maio do ano seguinte 97% destes municípios, com o objetivo central de contribuir para a melhoria do estado nutricional da população infantil do país (BRASIL, 2001c).

Por meio do ICCN, o MS transfere aos municípios, recursos financeiros que possibilitam oferecer, regularmente, a toda criança entre seis e 23 meses de idade, com sinais de desnutrição (relação peso/idade inferior ao percentil 10 esperado para idade e sexo), uma quota mensal de leite integral e óleo vegetal. Tal quota é calculada de forma a complementar as necessidades nutricionais, bem como, promover a recuperação destas crianças (BRASIL, 2001c).

Em julho de 2001, foi lançado pelo MS o Programa Bolsa- Alimentação como uma estratégia que contribuirá para a redução da mortalidade infantil e a desnutrição nas

famílias mais pobres do país. Será fornecido um apoio financeiro no valor de R\$ 15,00 mensais por um período mínimo de seis meses, para aquisição de alimentos, destinados a gestantes e nutrizas que estejam amamentando seu filho até o sexto mês de vida e crianças de 6 meses a 6 anos de idade que constituem o grupo prioritário considerado de maior risco nutricional. Cada família cadastrada poderá receber até três bolsas, ou seja, R\$ 45,00 por mês (BRASIL, 2001c).

A coordenação do PSF de São Luís justifica a diminuição da desnutrição infantil com: incremento da cobertura populacional, orientações feitas pelas ESF's e ACS's e incentivo ao aleitamento materno.

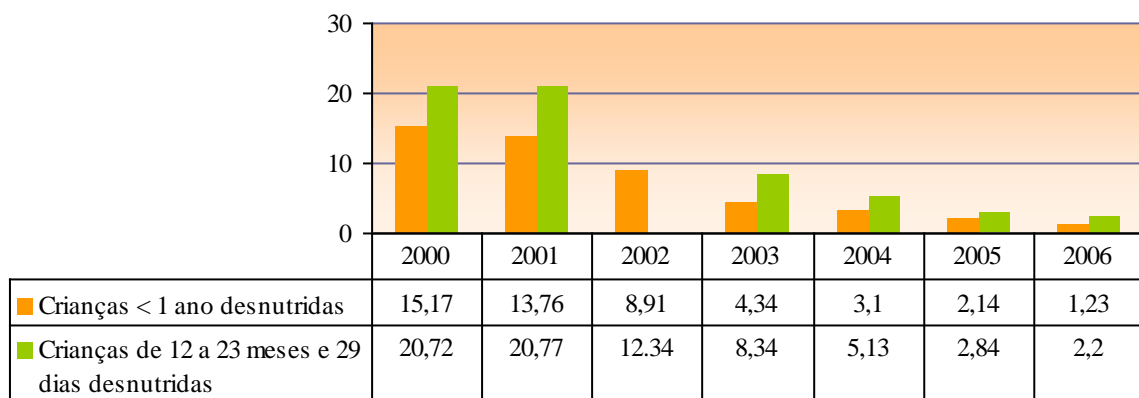


Figura 10 - Prevalência de desnutrição em crianças < 1 ano e de 12 a 23 meses e 29 dias nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

A proporção de crianças com aleitamento exclusivo de 0 a 3 meses e 23 dias (figura 11), aumentou visivelmente, saindo de 57,32% em 2000 para 78% em 2006.

Sabe-se que a amamentação é uma prática com vários benefícios nutricionais: imunológicos, cognitivos, econômicos e sociais, os quais são bem aproveitados em sua plenitude quando é praticada até os dois anos, sendo oferecida como alimentação exclusiva ao lactente até o sexto mês de vida (CHAVES et al., 2007).

Tal prática, principalmente a exclusiva, traz benefícios como: efeito protetor contra alergias alimentares, doenças diarreicas e infecciosas comuns à infância, adequado desenvolvimento crânio-facial e prevenção de alterações de fonação, deglutição e respiração; bom desenvolvimento intelectual e relacionamento afetivo mãe-bebê (DUBEUX, 2004).

Segundo pesquisas de Victoria et al. (1987 apud ESCUDER et al., 2003) foi constatado que o risco de óbito por diarreia e por IRA em crianças desmamadas, é de 14,2 e 3,6 vezes maior do que o de crianças em aleitamento sem suplemento lácteo. A partir desse estudo, Betrán et al. (2001, apud ESCUDER et al., 2003) avalia o potencial de redução da mortalidade infantil por diarreia e IRA em países da América Latina, conferindo à prática do

aleitamento materno exclusivo, concluindo que, a promoção do mesmo, pode reduzir significativamente, a mortalidade infantil.

Mesmo sabendo da importância dessa prática, existem vários fatores que se interpõem ao desenvolvimento da amamentação, como a atuação dos serviços de saúde, a educação materna, as crenças negativas quanto ao aleitamento, à classe socioeconômica, o apelo da indústria quanto ao uso do leite e bicos artificiais e o retorno precoce da mãe ao trabalho (DUBEUX, 2004).

No intuito de enfrentar os desafios encontrados na prática do aleitamento materno, torna-se necessária a implementação de atividades educativas e o envolvimento institucional. Nesse contexto, o cenário PSF é próprio para a execução desse trabalho, sabendo-se que a NOAS – SUS evidencia a promoção ao Aleitamento Materno como uma das ações mínimas para Atenção Básica à Saúde da Criança (DUBEUX, 2004).

Segundo dados da Coordenação do PSF de São Luís, as ações educativas representam os principais atos desenvolvidos para o incentivo à amamentação exclusiva, essas ações incluem palestras educativas, visitas domiciliares e orientações ministradas pelas ESF e ACS's, mostrando a importância do aleitamento materno para a saúde da criança.

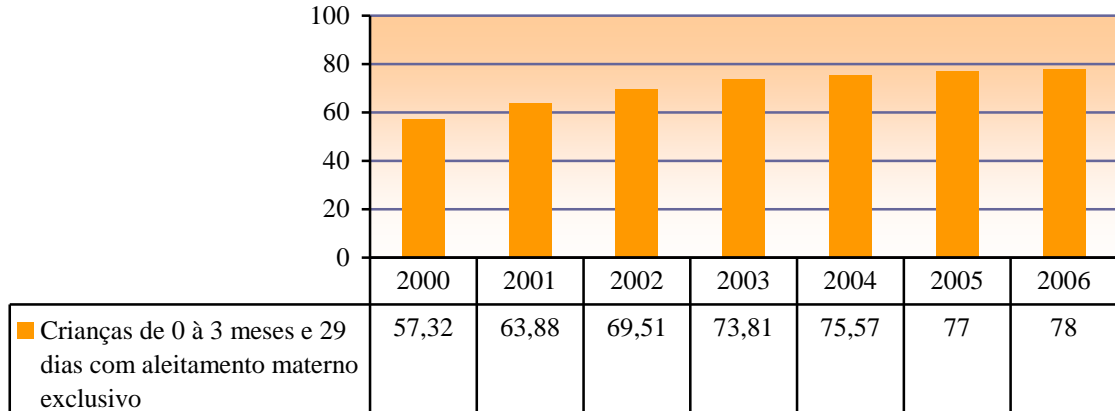


Figura 11 - Proporção de crianças de 0 à 3 meses e 29 dias com aleitamento materno exclusivo nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

A figura 12 apresenta o coeficiente de crianças < 1 ano e de 12 a 23 meses e 29 dias com vacina em dia, estes dados mostram um crescimento na vacinação de crianças dessa faixa etária. Em 2000, 89,68% das crianças < 1 ano estavam com vacina em dia, em 2002 este número diminuiu para 83,77% e voltou a aumentar chegando a 93,4% em 2006, na mesma proporção cresceu o de crianças com 12 a 23 meses e 29 dias, que variou de 89% em 2000 para 93,09% em 2006.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado em 1973 no intuito de erradicar e/ou controlar doenças infecto-contagiosas e imunopreviníveis, como: poliomelite, sarampo,

difteria, tétano, coqueluche, tuberculose e outras que acometem da população. Este programa é citado atualmente como referência mundial pela OPAS e OMS (BRASIL, 2003b).

Desde sua implantação, foram constatadas melhoras importantes como a diminuição da mortalidade infantil em menores de 5 anos; isto deve-se à ampliação da cobertura vacinal, implementação do programa da assistência integral à saúde da criança e ao aumento da cobertura dos serviços de saúde de nível básico (TEMPORÃO, 2003).

As ESF's são consideradas hoje como importantes aliados do PNI, na tentativa de manter as crianças brasileiras adequadamente imunizadas. No intuito de avaliar a situação vacinal das crianças, o PNI criou um Calendário de Vacinação que contém recomendações para as unidades públicas de vacinação, este calendário mostra os tipos de vacinas recomendadas às crianças desde seu nascimento, e vai até aos dez anos de idade (ALVES, 2003).

A melhoria nas coberturas vacinais da população menor de cinco anos, com as vacinas contra poliomielite, a tríplice bacteriana, a BCG e contra o sarampo é otimista isto, principalmente a partir de estratégias específicas, como a realização da multivacinação nos dias de campanhas nacionais. As ações voltadas aos menores de cinco anos, são implementadas na rotina, nos dias regionais e nacionais de multivacinação e por intermédio de ações específicas de intensificação, cobrindo a totalidade dos nascidos em cada ano e completando o esquema daqueles que, por diferentes motivos, não foram vacinados no primeiro ano de vida (BRASIL, 2001d).

De acordo com a Coordenação do PSF de São Luís, a meta de imunização é de 95% da população infantil, infelizmente esta não é alcançada porque muitas vezes a mãe se mostra resistente à vacinação, pelo fato de desconhecer seus benefícios ou pela errônea idéia da importância da imunização. A instituição ainda comenta que, na tentativa de alcançar a meta ideal que seria de 100%, são realizadas buscas ativas, sendo feita a supervisão regular no intuito de identificar crianças ainda não imunizadas.

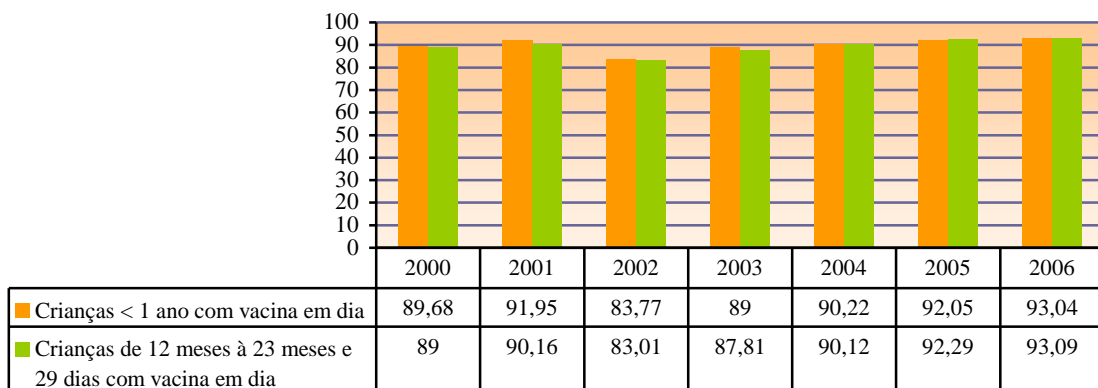


Figura 12 - Proporção de crianças com esquema vacinal em dia < 1 ano e de 12 à 23 meses e 29 dias nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

A figura 13 revela que o óbito de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), cresceu ao longo dos anos; em 2000, constatou-se 12% de óbitos e chegou em 2002 a 7,3%, e aumentou em 2004 para 11,42%, chegando a 2006 com 7,9% de óbitos.

Biologicamente, o período de idade fértil é apresentado da menarca (aproximadamente 13 anos) à menopausa, mas é de nosso conhecimento que a idade da menarca sofre alterações, inclusive secundárias a fatores exógenos, podendo acontecer dos 10 aos 16 anos. Portanto, não se pode descartar a possibilidade de gravidez na adolescência, mesmo em meninas menores de 15 anos (FAÚNDES, 2000).

A distribuição das principais causas de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil, ocorridos no primeiro semestre de 2002, tem as neoplasias como a principal causa de óbito com 24,4%. Nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, os valores são próximos aos do Brasil como um todo, mas nas regiões Sul e Centro-Oeste a importância dessa causa de morte é ainda maior, com proporções em torno de 28% (BRASIL, 2006f).

Em seguida, por ordem de importância, encontramos as doenças do aparelho circulatório, contribuindo com 19,6% dos óbitos deste seguimento populacional havendo, contudo, diferenças consideráveis entre as regiões. Em terceiro lugar, surgem as causas externas (acidentes físicos, homicídios e suicídios) com 15,5%, numericamente diferentes em cada região. Em quarto lugar, encontram-se as doenças infecciosas e parasitárias sendo responsáveis por 12,5% do total de óbitos de mulheres (BRASIL, 2006f).

Contudo, existe uma causa de óbito dessas mulheres que supera a todas as anteriormente citadas: trata-se das que se denominam “causas maternas”, as quais têm contribuído com 51,6%, contra 48,4% decorrentes de outras causas (BRASIL, 2006f).

Segundo a OMS, a mortalidade materna refere-se à morte de uma mulher durante a gestação ou no período de 42 dias após a mesma, independentemente da duração ou da localização da gravidez, com causa relacionada ou agravada pela gestação ou por medidas tomadas em relação a esta, descartando-se causas acidentais ou incidentais (BRASIL, 2006f).

É importante salientar a situação observada nos países em desenvolvimento, os quais apresentam um índice alarmante de mortalidade materna. Basta observar que, em seus estudos, a OMS estimou que, em 1990, 585.000 mulheres em todo mundo, morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos (BRASIL, 2002d).

Essa disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento fica bem clara quando se analisam as Razões de Mortalidade Materna, daí ser a mortalidade materna um bom indicador da realidade socioeconômica de um país e da qualidade de vida de sua

população. Mas há de se convir o quanto vale a determinação política de uma nação quando ela se dispõe, através de um grande esforço e boa vontade, a realizar ações de saúde coletivas e socializadas. É o que vem acontecendo em países como Chile, Cuba, Costa Rica e Uruguai que têm Razões de Mortalidade Materna substancialmente inferiores – menores que 40/100.000 nascidos vivos, bem diferente do que acontece na Bolívia, Peru e Haiti que, embora pertencendo ao mesmo continente americano como os anteriormente citados, apresentam mais de 200 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2002d).

Já no Brasil, uma das peculiaridades é a dificuldade de monitoramento do nível e das tendências de mortalidade materna, tendo como causa a subinformação e o sub-registro. A subinformação resulta do preenchimento incorreto da Declaração de Óbito (DO) e acontece quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isto ocorre devido ao desconhecimento dos médicos no que se refere ao correto preenchimento da DO e do quanto é importante esse documento como fonte de dados de saúde.

Já o sub-registro, é a omissão do registro do óbito em cartório, muito comum nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, tanto pela dificuldade de acesso aos cartórios como pela existência de cemitérios irregulares e pelo entendimento de uma parcela da população de que este é um documento sem utilidade (BRASIL, 2002d).

Começa por aí o descaso para com a mortalidade materna, sendo importante salientar o que nos ensina Bonciane (2006) em sua pesquisa sobre a lista de causas presumíveis de mortalidade materna. A mesma autora faz referência a pensadores como Tanaka (2002, p. 6) que refere as questões culturais ou até religiosas como causas responsáveis pela invisibilidade da morte materna, e até mostra que a tendência mundial é subestimá-la e colocar em grande ênfase para a mídia, a mortalidade de crianças de 28 dias a 1 ano de vida; e Laurent (1988) que mostra em seus estudos realizados em São Paulo que, enquanto naquele estado observou-se o apreciável declínio da mortalidade infantil de 65,5 para 38,9 por 100.000 nascidos vivos, ocorrendo o contrário com a mortalidade materna que de 87/100.000 subiu para 99,6/100.000 nascidos vivos.

Diante de tão lamentável situação, aos poucos foram surgindo entre pessoas mais sensíveis, a idéia de que algo deveria ser feito, capaz de causar impactos nas mentes humanas de modo a sensibilizá-las para que lutem em favor da prevenção contra esse flagelo que tem enlutado tantas famílias e deixado milhares de crianças órfãs em todo o mundo.

Assim, por iniciativa de organismos internacionais como a OMS, a OPAS e o MS do Brasil, foram sendo criados os chamados Comitês de Mortalidade Materna, no intuito de se formar comissões para analisar e registrar todos os óbitos maternos ocorridos, sendo que tais

comitês existem atualmente em todas as Unidades Federadas do Brasil (BRASIL, 2002d).

Mas para se fazer essas análises e esses registros, esbarra-se sempre nas dificuldades oriundas da subinformação e da sub-notificação, o que levou os comitês a criarem uma estratégia para desenvolver esse trabalho, ou seja, dividir os dados de informação em três grupos: os das declaradas como mortes maternas, os das presumíveis e os das não presumíveis, chegando-se à conclusão de que a utilização da lista de causas presumíveis do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do MS é insuficiente para um conhecimento completo de todos os casos de mortes maternas (BONCIANE, 2006).

As mortes estão subdivididas em dois grupos: as mortes obstétricas diretas que são resultantes de complicações na gravidez, parto e puerpério; e mortes obstétricas indiretas, resultantes de doenças pré-existentes ou que se desenvolveram durante a gravidez (BRASIL, 2006f).

Com a evolução tecnológica e terapêutica, evitou-se, em certos casos, que graves complicações ocorridas no período gravídico-puerperal, resultassem em morte antes do término do puerpério, porém esses óbitos podendo ocorrer mais tardiamente, razão pela qual, a OMS incluiu na CID-10 código para “morte por qualquer causa obstétrica que ocorra acima de 42 dias, e nunca após um ano da realização do parto”; estas são as chamadas “mortes maternas obstétricas tardias” (BRASIL, 2006f).

As causas das mortes maternas mais frequentes são: transtornos hipertensivos com destaque para os específicos da gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); abortamento; transtornos hemorrágicos, notadamente os decorrentes de descolamento prematuro da placenta, de placenta prévia, e outras complicações de parto e puerpério (como infecções e embolias); cardiopatias complicando a gravidez ou o parto; doenças infecciosas; e outras (BRASIL, 2006f).

Com um olhar dirigido para a vida feminina, no intuito de reduzir a morbimortalidade das mulheres, o MS do Brasil antecipou-se, criando em 1984 o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), para desenvolver ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2006f).

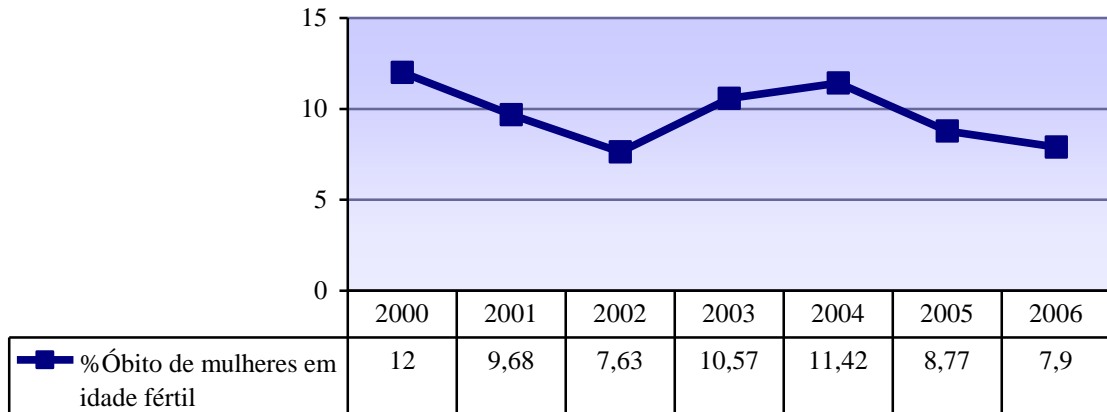


Figura 13 - Mortalidade proporcional de mulheres em idade fértil nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

A figura 14 mostra o número de gestantes cadastradas, que cresceu ao longo dos anos, saindo de 2000 com 295 para 2.112 em 2006; em seguida mostra dados de gestantes acompanhadas que se iniciam em 2000 com 281 e chegam a 2006 com 2.085, revelando que o número de acompanhadas é inferior ao de cadastradas.

A mesma figura também mostra o número de gestantes vacinadas em dia ao longo dos anos em pesquisa, em 2000 verificou-se 261 e chegou em 2006 com 1.961 gestantes vacinadas; e por último nos mostra as gestantes com pré-natal no 1º trimestre, com 162 em 2000 chegando a 1437 em 2006.

A assistência pré-natal constitui-se num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, para isto é necessário a ocorrência de, pelo menos, seis consultas mensais durante o pré-natal. A atenção ao pré-natal de qualidade, humanizada, é fundamental para a saúde materna e neonatal; esta atenção deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que podem ocorrer neste período (BRASIL, 2005c).

No Brasil, vem-se registrando um aumento expressivo do número de consultas de pré-natal por mulheres que têm seus partos realizados nas maternidades do SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,1 consultas por parto em 2003. Apesar da visível ampliação na cobertura do pré-natal, a análise dos dados disponíveis mostra um indesejável comprometimento da qualidade dessa atenção. Isto pode ser evidenciado pela incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos/1000 nascidos vivos no SUS; e também pelo fato de ser a hipertensão arterial considerada como a causa mais freqüente de morte materna em nosso país (BRASIL, 2005c).

Como parâmetros para uma boa cobertura do pré-natal, temos a considerar: primeiro,

a recomendação de que a paciente tenha, no mínimo, seis consultas pré-natais durante o período gestacional; segundo que sejam solicitados e realizados os exames recomendados pelo MS – hemoglobina, hematócrito, VDRL, Sistema ABO-Rh, sorologias para toxoplasma e marcador viral para hepatite B-HBsAg, teste anti-HIV, glicemia em jejum e urina tipo I, além desses recomenda-se a realização de ultra-sonografia transvaginal até a 23º semana de gestação e ultra-sonografia obstétrica a partir da 24º semana (BRASIL, 2006g).

Os resultados dos exames complementares serão interpretados pelo pré-natalista e lançados no prontuário e na carteira própria da gestante, bem como, na Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes no SIS – Pré-natal, oferecida pelo Programa de Humanização do pré-natal e Nascimento da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, após a realização do cadastramento das gestantes, no qual, encontra-se o número SIS – Pré-natal, destinado a cada uma dessas pacientes. Na mesma ficha serão também lançadas as datas de três doses da vacina antitetânica ou a informação de IMUNE caso a paciente esteja com seu esquema vacinal em dia durante os últimos cinco anos. Trata-se de uma fórmula utilizada pela prefeitura de São Luís para melhor alimentar o sistema de informação sobre assistência pré-natal a partir da rede de distribuição da Atenção Básica.

Há de se observar a relevância que tem a vacinação antitetânica feita na gestante com o fim de proteger o futuro recém-nato contra o tétano umbilical, também conhecido como “mal dos sete dias”, que é uma doença aguda, muito grave, não transmissível, com a característica de ser imunoprevenível, causada pelo bacilo *Clostridium tetani*, que acomete recém-nascidos, em geral na primeira semana de vida podendo, ocasionalmente, ocorrer até 15 dias após o nascimento (BRASIL, 2006f). Quanto à vacinação contra hepatite B em gestantes, deve ser aplicada nos casos em que o HBsAg seja negativo e, em caso de positividade, encaminhar a paciente para a especialização que terá a responsabilidade de fazer imunoglobulina no recém-nato até o 12º dia de vida extra-uterina (SUCCI, 2006).

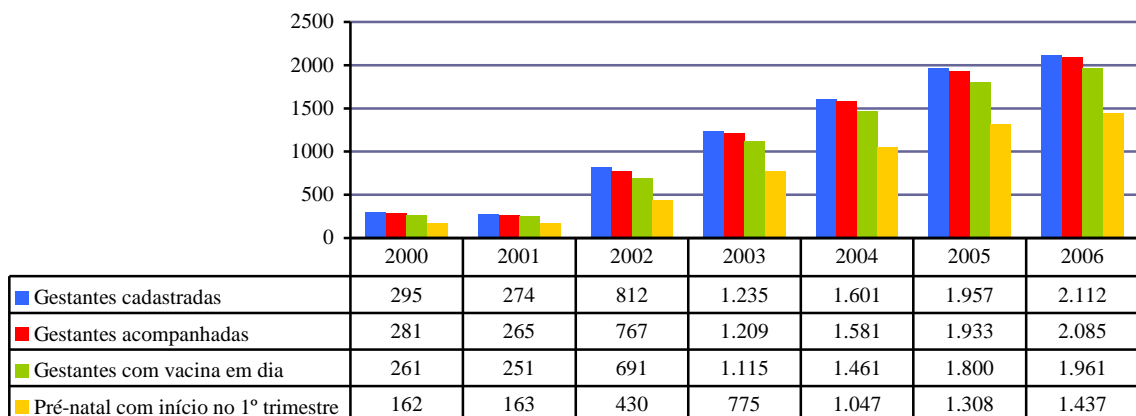


Figura14 - Número de gestantes cadastradas, acompanhadas, com vacinas em dia e com início de pré-natal no 1º trimestre nas áreas cobertas pelo PSF no município de São Luís, 2000 a 2006.

7 CONCLUSÃO

Pode-se concluir com o estudo que, ao longo desses anos, o PSF mostrou uma importante ampliação quantitativa e geográfica de cobertura da população com ações e serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica, apresentando melhora na situação da saúde, isso a partir da análise de alguns indicadores. Essa melhora se deve à expansão da cobertura do PSF e ao número cada vez maior de ESF's, tornando a estratégia fundamental para o desenvolvimento da Atenção Básica na capital.

Esta expansão muito tem contribuído para o controle da tuberculose, HA, DM e eliminação da hanseníase. Esses indicadores mostraram-se positivos quanto ao número de cadastrados e de acompanhados que cresceu, consideravelmente, ao longo dos anos, mostrando claramente o crescimento do PSF e sua eficácia no município.

Mas apesar de seu sucesso, verificou-se como ponto negativo a subnotificação de casos, principalmente no que se refere à hanseníase e à tuberculose, se comparados aos dados observados nos arquivos da Vigilância Sanitária. É verdade que nesta, os casos notificados abrangem todas as unidades ambulatoriais de saúde pública da capital, mas ainda assim, o déficit existe, considerando ser a quantidade de UBS's do PSF bem maior que as demais unidades de saúde.

Outro fator encontrado como agravamento dessas doenças, apontado pela coordenação do PSF de São Luís, é a falta de material e laboratório para realização do exame baciloscópico, procedimento este, considerado fundamental para a detecção e manutenção dos casos de tuberculose e hanseníase, daí a importância de se elaborar uma infra-estrutura que atenda, adequadamente, as necessidades da população e da própria ESF para a realização de seu trabalho.

Em se tratando da saúde da criança, detectamos considerável decréscimo na mortalidade neonatal e TMI por diarreia, possivelmente decorrentes da melhora do acesso da população aos serviços de saúde e realização de campanhas como a TRO e amamentação; quanto à TMI global, verificou-se oscilações sem redução progressiva de seu número, fato este que pode estar também relacionado à subnotificação de casos.

Dentre as ações da saúde infantil, encontramos como ponto positivo, a vacinação em dia que vem crescendo e estabilizando-se ao longo dos anos. Contudo, a Coordenação informou sobre a falta de cooperação de algumas mães que não dão a devida importância e nem mostram o menor interesse pela vacinação de seus filhos, percebendo-se com isso, a necessidade de se reforçar as orientações quanto à imunização.

Quanto à desnutrição infantil, diminuiu significativamente ao longo dos anos devido ao aumento da cobertura populacional, ao incentivo de programas como a Bolsa Família e ao incentivo do aleitamento materno.

Em relação ao indicador de baixo peso ao nascer, os resultados se mostraram claramente satisfatórios, confirmando o sucesso da campanha do aleitamento materno exclusivo e pré-natal, esta última faz parte de indicadores da saúde da mulher que se mostrou tão satisfatória que reflete positivamente a outros indicadores de saúde da criança.

Também, na área de saúde da mulher, ressalta-se a luta pelo efetivo combate a óbitos de mulheres em idade fértil que podem estar relacionadas à morte materna, representando pouco mais da metade do que a de óbitos decorrentes de outras causas como as neoplasias. Esses números revelam que se faz necessário uma maior atenção aos cuidados da mulher no período gestacional e puerperal, assim como, na prevenção de neoplasias como o câncer de colo uterino e mama. Fator que dificulta o monitoramento desses dados é o subregistro e a subinformação, necessitando um maior esclarecimento quanto ao preenchimento desse documento e à importância de seu preenchimento, sendo este fundamental para pesquisa e busca de soluções no que se refere a óbitos.

Quanto aos indicadores de gestantes cadastradas e acompanhadas, com vacina em dia e pré-natal com início no 1º trimestre, estes cresceram bastante ao longo dos anos, mostrando o sucesso das campanhas que incentivam o pré-natal.

Por fim, num balanço provisório, pôde-se observar que, como nenhum trabalho dessa magnitude pode acontecer sem as inevitáveis dificuldades, foi-se desvendando através do tempo, desafios tais como:

- Pessoal (profissional): número insuficiente de médicos, notadamente com perfil para compor as equipes nesse novo modelo, sendo a questão salarial e a precariedade da relação de trabalho, o viés que dificulta o interesse desses profissionais em aderirem a esse trabalho e à formação de mais ESF's.
- Falta de condição de trabalho com as conhecidas deficiências nas UBS, precariedade de transporte para se ir ao trabalho, falta de uma retaguarda para o fluxo, segundo os níveis de complexidade exigidos para determinadas situações – referência e contra-referência.
- A subnotificação e subinformação de casos que prejudica a legitimação dos números obtidos pelo SIAB.

Como pontos positivos pudemos observar claramente:

- Ampliação do acesso da população aos serviços básicos de saúde, com a

implementação de novas USB's situadas em diversos pontos do município;

- Maior acesso às ações e cuidados em saúde (prevenção das doenças, promoção da saúde e atenção clínica/terapêutica);
- Vivência, pelos usuários, de processo educativo em saúde, numa nova pedagogia;
- Processo de educação permanente aos profissionais envolvidos;
- A formação de um banco de dados sobre o perfil sócio-sanitário da população;
- Demonstração da capacidade de realização das ESF's que, apesar das adversidades, têm se colocado como precursoras de um novo modo de fazer atenção à saúde.

Este trabalho é importante pela sua visão panorâmica e exploratória da situação da saúde pública na capital São Luís, no que se refere ao PSF. Relatando o perfil dos impactos de transição demográfica, de cobertura populacional, das mudanças do modo de vida e das políticas públicas nos indicadores de saúde, contribuindo, decisivamente, para a formação de uma consciência crítica desse perfil que servirá de estímulo aos futuros processos de intervenção para melhorar a saúde na capital e/ou Estado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: Casa Civil, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso: 5 abr 2007.

_____. Ministério da Saúde. Neto, Milton Menezes C. (org.). **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde; Secretária de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): descentralização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_descentralizacao.pdf. Acesso em: 05 abr 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Anuário Estatístico de Saúde do Brasil – 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/introd.cfm>. Acesso em: 01 set. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: Manual hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. **Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, ano II, n.8, abr., 2001.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 01 abr 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família: 50 milhões de brasileiros atendidos**. Brasília, n. 5, ano II, maio de 2002, edição especial.

_____. Ministério da Saúde. Universidade Federal da Bahia. **O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil**. Brasília: Secretaria de Política de Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: 2002, 2 ed, 75 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entendergestao.pdf. Acesso em: 03 abr 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes.pdf>. Acesso em: 10 out. 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**. Brasília: CONASS, 2004. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documenta7.pdf>. Acesso em: 3 abr 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 2. ed, rev. atual, 40 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 144. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/publicacoes.php>. Acesso em: 20 out 2007.

_____. Secretaria de Estado da Saúde – MA. **Informe Epidemiológico Hanseníase**. São Luís: SES/MA, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p.163.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender o pacto pela saúde – 2006: Portaria GM/MS 399/2006**. Brasília: CONASS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**: Aprova a política nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://www.sindhosp.com.br/gm-648.htm>. Acesso em 4 set. 2006.

_____. Secretaria de Estado da Saúde – MA. **Informe Epidemiológico Tuberculose**. São Luís: SES/MA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p. (Caderno de Atenção Básica, n. 15).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56p. (Caderno de Atenção Básica, n. 16).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, p. 126.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde – 25 anos**. Brasília: CONASS, 2007. 156p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/adimin/arquivos/livro25anos.htm>. Acesso em 16 mai 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2007. 528p. v. 12.

_____. Conselho Nacional de Secretários de saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 232p. v. 8.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 278 p. v. 6.

BENIGUI, Yehuda; LAND, Sandra; PAGANINI, José Maria et al. (Org.). **Ações de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância**. Washington: OPAS, 1997.

BONCIANI, Rosa Dalva F. **Mortalidade Materna: uma análise da utilização de listas de causas presumíveis**. 2006. (Doutor em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Publica, Universidade de São Paulo, 2006.

CARVALHO, B. G; MARTIN, G.B; CORDONI Junior, L. **A organização do sistema de saúde do Brasil**. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, 1. (Org. Bases da Saúde Coletiva). Londrina: Ed. UEL, 2001.

CHAVES, Robert G.; LAMOUNIER, Joel A.; CÉSAR, Cibele C. **Fatores associados com a duração do aleitamento materno**. *Jornal de Pediatria*: Rio de Janeiro 2007, v.83, n.3, p. 241-246.

DUBEUX, Luciana S.; FRIAS, Paulo Germano; VIDAL, Suely Arruda et al. **Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família no município de Olinda, Pernambuco**. *Ver. Brás. Matern Infantil: Recife*, 2out./dez., 2004, v. 4, n. 4, p. 399-404.

ESCUDE, Maria M. L.; VENANCIO, Sonia I.; PEREIRA, Julio César R. **Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil**. *Rev. Saúde Pública*, 2003, v. 37, n. 3, p. 319-325.

FAÚNDES, Aníbal; PARPINELLI, Mary Ângela; CECATTI, José Guilherme. **Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994)**. *Cad. Saúde Pública*: Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 671-679, jul-set, 2000.

FINKELMAN, J. **Caminhos de Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia Eloiza et al. **Fatores de risco para baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda**. *Revista de Nutrição*: Campinas, abr./jun., 2003, v. 16, n. 2, p. 171-179.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.** Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 2006. v. 22, p. 1171-1181.

GURGEL, Ricardo Queiroz, DIAS, Iane Martha Oliveira, FRANCA, Vera Lúcia Alves et al. **Distribuição espacial do baixo peso ao nascer em Sergipe, Brasil, 1995/1998.** Cad. Saúde Pública, set./out. 2005, v. 21, n. 5, p. 1329-1337.

GUIMARÃES, Zuleica Antunes; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; PAIM, Jairnilson Silva et al. **Declínio e desigualdades sociais na mortalidade infantil por diarreia.** Rev. Socied. Brasileira de Medicina Tropical, v.3 4, n. 5:, p. 473-478, set-out, 2001.

IBGE. **Resultado da Amostra do Censo demográfico 2000 – Malha Municipal digital do Brasil:** Situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em 30 mai 2007.

IBGE. **Estatística do Registro Civil - 2003.** Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=283&id_pagina=1. Acesso em 18 jan 2008.

NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. **Estudo transversal sobre fatores associados ao baixo peso ao nascer a partir de informações obtidas em sala de vacinação.** Rev. Brasileira de Saúde Matern. infantil.: Recife, jan./marc., 2003, v. 3, n.1, p. 37-42.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; ALMEIDA, Márcia Furquim; ORTIZ, Luis Patrício. **Gestão para redução da mortalidade infantil.** São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004, 2. ed. 80 p.

RIBEIRO, Valdinar Sousa; SILVA, Antônio Augusto Moura. **Tendências da mortalidade neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1979 a 1996.** Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro, abr-jun, 2000, v. 16, n. 2, p. 429-438.

ROSA, Walisete A. Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: a construção de um modelo de assistência.** Revista Latino-Am. Enfermagem, v. 13, n. 6, Ribeirão Preto nov/dez 2005.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. **Programa Saúde da Família do Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens.** Rev. Saúde e Sociedade: São Paulo, jan/jul., 2001, v. 10, n.1.

SOUSA, Maria de Fátima (org). **A real-idade do PSF: conversando com quem faz.** Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

SOFHIA, D. **Normas Operacionais: O que são? Como funcionam?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 5: 17-19, 2002.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equidade entre necessidades de saúde, servos e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

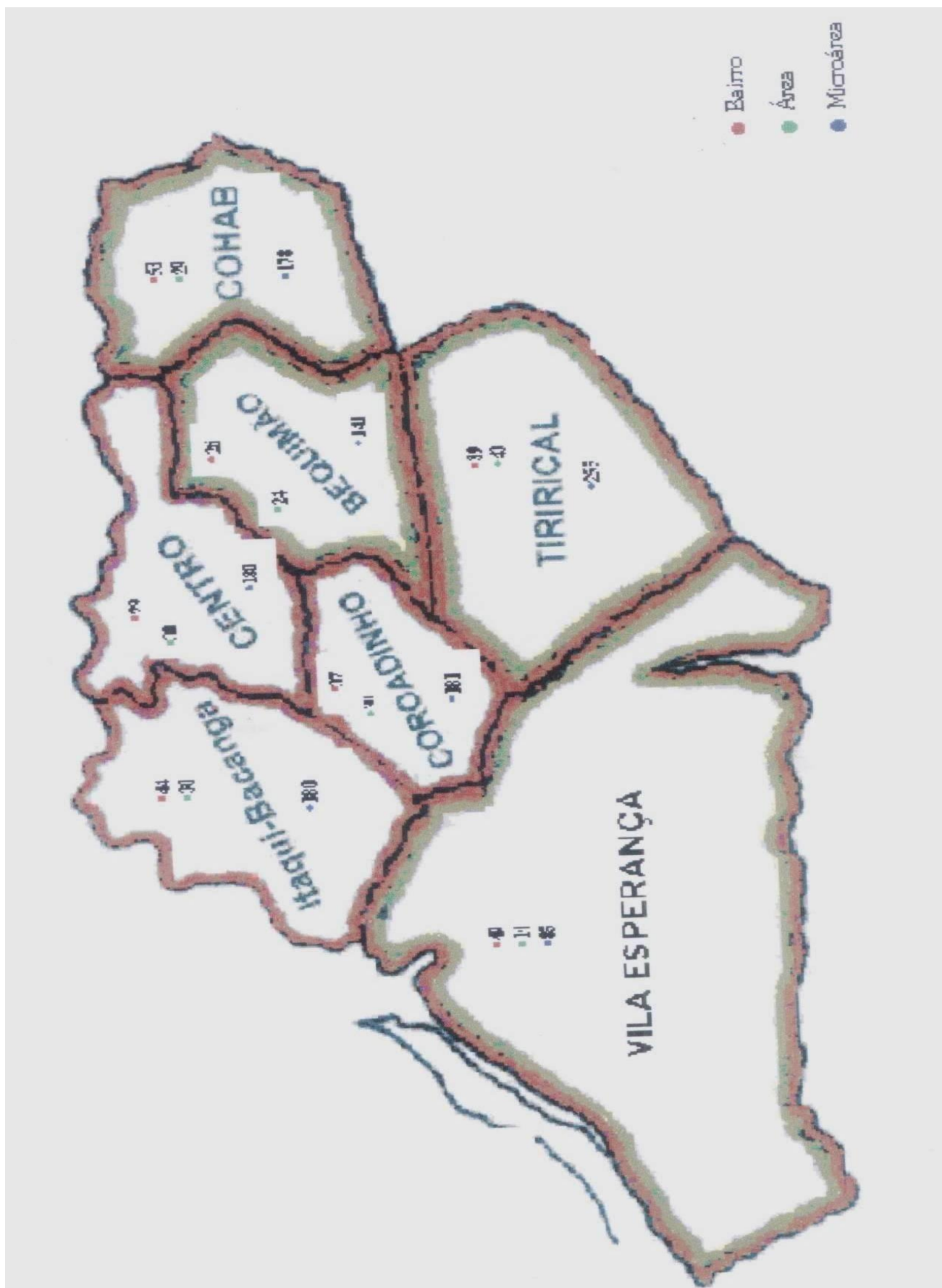
SUCCI, Regina C.; FARHAT, Calil K. **Vacinação em situações especiais.** Jornal de Pediatria: Rio de Janeiro, 2006, v. 82.

TEMPORÃO, José Gomes. **O Programa Nacional de Imunização (PNI):** origens e desenvolvimento. Rev. História, Ciência e Saúde: Rio de Janeiro, 2003, v. 10.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância 2005:** Infância ameaçada. Disponível em: <http://www.unicef.org>. Acesso em: 30 set 2007.

ANEXOS

Anexo A – Mapa de Distribuição das Áreas do PSF em São Luís



Anexo B – Ficha de Coleta de Dados

INDICADORES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Pessoas com tuberculose cadastradas							
Pessoas com tuberculose acompanhadas							
Prevalência de tuberculose (20 anos e mais)							
Pessoas com hanseníase cadastradas							
Pessoas com hanseníase acompanhadas							
Prevalência de hanseníase (20 anos e mais)							
Hipertensos cadastrados							
Hipertensos acompanhados							
Prevalência de hipertensos (20 anos e mais)							
Diabéticos cadastrados							
Diabéticos acompanhados							
Prevalência de diabéticos (20 anos e mais)							
Baixo peso ao nascer							
Óbito de RN < 28 dias do total							
TMI global / 1000 NV							
TMI por diarreia/1000 NV							
Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias com aleitamento materno							
Crianças < 1 ano desnutridas							
Crianças < 1 ano com vacina em dia							
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias desnutridas							
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias com vacina em dia							
Óbito de mulheres em idade fértil							
Gestantes cadastradas							
Gestantes acompanhadas							
Gestantes com vacina em dia							
Pré-natal com início no 1º trimestre							