

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LÍDIA SALDANHA NICOLAU

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS:
avanços e desafios

Brasília
2008

LÍDIA SALDANHA NICOLAU

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS:

avanços e desafios

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Diana Lúcia Moura Pinho

Brasília

2008

LÍDIA SALDANHA NICOLAU

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS:
avanços e desafios**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Apresentada em: 30/01/2009

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Diana Lúcia Moura Pinho (Orientadora)
Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Maria Clotilde Henriques Tavares (Examinador)
Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Maria de Fátima de Sousa (Examinador)
Universidade de Brasília

Ao meu esposo Antonio José, pessoa iluminada, presença forte e constante em minha vida pelo amor e pela vida compartilhados; pela compreensão, pelo incentivo e pelo apoio em todos os momentos.

Aos meus filhos Sâmia, Samir e Samira por encherem nosso lar de alegria, e por fazerem tudo na vida valer à pena.

A minha família, especialmente a minha mãe pelo seu amor imensurável e pelo apoio dado em todos os momentos da minha vida.

À amiga especial e querida, Helena Maria Duailibe Ferreira, pelo convívio e oportunidade de crescimento e por acreditar e agir para que um dia a saúde no Maranhão possa realmente ser um direito de todos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus por permitir alcançar essa conquista.

A construção desse estudo foi muito difícil. Posso assegurar categoricamente, que sua conclusão seria impossível sem a colaboração de muitos. O meu sincero agradecimento a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram.

À Professora Doutora Diana Lúcia Moura Pinho, pela orientação segura, pela contribuição inestimável em todas as fases do estudo e pela cobrança necessária nos momentos de arrefecimento.

À Professora Doutora Liberata Campos Coimbra, pelas importantes contribuições, por acreditar em meu trabalho, entender minhas angústias me incentivar e apoiar em todos os momentos.

Ao Coordenador da Pós-graduação Professor Doutor Carlos Alberto Bezerra Tomaz e todos os professores do mestrado pelo aprendizado e crescimento profissional.

Ao Professor Doutor Antonio Augusto Moura da Silva pela contribuição no projeto dessa pesquisa.

À Professora Mestre Raimunda Nonata Leão Lopes Nobre pelo incentivo e fornecimento de material bibliográfico.

À amiga especial e companheira de longas jornadas Helena Maria Duailibe Ferreira, por confiar em meu trabalho, e me incentivar sempre.

As minhas notáveis amigas e companheiras de trabalho Maria do Carmo Lisboa Rabêlo, Sônia Maria Ferreira da Silva Serra, Maria do Perpétuo Socorro Ramos de Neiva e Francisca Nogueira da Silva por entenderem minha ansiedade, se disporem incansavelmente a contribuir na pesquisa e compartilharem desse momento de crescimento em todas as áreas de minha vida.

À secretária Municipal de Saúde, Professora Terezinha de Jesus Penha Abreu e o secretário adjunto Professor Doutor Marcos Antônio Barbosa Pacheco pelo apoio e por permitir essa pesquisa.

À Coordenadora da Estratégia Saúde da Família Professora Évila Brito Ribeiro e todos os funcionários da secretaria de saúde do município pelo apoio incondicional.

A todos os profissionais das equipes de Saúde da Família e diretores das Unidades Básicas de Saúde da Família que gentilmente responderam às entrevistas.

Aos colegas do mestrado pelo convívio enriquecedor, aprendizado e oportunidade de crescimento mútuo.

Às auxiliares de pesquisa Valéria Portela Silva de Carvalho e Luciene Veloso da Silva pela amizade e ajuda inestimável nas entrevistas.

Ao meu filho Samir pelas sugestões e pelo apoio imprescindível na conclusão do relatório dessa pesquisa entregue ao Estado e Município.

À Laodicéia Mota Ataíde, pela consolidação dos dados.

À Roseline Costa pelo comprometimento e empenho no trabalho de digitação e normalização.

À professora Ricarda Mendes pela presteza e disponibilidade na revisão de português em época de final de ano.

“Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso, aprendemos sempre”.

Paulo Freire

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família propõe uma nova organização dos serviços e ações de saúde a partir da Atenção Básica, com integração das ações programáticas e de demanda espontânea, articulando ações de promoção e vigilância à saúde, prevenção e tratamento de agravos, abordadas de forma interdisciplinar, inseridos em uma rede de serviços que se configura como a porta de entrada do Sistema de Saúde. Dessa forma, ampliando a possibilidade de obter atendimento com qualidade e resolutividade, o que viabiliza o acesso universal caracterizando a territorialização, espaço onde se concretiza a interação e intervenção. O objetivo geral deste estudo é analisar a implantação da Estratégia Saúde da Família, no município de São Luís, no período de agosto de 2007 a abril de 2008, segundo os seus princípios. Trata-se de um estudo exploratório descritivo que foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira, foi utilizado fonte de dados secundários do Sistema de Informação da Atenção Básica. As informações possibilitaram definir a população do estudo, assim como o número das equipes cadastradas, e a população adscrita a cada equipe. Na segunda etapa, foi realizada a coleta dos dados primários por meio de entrevistas com os profissionais das equipes de Saúde da Família e os gestores das Unidades Básicas de Saúde. O estudo revelou que a implantação da Estratégia Saúde da Família no município de São Luís foi lenta, se fortalecendo em 2002 a partir do incentivo financeiro do Ministério da Saúde. Ocorreram avanços na distribuição geográfica das equipes de Saúde da Família nos Distritos Sanitários que favoreceu o princípio da equidade. A maioria dos profissionais tinha mais de um ano na equipe, especialização em área afim à Atenção Básica. Chama a atenção o desconhecimento da população adscrita por 24,2% dos entrevistados. O município de São Luís tem 46% de suas equipes responsáveis por mais de 4.000 habitantes. A interdisciplinaridade no atendimento aos usuários demonstrou que ainda persiste o cuidado individualizado, focado na doença, com atendimento baseado na demanda espontânea, pouca ênfase nas ações educativas e de diagnóstico epidemiológico e no planejamento, comprometendo o princípio da integralidade. O monitoramento sistemático das ações desenvolvidas pelas equipes pode contribuir para que a Estratégia Saúde da Família se consolide realmente como uma proposta de reorientação do modelo de saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Modelo assistencial. Atenção Básica.

ABSTRACT

The Family Health Strategy proposes a new organization of services and health actions through the Primary Health Care, integrating the programmed actions and the spontaneous demand, creating actions aimed at promotion and surveillance of health, prevention and treatment of conditions, with inter-disciplined approaches, inserted on a service network which is configured as the gateway to the Health System. Consequently, widening the possibility to obtain a quality and effective care service, which grants the right for universal access, characterizing the territorial division where the interaction and intervention occurs. This essay is aimed at analyzing the Family Health Services Implantation Strategy in the city of São Luis, from August 2007 to April 2008, according to its principles. It is a descriptive and explanatory study which was developed in two different stages. On the first stage it was used the secondary databank from the Primary Health Care Information System. This information allowed the definition of the study population, as well as the number of teams enrolled, and the population designated to each team. On the second stage, it was carried out the primary data gathering through interviews with the staff from the Family Health teams and the Primary Health Unity managers. The study revealed that the implantation of the Family Health Program in the city of São Luis was slow, being improved in 2002 since the financial support from the Health Ministry. There were improvements on the Family Health geographical distribution on the sanitary districts, which has favored the equity principle. Most of the professionals had more than a year experience on the team and a post-graduation certificate in an area related to the Primary Health Care. Stands out that 24.2% of the interviewed professionals were unaware of their designated population. The city of São Luis has 46% of its teams responsible for more than 4.000 inhabitants. The interdisciplinarity during the patients care has shown the persisting idea of individualized care, focused on the condition with a spontaneous demand based care, poorly emphasizing the educational actions, the epidemiologic diagnosis and planning, compromising the integrality principle. The systematic monitoring of the developed actions by the teams may contribute to the Family Health Strategy steady consolidation as a remodeling proposal to the health model.

Keywords: Family Health Strategy. Assistance Model. Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACD	-	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	-	Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AIS	-	Ações Integradas de Saúde
APS	-	Atenção Primária de Saúde
CAP	-	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBO	-	Código Brasileiro de Ocupações
CD	-	Crescimento e Desenvolvimento
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS-		Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	-	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	-	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DS	-	Distrito Sanitário
ESB	-	Equipe de Saúde Bucal
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
IAP	-	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAPM	-	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	-	Ministério da Saúde do Brasil
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	-	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PAB	-	Piso de Atenção Básica
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	-	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PITS	- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNAD	- Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio
PNI	- Programas Nacional de Imunização
PRAMP	- Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência
PROESF	- Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	- Programa de Saúde da Família
SEMUS	- Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SINPAS	- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	- Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre Esclarecido
THD	- Técnico de Higiene Dental
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UBSF	- Unidade Básica de Saúde da Família
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para Infância

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família no Brasil, Nordeste, Maranhão e São Luís, no período de 2000 – 2006	22
Quadro 1	- Modelo Clássico e o Modelo de Atenção Integral à Saúde da Família	23
Quadro 2	- Principais ações e responsabilidades dentro da AB a serem desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família	25
Figura 2	- Distribuição e cobertura pela ESF dos Distritos Sanitários no município de São Luís	36
Figura 3	- Evolução da implantação das equipes de Saúde da Família . São Luís, 2007	40
Quadro 3	- Equipes de Saúde da Família segundo Distrito Sanitário e ano de implantação. São Luís, 2007	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distritos Sanitários, população total e cadastrada, número de USF e equipes de Saúde da Família e percentual de cobertura, São Luís, 2007	37
Tabela 2	- Distribuição das equipes de Saúde da Família segundo tipo por Distrito Sanitário. São Luís, 2007	38
Tabela 3	- Equipes de Saúde da Família segundo ano de implantação e maturidade. São Luís, 2007	39
Tabela 4	- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a categoria profissional. São Luís, 2007	42
Tabela 5	- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo o tempo na equipe. São Luís, 2007	42
Tabela 6	- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a faixa etária. São Luís, 2007	43
Tabela 7	- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a titulação e categoria profissional. São Luís, 2007	44
Tabela 8	- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a área da titulação. São Luís, 2007	45
Tabela 9	- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo o vínculo empregatício. São Luís, 2007	45
Tabela 10	- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a carga horária semanal contratada. São Luís, 2007	46
Tabela 11	- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a existência de mapa da área de abrangência definida para sua equipe. São Luís, 2007	47
Tabela 12	- Cobertura populacional por equipe de Saúde da Família . São Luís, 2007	48
Tabela 13	- Cobertura populacional da equipe estimada pelos entrevistados comparada com os dados do SIAB /08/07. São Luís, 2007	48
Tabela 14	- Estimativa de cobertura populacional de acordo com a categoria profissional comparado com os dados do SIAB/08/07. São Luís, 2007	49
Tabela 15	- Estimativa de cobertura populacional pelos profissionais das equipes de Saúde da Família comparado com os dados da Avaliação Normativa Brasil 2001/2002. São Luís, 2007	50

Tabela 16	- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo utilização das informações do SIAB. São Luís, 2007	51
Tabela 17	- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a participação em reuniões de planejamento/avaliação com os demais membros da equipe. São Luís, 2007	52
Tabela 18	- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a participação em reuniões de conselho municipal ou local de saúde. São Luís, 2007	52
Tabela 19	- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a existência de protocolo clínico. São Luís, 2007	53
Tabela 20	- Atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família. São Luís, 2007	55
Tabela 21	- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo treinamento do ACS por categoria profissional. São Luís, 2007	56
Tabela 22	- Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Saúde da Criança. São Luís, 2007	57
Tabela 23	- Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Saúde da Mulher. São Luís, 2007	57
Tabela 24	- Coleta de material para prevenção de câncer de colo por categoria profissional. São Luís, 2007	58
Tabela 25	- Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Controle do Diabetes Mellitus. São Luís, 2007	58
Tabela 26	- Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Controle da Hipertensão Arterial. São Luís, 2007	58
Tabela 27	- Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Eliminação da Hanseníase. São Luís, 2007	58
Tabela 28	- Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Controle da Tuberculose. São Luís, 2007	59
Tabela 29	- Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Saúde Mental. São Luís, 2007	59
Tabela 30	- Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Vigilância epidemiológica. São Luís, 2007	60

Tabela 31	- Profissionais entrevistados segundo a realização de atividades educativas continuadas em grupo nos últimos 60 dias de acordo com as áreas estratégicas da AB. São Luís, 2007	60
Tabela 32	- Médicos das equipes de Saúde da Família segundo a realização de atividades educativas continuadas em grupo nos últimos 60 dias São Luís, 2007	61
Tabela 33	- Enfermeiros das equipes de Saúde da Família segundo a realização de atividades educativas continuadas em grupo nos últimos 60 dias. São Luís, 2007	61
Tabela 34	- Cirurgiões-Dentistas das equipes de Saúde da Família segundo a realização de atividades educativas continuadas em grupo nos últimos 60 dias. São Luís, 2007	62
Tabela 35	- Profissionais entrevistados segundo a realização de ações relacionadas ao diagnóstico epidemiológico. São Luís, 2007	63
Tabela 36	- Médicos das equipes de Saúde da Família segundo a realização de ações relacionadas ao diagnóstico epidemiológico. São Luís, 2007	63
Tabela 37	- Enfermeiros das equipes de Saúde da Família segundo a realização de ações relacionadas ao diagnóstico epidemiológico. São Luís, 2007	63
Tabela 38	- Cirurgiões-Dentistas das equipes de Saúde da Família segundo a realização de ações relacionadas ao diagnóstico epidemiológico. São Luís, 2007	64

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	5
2.1	Geral	5
2.2	Específicos	5
3	REFERENCIAL TEÓRICO	6
3.1	Resgatando alguns conceitos de políticas públicas	6
3.2	Contextualizações das políticas de Saúde no Ocidente e no Brasil	7
3.3	A mudança do modelo assistencial com reorientação da Atenção Básica	17
3.4	Nasce a Estratégia Saúde da Família	18
3.4.1	Evolução da Estratégia Saúde da Família	19
3.4.2	Estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS	22
3.4.3	Princípios da Estratégia Saúde da Família	27
4	MÉTODOS	32
4.1	Tipo de estudo	32
4.2	Participantes do estudo	32
4.3	Aspectos éticos	32
4.4	Coleta de dados	33
4.4.1	Procedimentos e instrumentos	34
4.5	Análise dos dados	35
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1	Caracterização do contexto do estudo	36
5.2	Identificação das equipes de Saúde da Família cadastradas no SIAB/CNES	38
5.3	Caracterização das equipes de Saúde da Família no município de São Luís	41
5.4	A infra-estrutura para o desenvolvimento do trabalho das equipes de Saúde da Família	53
5.5	Atividades, ações e responsabilidades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família	55
6	CONCLUSÕES	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	74
	ANEXOS	89

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) concebida em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial, a partir da Atenção Básica (AB), atribuindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997). Nesse enfoque, a família é deslocada para o centro da atenção e passa a ser abordada no seu contexto.

A operacionalização dessa Estratégia possui desafios a serem assumidos como, a adequação às necessidades locais respeitando-se os princípios de territorialização, vinculação, responsabilização, resolutividade, integralidade, trabalho em equipe, participação comunitária, construindo assim o elo entre o serviço e a população. Colocando-se, portanto como um elemento com potencialidade transformadora do atual modelo (BRASIL, 1997).

Essa Estratégia indutora da reorientação do modelo assistencial possui como características: o caráter substitutivo; complementaridade e hierarquização; adscrição de clientela; cadastramento; instalação das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF); composição e atribuições das equipes; atribuições dos membros da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário) (BRASIL, 1997).

Segundo Heimann e Mendonça (2005, p. 485),

A essa Estratégia se articula a regulação da incorporação tecnológica, a diminuição dos leitos e a incorporação de novos serviços, exceto hospitalares. Enfatiza a incorporação da profissão médica, privilegia os generalistas (médico de família) e renova a indicação de especialistas.

O foco na família a torna sujeito de atenção o que implica em ter pleno conhecimento dos problemas e isso exige uma nova abordagem para os profissionais da saúde e uma interação qualificada da equipe de saúde, assim como uma nova orientação dos serviços para as comunidades onde as famílias habitam (SOUZA, 1999; NOBRE, 1999; HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

De acordo com Sousa (2001), utilizar Programa Saúde da Família (PSF) deu-lhe visibilidade política, maior espaço para o diálogo institucional e popularidade nos meios de comunicação, pois a palavra Programa no Ministério da Saúde (MS), nas Secretarias Estaduais e Municipais era mais conhecida, chegando até a parecer uma personalidade simbólica, jurídica. Entretanto fez-se necessário a reafirmação de que se tratava de uma Estratégia com potencialidade transformadora do modelo de atenção. Nesse estudo utilizaremos Estratégia Saúde da Família.

A implantação da ESF no Brasil, como eixo estruturante de um novo modelo assistencial, resulta de uma decisão política de mudança que se inicia na AB, em que o princípio operacional da ESF, de adscrição de clientela, torna possível o vínculo das UBSF com a população, o que viabiliza o resgate da relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, sendo um importante diferencial em relação ao modelo tradicional de prestação de serviços (BRASIL, 1997; SOUZA, 2002b).

A adoção da ESF como política nacional estruturada ocorre a partir de 1994 como a principal estratégia de organização da AB, constituindo-se como a porta de entrada preferencial do SUS, o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde, reorganização do SUS e aprofundamento da municipalização (HEIMANN; MENDONÇA 2005).

Desde a sua criação tem se destacado na agenda nacional de saúde como instrumento de reforma da política de saúde brasileira, envolvendo mudanças no modelo de atenção, na organização do sistema de saúde e nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração das ações básicas de saúde (VIANA; DAL POZ, 1998 apud HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Em nível nacional, a ESF teve um impulso expressivo no seu crescimento, principalmente nos últimos sete anos, período em que a cobertura populacional do programa obteve um importante crescimento, passando de 13,7% em 2000 para 44,0% em 2006. Acompanhando o mesmo ritmo de crescimento, o Nordeste passou de 21,9%, em 2000, para 63,2%, em 2006. Evidencia-se que no estado do Maranhão a cobertura populacional atingiu um elevado incremento, passando de 7,2%, em 2000, para 66,5%, em 2006. O município de São Luís teve evolução semelhante ao Brasil, atingindo 5% em 2000, e 35,2% em 2006 (BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2008). Percebe-se um incremento considerável no aspecto quantitativo da ESF. Entretanto, ainda há que se avançar muito para atingir a adequada cobertura populacional.

O desenvolvimento da ESF vem ocorrendo em todo o país, sem, no entanto, conseguir atingir os municípios menos estruturados, principalmente pela dificuldade de fixação do profissional de nível superior. Da mesma forma, não é fácil aumentar a cobertura do programa nas cidades acima de 100.000 habitantes, permanecendo assim excluída uma parcela significativa da população, refletindo na concretização da relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários (SOUZA, 2002a).

O ano de 2006 teve como marca a maturidade da Atenção Básica em Saúde, reafirmada através do pacto pela Vida que definiu como prioridade, consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS.

Segundo Souza (2002b), para que as iniciativas governamentais se transformem realmente em oportunidade de fortalecimento e sustentação da Estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS, é necessário que se mantenha a coerência com os seus princípios no processo de implantação da Estratégia, de maneira que possibilite a transformação das práticas tradicionais nos serviços de AB e contribua para melhorar os indicadores de saúde e de qualidade de vida da população e seja monitorada para que possam de fato contribuir para reorientar o modelo de atenção.

A ESF é um dos principais temas das agendas nacional, estadual e municipal, por representar o fortalecimento da AB no contexto das decisões políticas e institucionais, e como eixo estruturante para a re-organização dos sistemas locais de saúde, no âmbito do SUS.

Em 2009, a Estratégia Saúde da Família completa 15 anos de existência, em um ano de tripla comemoração, 20 anos do SUS e 30 da Declaração de Alma Ata. Ao longo desses anos cada vez mais contribui na mudança do modelo de atenção à saúde integral com vistas à consolidação do SUS, consolidando o ideário da promoção da saúde, visando à qualidade de vida das famílias brasileiras (MENDONÇA; SOUSA, 2008).

Às vésperas dessa comemoração, é importante sistematizar o processo de Monitoramento e Avaliação da ESF, com o objetivo de subsidiar decisões que permitam enfrentar as dificuldades identificadas na implantação, bem como melhorar o aproveitamento das oportunidades que os elementos facilitadores oferecem para o seu crescimento e sustentabilidade. Nesse sentido questiona-se: a rápida expansão das equipes contribuiu para o fortalecimento do SUS no município de São Luís? Quais princípios da Estratégia Saúde da Família estão mais fortalecidos e quais os mais frágeis no município?

Ressalta-se o interesse pessoal pelo assunto, em decorrência da formação da autora em Medicina Geral Comunitária e Familiar e de ter participado da implantação da primeira equipe de Saúde da Família no estado do Maranhão, no município de São Luís, em setembro de 1994, na Unidade Mista do Coroadinho, Unidade esta, em que exerceu o cargo de direção no período de 1994 a 1998. Outro fato marcante foi quando da implantação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) ter ocupado a função de coordenadora estadual no Maranhão, por todo o período de sua execução, passando

posteriormente a integrar o Núcleo Estadual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão implantado a partir do incentivo do Componente 3 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que trata da institucionalização do Monitoramento e Avaliação da AB, em todos os níveis de gestão.

Nos últimos sete anos, São Luís teve uma velocidade rápida na expansão da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família, além disso, neste período foram investidos recursos por meio do PROESF. Dessa forma, justifica-se identificar os avanços e desafios da Estratégia Saúde da Família, ancorados em seus princípios no município de São Luís. Acredita-se que a execução desse estudo possa contribuir para descrever a implantação da ESF, subsidiando a gestão na reorganização da Atenção Básica neste município.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a implantação da Estratégia Saúde da Família no município de São Luís, no período de agosto de 2007 a abril de 2008, segundo as ações que configuram seus princípios.

2.2 Específicos

a) Identificar as equipes da Estratégia Saúde da Família cadastradas no Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB)/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

b) Caracterizar as equipes da Estratégia Saúde da Família, quanto a sua configuração;

c) Verificar a infra-estrutura para o desenvolvimento do trabalho das equipes de Saúde da Família;

d) Identificar as ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família que caracterizam os princípios do acesso universal; da integralidade e o controle social.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Resgatando alguns conceitos de políticas públicas

As políticas públicas são entendidas como a implantação por parte do Estado de um projeto de governo através de programas e de ações direcionadas para setores específicos da sociedade. Portanto, as políticas sociais referem-se a ações que denominam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais, visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento (FLEURY; JAIME, 1999; HOFLING, 2001; SOUSA, 2007).

Assim, resgatamos conceitos de políticas sociais e de saúde para facilitar o entendimento do caminho percorrido pelo Sistema de Saúde do Brasil até chegar à Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante da Atenção Básica.

De acordo com Testa (1995), política social é uma prática realizada por grupos que compõem a sociedade em torno da relação social que constitui o poder, em outras palavras política é uma promessa de distribuição do poder nas sociedades.

Santos (1979) diz que a política social tem como objetivo alcançar a equidade ou redução dos desequilíbrios, tornando possível a divisão do bem-estar social com vários elementos a partir das carências na área da saúde.

Vários autores convergem na opinião de que por meio das políticas sociais é possível mudar a distribuição de poder na sociedade, transformando privilégios em direitos, “direitos em princípio” em “direitos na prática”, clientelas em cidadãos ativos, estruturas administrativas patrimoniais e clientelistas em mecanismos eficientes de gestão pública, sociedades fragmentadas em novas formas de organização, integração e desenvolvimento do capital social, fortalecendo a governabilidade local, conforme enfatiza Fleury (2002 apud SOUSA, 2007).

O conceito de política social, ainda que seja circunscrito pelas ações públicas, governamentais ou não, determinado a proporcionar respostas às demandas que têm origem no processo de reprodução dos indivíduos, é complexo pois envolve uma dimensão valorativa fundada em um consenso social, que responde às normas que orientam a tomada de decisões; uma dimensão estrutural que recorta a realidade de acordo com setores, seguindo a lógica disciplinar, as práticas e estruturas administrativas; o cumprimento de funções vinculadas aos processos de legitimação e acumulação que reproduzem a estrutura social; os processos

político-institucionais e organizacionais relativos à tomada de decisões, a determinação de prioridades, ao planejamento das estratégias e à alocação dos recursos e meios necessários ao cumprimento das metas; um processo histórico de constituição de atores políticos e sua dinâmica relacional nas disputas pelo poder; a geração de normas muitas vezes legais que definem os critérios de redistribuição, de inclusão e de exclusão em cada sociedade como ressalta Fleury (1999 apud SOUSA, 2007).

As políticas sociais têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais. Esse período sinaliza para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina, em que anteriormente, a atuação do Estado e dos médicos era especificamente de evitar a morte. No âmbito das políticas sociais pela Constituição de 1891, cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde, de saneamento e de educação (MACHADO, 1978; BRASIL, 2007).

Conforme Sigerist (1974), as práticas de saúde sempre tiveram, em sua origem e determinação, a influência dos modos de conceber e agir da sociedade face ao corpo humano e a respectiva valorização concedida à saúde e à doença. Os diversos modelos de práticas ou, mesmo de políticas de saúde daí advindos, ao se modificarem ao longo da história, mantiveram correlação com a estrutura da sociedade, em cada período, em face da visão de mundo dominante.

Dessa forma, faz-se necessário uma breve contextualização das políticas de saúde no Ocidente dos meados do século XVIII até a atualidade para compreendermos as influências e as conseqüências destas no modelo de saúde do Brasil.

3.2 Contextualizações das políticas de Saúde no Ocidente e no Brasil

A política de Saúde na Europa Ocidental foi caracterizada pela fase assistencialista até meados do século XIX. Esse modelo assistencialista desenvolveu-se institucionalmente em organizações leigas ou religiosas cuja finalidade era voltar a atenção à saúde para populações pobres, e ao mesmo tempo tinha como outros fins a distribuição de alimentos, educação e proteção de crianças carentes (MÉDICI, 1992).

Nesse modelo as ações, de caráter emergencial, estão focadas nas populações empobrecidas mais suscetíveis, baseiam-se em ações caritativas e reeducadoras, elaborado com base em trabalho voluntário e políticas públicas, estruturado de forma fragmentada e

descontínua, criando organizações e programas às vezes superpostos. Possibilita o acesso a bens e serviços, mas não estabelece uma relação de direito social, portanto são medidas estigmatizantes e compensatórias, pois nesta relação o cidadão tem que provar que é pobre para ter proteção social, Fleury e Jaime (1997) chamaram esta relação de cidadania invertida.

O final do século XVIII foi um marco para o surgimento de uma nova visão sobre o assistencialismo com as transformações nas esferas econômicas e sociais que caracterizaram o capitalismo industrial e a possibilidade de utilização generalizada da força de trabalho no processo produtivo, independente de sua qualificação. A fase assistencialista foi responsabilizada pela ociosidade da população e a despesa pública improdutivo. Era preciso construir uma sociedade mais ativa e rica e para tanto seria necessário desviar-se a atenção à saúde do universo da pobreza desassistida para o universo do trabalho (HABERMAS, 1987).

Iniciou-se dessa forma a segunda fase, chamada previdencialista, cujo objetivo era cobrir, sob forma de seguro financiado por grupos de trabalhadores organizados, questões relativas à saúde e previdência. Esse modelo de seguro social foi absorvido pelas empresas, com a participação dos patrões no financiamento e posteriormente generalizada para todo trabalhador, acrescido da participação adicional do Estado. Nessa fase, a política assistencialista permaneceu, mas limitada à determinada camada da população excluídas do trabalho formal (NOBRE, 1999; SOUSA, 2007).

Na política previdencialista é estabelecida uma relação de direito contratual na qual os benefícios são condicionados às contribuições realizadas e à afiliação dos trabalhadores segundo as categorias ocupacionais que são autorizadas a se beneficiarem do seguro. A organização fragmentada dos seguros, segundo Sousa (2007), expressa a concepção dos benefícios como vantagens especiais de cada categoria, como resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo.

Nesse modelo, apenas os trabalhadores e suas famílias recebiam atenção médica diferenciada. Santos (1979) nomeou essa relação de cidadania regulada, pois os direitos sociais estão condicionados à inserção dos cidadãos no mercado de trabalho.

As duas guerras mundiais influenciaram o pensamento de que em situações de emergência ou catástrofes todos deveriam ser atendidos pelo Sistema de Saúde e não somente os trabalhadores. Esta forma de pensar e agir abalou o modelo previdencialista. As mudanças ocorridas a partir de 1941 no modelo previdencialista britânico ratificaram os anseios de saúde na Europa Ocidental e destacaram as contradições da política previdencialista. Esta

concepção marcou uma nova era na estrutura da política de saúde na Europa Ocidental dando início, na década de 40, à fase universalista (NOBRE, 1999).

Assim, a saúde passou a ser um direito do cidadão, independente de sua inserção no mercado de trabalho e de sua condição social. A gratuidade da assistência, a universalização da cobertura, a integralidade da atenção e um sistema de financiamento, baseado em impostos universais e não em contribuições sociais, passaram a compor o arcabouço da nova política de saúde na Europa Ocidental (ALMEIDA, 1996; NOBRE, 1999).

Condições importantes favoreceram a implantação dessa nova política nas sociedades européias: a maioria da classe trabalhadora era composta por assalariados formais, o que possibilitava um custo financeiro pequeno além da grande produtividade e crescimento econômico dessa sociedade, elevada consciência política da população e fortes pressões por melhores condições de vida (ALMEIDA, 1996).

Essas condições, inexistentes em outras sociedades contemporâneas, tornaram a política de saúde universalista ainda restrita em termos mundiais. Mesmo nos países onde a hegemonia do universalismo co-existe com a prática previdencialista, nas grandes empresas os planos de saúde custeados por patrões e empregados estão voltados para o mercado privado dos serviços de saúde (NOBRE, 1999).

A crise econômica dos anos 70/80 e suas conseqüências nas políticas sociais aumentaram ainda mais a distância entre a atenção à saúde no setor público e privado, aos que não podem pagar uma atenção mínima assistencialista, garantidas pelo setor público e aos que podem pagar por uma atenção mais diferenciada e tecnologicamente mais moderna garantida pelo setor privado. Essas características marcaram a política de saúde praticada na Europa Ocidental e outros países do Ocidente, e influenciaram todo o arcabouço das políticas de saúde do Brasil (MÉDICI, 1992).

A falta de um modelo sanitário para o País deixava as cidades brasileiras a favor de epidemias. O quadro sanitário de algumas cidades era caótico, no início do século XX, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população como varíola, a malária, a febre amarela e posteriormente a peste. Este quadro gerou sérias conseqüências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores, principalmente ao comércio exterior, levando o governo republicano a elaborar planos minuciosos de combate às enfermidades, não se limitando às épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade relativas à saúde individual e coletiva, revelando a criação de uma política de saúde (MACHADO, 1978; BRASIL, 2007).

No Brasil, as políticas de saúde iniciaram-se efetivamente em fins da década de 1910, associadas aos problemas da integração nacional e a consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Um movimento sanitarista, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, resultou na consciência das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no País (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

A economia brasileira do final do século XIX até meados do século XX estava baseada principalmente na exportação do café. Por isso, exigia-se um sistema de saúde capaz de controlar ou erradicar doenças que prejudicassem essa exportação. Surgiu então como modelo hegemônico de atenção à saúde, o sanitarismo campanhista que, inspirado numa visão militar, priorizava o combate às doenças de massa através de grandes campanhas com o objetivo de grandes coberturas em termos populacionais por seus custos reduzidos e resultados práticos em curto prazo. Um estilo repressivo de intervenção sobre o indivíduo e a sociedade que expressa uma visão exclusivamente sanitarista de combate a doenças de massa, dotadas de propostas saneadoras imunizantes e erradicantes (LUZ, 1986; NOBRE, 1999; SOUSA, 2007).

As medidas de proteção social, especificamente a assistência médica, só viriam a ter um reconhecimento legal como política pública, na década de 20, quando foi iniciado o processo de industrialização no Brasil e com ele surgiu em 1923, a Lei Eloi Chaves, que regulamentou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), organizadas pelas empresas e financiadas por empresários e trabalhadores para concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. As CAPs eram organizações de direito privado, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas; possuíam administração própria para os seus fundos. O Estado não participava propriamente do custeio destas, foram criadas para grupos específicos e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (NOBRE, 1999; MACHADO, 2002; CORDEIRO, 2004; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; BRASIL, 2007).

Nasce assim o sistema previdenciário e de assistência médica, como política de âmbito nacional vinculado ao atendimento individual médico e curativo, como base no bem-estar social. A lei deveria ser aplicada a todos os trabalhadores, porém foi aprovada contemplando somente o operariado urbano, fato que na história da previdência do Brasil perdurou até a década de 1960, quando foi criado o Funrural (NOBRE, 1999; MACHADO, 2002, BRASIL, 2007).

As CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizados não por empresas, mas por categorias profissionais (marítimos, comerciários bancários) e visavam principalmente à redução de gastos. Ao contrário das CAPs, a assistência médica prestada pelos IAPs, principalmente no período de 1930 a 1945, colocava-se como função provisória e secundária embora passasse a ter o Estado também como financiador ao lado de empresários e trabalhadores (MACHADO, 2002; BRASIL 2007).

O primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões, o dos Marítimos (IAPM), foi criado em 1933. Os benefícios assegurados aos associados consistiam em: a) aposentadoria; b) pensão em caso de morte para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art.55; c) assistência médica e hospitalar, com internação até 30 dias; d) socorro farmacêutico, mediante indenização pelo preço de custo acrescido das despesas de administração (MACHADO, 2002; BRASIL, 2007).

O processo de industrialização no Brasil alavancou-se na década de 50, crescendo o número de operários que necessitavam manterem-se saudáveis em sua capacidade produtiva. Nessa época, defendia-se a idéia da saúde como questão de superestrutura, ou seja, não como causa de desenvolvimento econômico e social, mas como consequência dele (BRASIL, 2007).

A economia brasileira antes centrada na zona rural transferiu-se então para os centros urbanos e o modelo de saúde do sanitarismo campanhista, já abalado pela criação da assistência médica da Previdência Social, desgastou-se cada vez mais. As ações campanhistas passaram a ser insuficientes dentro de uma economia industrializada e então, iniciou-se a conformação de um modelo de atenção a saúde que se tornaria hegemônico somente nos anos 80: o Modelo Médico Assistencial Privatista (NOBRE, 1999; BRASIL, 2007).

A substituição do IAP pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 visava, entre outros, a padronização dos benefícios e a centralização dos recursos do governo federal e constituiu num fator importante na conformação do modelo médico-assistencial privatista. Aumentou-se a cobertura previdenciária e também as dificuldades de acesso (MENDES, 1993).

Esse modelo, apesar de estender a cobertura previdenciária, privilegiou a prática médica individual, assistencialista especializada em detrimento da saúde coletiva; favoreceu o desenvolvimento de um complexo industrial e de uma prática médica orientada para a lucratividade, além de privilegiar o setor privado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

O pensamento crítico na área da saúde iniciou-se na década de 60, principalmente nas universidades, ao serem criados os Departamentos de Medicina Preventiva e incorporou-se às disciplinas das Ciências Sociais. Passou-se então a buscar compreender a determinação social da prática médica (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995), originado o que viria a constituir-se no movimento sanitário, base político-ideológica da reforma sanitária brasileira (ESCOREL, 1989).

Na década de 70, a assistência médica financiada pela Previdência Social viveu seu período de maior crescimento em número de leitos disponível, em cobertura e no montante de recursos arrecadados, além de possuir o maior orçamento de sua história. Nesse período, houve uma grande difusão das faculdades particulares de medicina em todo o País. O INPS financiou sem muitos critérios as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais o que causou sérios prejuízos ao sistema de saúde brasileiro (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O modelo médico assistencial privatista institucionalizou-se em 1975, através da Lei 6.229 que definiu as competências das instituições públicas e privadas. Às primeiras, foram reservadas as “ações de saúde pública” (não rentáveis) e às segundas, as “ações de atenção médica” (rentáveis). Estabeleceu-se assim “um verdadeiro Tratado de Tordesilhas” no campo da saúde na expressão de Mendes (1993).

Em 1977, criou-se o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que se por um lado, através da compra de serviços do setor privado, ampliou este setor, mais tarde alavancou importantes mudanças em busca de um Sistema Unificado de Saúde ao ser responsável pela implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995).

Ao final da década de 70, o modelo médico assistencial privatista deixou evidente sua inadequação, principalmente por excluir grandes parcelas da população. Seguiu a lógica da cidadania regulada, restrito aos trabalhadores urbanos e sindicalizados vinculados formalmente ao mercado de trabalho. Por essa razão, foi à falência, tanto por suas inadequações a realidade sanitária do país quanto pela crise que se abateu sobre a Previdência Social, aliado à insatisfação dos usuários, dos prestadores e dos trabalhadores de saúde. (MENDES, 1993; NOBRE, 1999).

A crise na Previdência Social e a perda gradual da qualidade dos serviços prestados, a incapacidade do modelo de mudar os perfis de morbi-mortalidade e os custos crescentes, as superposições, descoordenações e ausências de monitoramento na prestação de

serviços apontavam para a necessidade de mudanças no modelo hegemônico (BRASIL, 2006d).

Essas crises e o processo de redemocratização do País determinaram novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária, realizados por instituições acadêmicas e secretarias de saúde, que culminaram em 1979, num programa de atenção primária seletiva, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Paralelamente, começavam a se desenvolver as primeiras experiências de municipalização da saúde (BRAGA; PAULA, 1981; BRASIL, 2006d).

Esse programa ajusta-se às propostas decorrentes da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata (República de Cazaquistão), onde diversos países se fizeram presentes e afirmaram compromissos com a meta de “saúde para todos no ano de 2000”, constituindo com isso, a Declaração de Alma-Ata, que codificou a “santidade” da Atenção Primária de Saúde (APS) (STARFIELD, 2002; SOUSA, 2007). O PIASS dispunha-se a desenvolver e expandir a cobertura para os excluídos do modelo previdenciário (MENDES, 1993).

Entretanto, esse programa, criado dentro de uma visão limitada de atenção primária, dirigido principalmente às populações da zona rural ou das periferias das cidades, desenvolveu-se de forma reducionista por meio de oferta de serviços com tecnologias simples e baratas com pequenas possibilidades a serviços de maior complexidade. Por outro lado, não se pode negar que o PIASS promoveu uma grande expansão na rede ambulatorial pública e o aumento da cobertura assistencial (BRAGA; PAULA, 1981).

No início dos anos 80, aprofundou-se a crise na previdência social estatal. Neste período, foi criado o plano Prev-saúde, baseado nos princípios de descentralização e hierarquização, regionalização e ênfase aos serviços básicos de saúde, que não atrapalhava a rede hospitalar privada. Era uma tentativa de incorporar as propostas do movimento sanitário à política de saúde, porém não chegou a ser implantado. Contudo, foram suscitados grandes debates dentro do setor saúde e favoreceu a entrada de intelectuais do movimento sanitário no aparelho estatal (RODRIGUES NETO, 1988; TEIXEIRA MENDONÇA, 1995; BRASIL, 2007;).

No plano político institucional, com o objetivo de superar a crise da previdência, principalmente através da redução dos gastos com a saúde, é criado em 1981 o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) (BRAGA; PAULA, 1981; TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995; BRASIL, 2007).

Em 1982, o CONASP apresentou o Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência (PRAMP) que abriu o caminho para propor modificações oficiais no modelo médico assistencial privatizante ao eleger como prioridade para a cobertura assistencial da população os serviços públicos (federal, estadual e municipal). No escopo do PRAMP está o projeto das Ações Integradas de Saúde (AIS), que representou a primeira conquista na busca de um modelo universal, equitativo, e integrado dos serviços de saúde que mais tarde foi assumido pelo Sistema Único de Saúde. As AIS abriram mais espaço para que as propostas reformadoras fossem assimiladas pelo Estado (BRAGA; PAULA, 1981; BRASIL, 2007; TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995).

Os movimentos reformadores da saúde avolumavam-se e em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e prestadores de serviços de saúde (MENDES, 1993).

Essa Conferência foi um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde e seu documento final serviu de base para o processo de criação do Sistema Único de Saúde. O texto final, negociado por parlamentares e apoiado por intelectuais do movimento da reforma sanitária, incorporou as grandes demandas do movimento sanitário: a saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais; a saúde como um direito de todos e dever do Estado; a relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação de um Sistema Único de Saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (MENDES, 1993).

O projeto da reforma sanitária brasileira toma como referência a ampliação do conceito de saúde que inclui a determinação social, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a criação de um Sistema Único de Saúde que tem como princípios a universalidade, a integralidade das ações, e a participação popular (BRASIL, 1987; TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995; BRASIL, 2007).

Em 1987, foi criado pelo executivo federal o arranjo institucional do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) que tentou incorporar no seu desenho, alguns dos elementos centrais da proposta da reforma sanitária: a universalização, a descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras, e o legislativo iniciou a elaboração da nova Constituição Brasileira (MENDES, 1993; TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995; BRASIL, 2006d; BRASIL, 2007).

O SUDS foi uma proposta estratégica de se unificar as três esferas de governo, enquanto a Constituição, ainda em elaboração não incorporasse o Sistema Único de Saúde.

Pode-se afirmar que o SUDS foi guiado pelo princípio de que os recursos federais fossem realmente utilizados para os fins determinados, propondo assim o acesso à atenção à saúde, por parte de toda a população (BRASIL, 2006d; BRASIL, 2007).

A política do SUDS ampliou o poder e a autonomia gerencial e assistencial dos municípios principalmente à custa do incremento da AB, fato importante. Entretanto, na prática, a adoção de medidas capazes de transformar o modelo de atenção à saúde vigente, como a implantação dos Distritos Sanitários (DS) foi pouco valorizada. Avaliações do SUDS demonstram que foram poucos os resultados concretos na reorganização dos serviços (CAMPOS, 1992; BRASIL, 2007).

No período de 1989 a 1990, a Lei nº 8.080 de setembro de 1990 é instituída em cumprimento à Constituição Federal de 1988, criando o Sistema Único de Saúde, que dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais. Uma intensa reação da sociedade civil organizada levou à Lei nº 8.142 de dezembro de 1990, que regula a participação da comunidade no SUS e tem como instâncias colegiadas a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde nas três esferas. Sua função é formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (BRASIL, 1986; 1990b; MENDES, 1993; CUNHA; CUNHA, 2001; BRASIL, 2006d).

A criação do SUS resultou de um processo social de longa maturação num sistema de saúde contínuo, reformando-se continuamente durante sua existência. A partir de sua constituição jurídica, a reforma sanitária brasileira foi recriada por meio de reformas incrementadas e leves, traduzidas em normas operacionais, construída por consenso das três esferas de governo (BRASIL, 2006d; BRASIL, 2007).

O Distrito Sanitário (DS) foi instituído na perspectiva do SUS pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe no seu artigo 10 sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento do serviço. A reforma sanitária concebia o DS como processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS o que implicava considerá-lo nas suas dimensões político ideológico e técnica (MENDES, 1993).

A dimensão política do DS apontava a transformação do Sistema Nacional de Saúde por meio de uma atuação operacional em nível local onde o poder fosse compartilhado. A dimensão ideológica referia-se à reestruturação da lógica de atenção da saúde, baseada numa concepção ampliada do processo saúde/doença, e finalmente a dimensão técnica

exigiria a utilização de conhecimento e tecnologias apropriadas aos pressupostos políticos e ideológicos (MENDES, 1993).

O DS na prática funcionou enquanto espaço geográfico-burocrático, pois a dificuldade de descentralizar o poder e estabelecer o que estava proposto fragilizou e esvaziou essa proposta. As dimensões político-ideológica e técnica do DS só voltam a ser resgatadas com a criação do Programa Saúde da Família em 1994.

A opção no início da década de 90 pela Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde surgiu como uma resposta ao desafio de consolidar a AB e os princípios do SUS, estabelecendo na prática por meio da universalidade, equidade e integralidade a reorganização dos serviços e das ações de saúde, com maior racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial, adscrição de clientela, possibilitando vínculo da Unidade Básica de Saúde (UBS) com a população e resgate da relação de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços (SOUZA, 2002b).

Nos primeiros anos de implantação do SUS, houve uma lacuna no que diz respeito à modalidade de atenção à saúde, ainda que a proposta contida na Constituição fosse indutora de uma AB resolutiva, única forma de cumprir com os princípios do SUS da universalidade, equidade e integralidade (CAMPOS; CHERCHIGLIA; AGUIAR, 2002).

Os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde centram-se em um modelo assistencial baseado numa rede de serviços públicos, regionalizada, hierarquizada, resolutiva, com mando único e ações complementares do setor privado, definida em bases populacionais de referência, resolutividade e complexidade que deve incorporar avanços técnicos e promover a participação dos usuários, é ainda um grande desafio (BRASIL, 2006d; BRASIL, 2007).

Nesse contexto, a ESF surge com o desafio de possibilitar o deslocamento do foco das ações da assistência à doença para a promoção da saúde, solicitando uma ação articulada com outros setores da administração pública e com outros setores organizados da sociedade, estabelecendo a intersetorialidade, necessária para a integralidade e equidade da atenção à saúde das pessoas. Ao induzir a participação das lideranças em todas as fases da operacionalização da ESF, valorizam-se as potencialidades locais e contribui-se para elevar o capital social das populações adscritas.

3.3 A mudança do modelo assistencial com reorientação da Atenção Básica

Embora as transformações ocorridas nas últimas décadas neste setor tenham sido positivas e bastante significativas na busca pelo planejamento estratégico das ações e a universalidade do atendimento, inclusive já dispendo de novo e moderno aparato técnico legal, como instrumento de gestão pública, estas mudanças ainda são graduais e de longo prazo e ainda não estão refletidas no cotidiano da maioria dos cidadãos brasileiros (CUNHA; CUNHA, 2001; ROCHA; FERREIRA; SILVA, 2002).

Os contrastes entre os desejos de mudanças dos anos 70/80 e a realidade do SUS nos anos 90, quando se consolida o projeto neoliberal na sociedade brasileira, promovem a retomada de antigos conflitos e antinomias presentes desde a década de 70/80 nos debates acerca do setor saúde: público X privado; curativo X preventivo; ações verticais X ações descentralizadas entre outros pares de opostos (NOBRE, 1999).

A mudança na concepção de saúde, a legislação do SUS e a necessidade de atender integralmente ao usuário levaram a transformações no setor saúde e na vida da população. Tais transformações implicaram na formulação de uma proposta de mudança do modelo assistencial com reorientação da Atenção Básica (BRASIL, 1990a; 2001a).

Em dezembro de 1993, como resultado do encontro de avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com Coordenadores Estaduais, foi apresentado ao ministro Henrique Santilo, o produto geral da avaliação, com uma agenda de prioridades para ser assumida em rede nacional no ano de 1994. Seus organizadores supunham que o mesmo traria conseqüências importantes para o PACS, sem a priori, vislumbrar que este influenciaria na criação do Programa Saúde da Família (SOUSA, 2001; GOULART, 2002).

Por determinação do ministro, inicialmente, os técnicos do Ministério da Saúde foram conhecer a experiência de Cuba e outras em andamento no Brasil, como a do Ceará, considerada pioneira no país, e em Goiás em busca de um novo modelo de atenção para comunidades pobres e sem assistência médica. Cabe ressaltar as contribuições de outras experiências, que também buscavam novos modelos assistenciais centrados na medicina comunitária em curso no Brasil: o Programa Médico de Família, de Niterói e o Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre (SOUSA, 2001; MACHADO, 2002; GOULART, 2002).

Considerando essas experiências, foram definidas as bases da Estratégia Saúde da Família mediante uma proposta criativa que era um apanhado de todas. Em dezembro de

1993, em uma reunião no MS da qual participaram representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, consultores especialistas, técnicos em atenção primária à saúde e representantes dos programas de médico de família, foram discutidas as bases de sustentação do programa e formou-se a concepção oficial do Programa de Saúde da Família. (SOUSA, 2001; MACHADO, 2002; GOULART, 2002).

As evidências indicam que a Estratégia Saúde da Família resultou da apropriação de idéias e do encontro não só de propostas resultantes de uma política central de governo, de caráter prescritivo e fortemente normalizador, como também de projetos criados a partir da realidade, no âmbito local, de natureza mais criativa e menos normativa, nos quais as prescrições centrais são incorporadas de forma parcial ou apenas formal (MACHADO, 2002).

3.4 Nasce a Estratégia Saúde da Família

Nesse contexto, o MS cria em 1994 o Programa de Saúde da Família, que surge como a principal estratégia de organização da AB, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), inserindo-os ao sistema e a uma equipe multiprofissional (BRASIL, 1998; 2001b; NOBRE, 1999).

Segundo Sousa 2001 foi necessário utilizar a palavra Programa para dar maior visibilidade política, mas se tratava de Estratégia com potencialidade transformadora do modelo de atenção.

As origens da atenção à saúde do grupo familiar nos remetem aos primórdios da medicina. Por muitos séculos, na vigência do modo artesanal de prática médica, o local preferencial da atenção era o consultório dos médicos que, na maioria das vezes, era sediado na própria residência destes profissionais. Opcionalmente, o cuidado era prestado nos domicílios dos pacientes, com o apoio e muitas vezes participação direta das famílias no processo de cura (GOULART, 2002).

É importante definir os diversos elementos conceituais que distinguem o que se chama hoje de práticas em “Saúde da Família”. Uma aproximação conceitual diz respeito à Atenção Primária à Saúde. Nesse aspecto, a Conferência de Alma-Ata é uma referência obrigatória, realizada em 1978, sob o comando da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Nessa Conferência, a APS é conceituada como:

Atenção à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstrados e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as

peças e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-la, a um custo que tanto a comunidade como cada país possam manter, em cada estágio de desenvolvimento em que se encontrem, com espírito de auto-confiança e auto-determinação. Representa parte integrante do sistema sanitário do país, no qual desempenha uma função central, constituindo-se também o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato das pessoas, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde do país, levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, p. 5-6).

Autora que constitui referência importante neste tema é Starfield (2002), que define a APS como o “centro da política sanitária”, ou seja, um nível do sistema de saúde de amplo acesso para todo novo problema ou necessidade, de efeito temporal duradouro, centrado mais na pessoa do que na doença, coordenado e integrado em termos de lugares e profissionais que nele atuam e capaz de oferecer atenção à maioria dos agravos à saúde, com exceção daqueles mais raros ou pouco habituais. A APS representaria a base do sistema de saúde e um enfoque que determinaria o modo de atuar dos níveis restantes do sistema.

O termo Atenção Básica, pouco encontrado na literatura mundial, no caso brasileiro, refere-se à APS e significa o primeiro nível de atenção à saúde, sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É, por conseguinte, uma formulação do SUS que deixa claro seus princípios e diretrizes organizativas e é incorporado pela ESF a qual, a partir de sua criação, materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde integral e familiar (SOUSA, 2007).

3.4.1 Evolução da Estratégia Saúde da Família

Nos primeiros quatro anos de sua implantação, desde 1994, a ESF assistia apenas 3,51% da população brasileira, demonstrando uma adesão limitada dos gestores municipais. Ao final de 1998, este percentual praticamente dobrou, atingindo 6,7% do contingente populacional do país. As portarias que definiram as normas e diretrizes do PACS e da ESF, assim como a regulamentação do Piso de Atenção Básica (PAB) contribuíram para maior adesão dos municípios tanto no plano quantitativo como qualitativo (SOUZA, 2002a).

Segundo Souza (2002a), em 1999, a ESF continuou com o ritmo de crescimento que certamente foi impulsionado pela introdução dos incentivos financeiros componentes da parte variável do PAB. A partir deste período, a Estratégia foi incluída no orçamento do Plano Plurianual do Governo Federal.

A adoção de novos métodos de cálculo dos incentivos financeiros, privilegiando a cobertura populacional e reajustando os valores transferidos aos municípios pelo Governo Federal, provavelmente, foi um indutor para aumentar a velocidade de expansão nos anos subseqüentes. Outro fator de destaque para o crescimento da Estratégia foi a publicação e distribuição, para os gestores municipais, do Manual para a Organização da AB, como estratégia prioritária para a mudança do modelo assistencial (SOUZA, 2002a).

Entretanto, apesar da coexistência de inúmeros desafios ainda não superados, uma série de avanços podem ser enumerados para o desenvolvimento e consolidação da ESF, quais sejam, segundo Souza (2002a):

- a) Espaço político e institucional ocupado, não mais como “programa” na concepção tradicional, mas como Estratégia estruturante da AB com capacidade de provocar ou contribuir para a reorganização dos sistemas locais de saúde;
- b) Possibilidade de um incremento significativo de recursos através de financiamento externo que vigorou em 2002, em complementação aos recursos federais, com ênfase à expansão nos grandes centros urbanos.
- c) Adesão significativa dos gestores municipais, estaduais, mas também das instituições de ensino superior como parceiras para qualificar os profissionais para o novo modelo.
- d) Oportunidade de implantação de Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), que incorpora maior resolutividade à AB e possibilita a integralidade da assistência através da organização de redes e serviços de saúde regionalizados e hierarquizados.

Segundo Brasil (2000a), somente em dezembro do ano 2000, por intermédio da Portaria nº 1.444 do MS, houve um incentivo para a reorganização da atenção à Saúde Bucal prestada à população brasileira, frente aos resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000), visando a ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a melhoria dos indicadores epidemiológicos (BALDANI et al., 2005).

No âmbito desse incentivo são criadas as Equipes de Saúde Bucal (ESB) em diferentes modalidades. Segundo a Portaria nº 648/GM de 28/03/2006, a ESB modalidade 1 é composta por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD) com trabalho

integrado a uma ou duas equipes de Saúde da Família, e com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que à equipe de Saúde da Família vinculada, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes. A ESB modalidade 2, com os mesmos requisitos, inclui o Técnico de Higiene Dental (THD). A mesma portaria estabelece como condição a existência de UBS inscrita no CNES e que possua consultório odontológico para ESB, segundo as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; além de equipamentos e materiais adequados de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde.

Outros incentivos foram desencadeados pelo MS objetivando contribuir com a expansão da ESF, como, a interiorização e a localização de médicos e enfermeiros em municípios com comprovada carência desses profissionais, concretizado pelo Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, que utilizou a Estratégia Saúde da Família e promoveu educação continuada em serviço.

Para a implantação do PITS, o princípio fundamental foi a adesão e pactuação dos parceiros MS, Secretarias Estaduais de Saúde, Universidades, gestores municipais (prefeitos e secretários municipais de saúde), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e profissionais. Este Programa, inicialmente planejado para durar dois anos, foi prorrogado por mais dois anos, sendo extinto em junho de 2004, com adesão da maioria dos municípios à ESF, cumprindo dessa forma um dos seus objetivos.

Para a consolidação da Estratégia Saúde da Família nos grandes centros urbanos, a estratégia desenvolvida pelo MS foi a criação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, como uma iniciativa voltada para a organização e o fortalecimento da AB, visando contribuir para implantação e consolidação da ESF por meio da elevação da qualificação do processo de trabalho e do desempenho dos serviços, em municípios de mais de 100.000 habitantes (BRASIL, 2003a).

A ESF em nível Nacional apresentou um impulso expressivo no seu crescimento, principalmente nos últimos sete anos, período em que a cobertura populacional da Estratégia obteve um grande avanço, passando de 13,7% em 2000 para 44,0% em 2006. Acompanhando o mesmo ritmo, o Nordeste passou de 21,9%, em 2000, para 63,2%, em 2006.

Evidencia-se que no estado do Maranhão a cobertura populacional atingiu um elevado incremento, passando de 7,2%, em 2000, para 66,5%, em 2006. O município de São Luís teve evolução semelhante ao Brasil, atingindo 5% em 2000, e 35,2%, em 2006 (BANCO

DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2008). A figura 1 apresenta o histórico dessa evolução nos últimos sete anos.

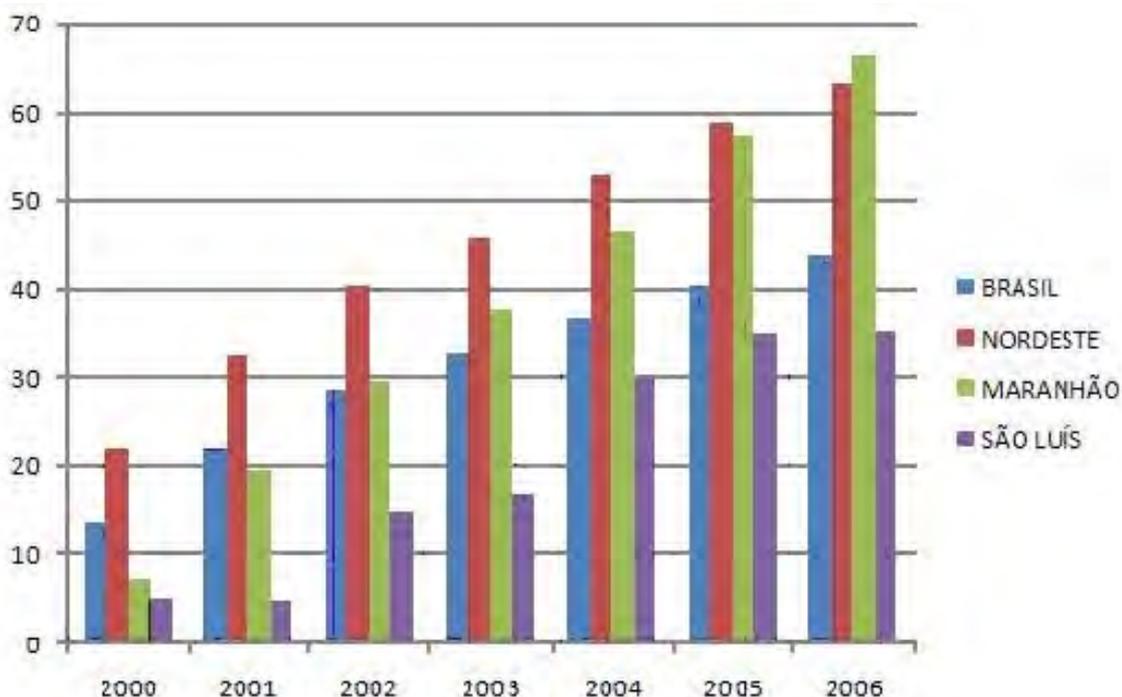


Figura 1 - Cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família no Brasil, Nordeste, Maranhão e São Luís, no período de 2000 – 2006

Fonte: Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (2008)

As iniciativas de incentivo do MS foram importantes, para a implantação e expansão da ESF, entretanto, outros desafios são colocados para a sua consolidação.

3.4.2 Estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS

A implantação da ESF no Brasil, como eixo estruturante de um novo modelo assistencial, resulta de uma decisão política de mudança que se inicia na AB, em que o princípio operacional da ESF, de adscrição de clientela, torna possível o vínculo das UBS com a população, o que viabiliza o resgate da relação de compromisso e de coresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, sendo um importante diferencial em relação ao modelo clássico de prestação de serviços (BRASIL, 1998; NOBRE, 1999; SOUZA, 2002b).

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto princípio de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida permitindo uma compreensão

ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1997, p. 8).

Desta forma, a implantação da ESF representa o deslocamento do centro da atenção na doença, modelo clássico, para a atenção à saúde, modelo de atenção à saúde integral da família. No quadro 1 são apresentados algumas características centrais do modelo clássico e o modelo da ESF.

MODELO CLÁSSICO	MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DA FAMÍLIA
Centra atenção na doença	Centra a atenção na saúde
Atua exclusivamente na demanda espontânea	Responde à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada
Ênfase na medicina curativa	Ênfase na integralidade da assistência
Trata o indivíduo como objeto de ação	Trata o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio, à comunidade
Baixa capacidade de resolver os problemas de saúde	Otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde
Saber e poder centrados no médico	Saber e poder centrados na equipe
Geralmente limitado a ação setorial	Promove ação intersetorial
Desvinculação dos profissionais e serviços com a comunidade	Vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade
Relação custo-benefício desvantajosa	Relação custo-benefício otimizada

Quadro 1 - Modelo Clássico e o Modelo de Atenção Integral à Saúde da Família
Fonte: Brasil (1996, p. 6)

O MS na publicação “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” apresenta as diretrizes operacionais de caráter conceitual e prescritivo quanto aos seguintes aspectos: (a) caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; (b) adscrição de clientela; (c) cadastramento; (d) instalação das Unidades Básicas de Saúde da Família; (e) composição e atribuições das equipes; (f) atribuições dos membros da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário). Destaca ainda a reorganização das práticas de trabalho, o processo de diagnóstico da saúde da comunidade; a abordagem multiprofissional; o desenvolvimento de mecanismos de referência; a educação continuada, além do estímulo à ação intersetorial e ao controle social (BRASIL, 1997).

Ressalta também que:

A operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia. A humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de co-responsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população tornam o Programa de Saúde da Família um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial (BRASIL, 1997, não paginado).

Outro aspecto instigante é que “as ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam” (BRASIL, 1997, p. 8).

A ESF como um indutor para a reorientação do modelo assistencial a partir da AB se constitui como a porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. O ano de 2006 teve como marca a maturidade da Atenção Básica em Saúde, reafirmado através do Pacto pela Vida, que definiu como prioridade consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS.

A Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de AB, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o PACS, afirma que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a, p. 10).

Na revisão das diretrizes e normas, as equipes de Saúde da Família reafirmam-se como multiprofissional, (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, Auxiliar de Consultório Dentário ou Técnico em Higiene Dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, de quatro a doze Agentes Comunitários de Saúde entre outros), com jornada de trabalho de 40 horas. As equipes de Saúde da Família agora devem acompanhar no máximo quatro mil habitantes, sendo a média recomendada, três mil habitantes. Para a operacionalização da AB, as áreas estratégicas de atuação em todo território nacional continuam as estabelecidas pela NOAS 2001/02, acrescidas de Saúde do Idoso e Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a).

As principais ações e responsabilidades da AB, a serem desenvolvidas pelas equipes da ESF nas áreas de atuação, foram agrupadas no quadro 2, com base nos seguintes documentos: NOAS-SUS (2001/02), Portaria nº 648 de 28/03/06, Portaria nº 687/GM de 30/03/06, Manual de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Política Nacional de Alimentação e Nutrição pelas equipes do PSF; Instrutivo dos Indicadores para Pactuação Unificada; Política de Saúde do Homem e no documento da Secretaria Municipal de Saúde

(SEMUS) de São Luís - Proposta de Integração das Ações de Saúde Mental na AB de 24/01/2005 (ANEXO C).

AÇÕES	RESPONSABILIDADES
Saúde da Criança	Vigilância nutricional (eliminação da desnutrição infantil) Imunização Assistência às doenças prevalentes na infância Assistência e prevenção às patologias bucais na infância Prevenção, tratamento DST
Saúde do Adolescente	Vigilância nutricional Imunização Assistência e prevenção às patologias bucais na adolescência Prevenção da gravidez na adolescência Prevenção, tratamento DST
Saúde da Mulher	Pré-natal Prevenção do câncer de colo uterino Planejamento familiar Prevenção de problemas odontológicos em gestantes
Controle da Hipertensão Arterial	Diagnóstico de casos Cadastramento dos portadores Busca ativa de casos Tratamento dos casos Diagnóstico precoce de complicações Primeiro atendimento de urgência Atendimento à Saúde Bucal (ações para diagnóstico, reabilitação e controle das patologias bucais, visando à prevenção dos quadros de agravamento e complicações decorrentes da hipertensão arterial) Medidas preventivas e de promoção da saúde
Controle de Diabetes Mellitus	Diagnóstico de casos Cadastramento dos portadores Busca ativa de casos Tratamento dos casos Diagnóstico precoce de complicações Primeiro atendimento de urgência Medidas preventivas e de promoção da saúde Monitorização dos níveis de glicose Encaminhamento de casos graves para outros níveis de complexidade
Controle da Tuberculose	Busca ativa de casos Notificação de casos Diagnóstico clínico dos casos Acesso a exames para diagnóstico e controle laboratorial e radiológico Cadastramento dos portadores Tratamento dos casos de BK+ (supervisionado) e BK (auto-administrado) Medidas preventivas
Eliminação da Hanseníase	Busca ativa de casos Notificação de casos Diagnóstico clínico dos casos Cadastramento dos portadores Tratamento supervisionado dos casos Controle das incapacidades físicas Medidas preventivas

Ações de Saúde Bucal	Cadastramento de usuários Planejamento, execução e acompanhamento das ações
Saúde do Idoso	Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006 - Promoção de hábitos saudáveis para pessoas idosas - Humanização e acolhimento à pessoa idosa e a sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores Diagnóstico multidimensional (a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico) Implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
Promoção da Saúde	Incentivo à alimentação saudável Incentivo à prática corporal/atividade física Prevenção e controle do tabagismo Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz Promoção do desenvolvimento sustentável
Saúde do Homem	Prevenção do câncer de próstata e pênis Prevenção, tratamento DST
Saúde Mental	Busca ativa de casos que requeiram assistência especializada na área de saúde mental Referência para o CAPS de situações que não se caracterizem como urgência Referência para hospital de urgência especializado de casos que se configurem como surtos ou crises graves Acompanhamento de casos referenciados pelos CAPS com envolvimento de toda equipe de Saúde da Família Contra-referência desses pacientes quando necessário

Quadro 2 - Principais ações e responsabilidades dentro da AB a serem desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família

Fonte: Brasil (2002; 2003b; 2006b; 2006c; 2008a; 2008b)

A Política de Saúde do Homem foi lançada no dia 11 de agosto de 2008 e foi inserida no escopo do presente estudo. Esta política teve origem num levantamento realizado em conjunto com as sociedades médicas brasileiras, antropólogos, psicólogos, membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), no qual foram ouvidos cerca de 250 especialistas. Os resultados mostraram que os homens não costumam freqüentar os consultórios por conta de três barreiras principais: a cultural, a institucional e a médica.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, privilegiando a Estratégia Saúde da Família. A implementação dessa política ocorrerá de forma integrada com as demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a AB como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime. (BRASIL, 2008a).

Outro movimento importante do MS foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, para o fortalecimento da AB e do SUS, especialmente no que concerne à integralidade da atenção, a descentralização, tornando possível por meio de incentivo financeiro, que cada território de acordo com a realidade local possa ampliar o escopo das ações da AB bem como sua resolutividade.

Os NASFs foram concebidos para atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto das equipes de Saúde da Família, e possuem duas modalidades, o NASF 1 e o NASF 2.

O NASF 1 é composto por no mínimo 5 profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes. Para efeito de repasse de recursos federais, os NASF 1 são constituídos por ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

O NASF 2 é composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes com as do NASF 1, e de acordo com a necessidade local.

3.4.3 Princípios da Estratégia Saúde da Família

Estratégia Saúde da Família assume os princípios gerais da política nacional da Atenção Básica, a saber, o acesso universal, a integralidade, a intersetorialidade e o controle social.

O acesso universal no contexto da política Nacional da AB é a possibilidade de ascender aos serviços de saúde e obter um atendimento com qualidade e resolutividade. O acesso universal é caracterizado pela territorialização onde o território de abrangência significa a área sob a responsabilidade da equipe de Saúde da Família, espaço no qual se concretizam as possibilidades de interação e intervenção. Neste processo, são identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas, portanto, esse espaço é compreendido com as suas singularidades que o identifica, e não somente enquanto um espaço geográfico (BRASIL, 1997; BRASIL, 2000b; COIMBRA, 2005; DI LORENZO, 2006).

Segundo Villarosa (1993, p. 11), o território é o

[...] lugar onde é gerada a demanda de saúde – não concebido em termos meramente físicos, mas sim como produto da interação entre diferentes atores sociais, cada um

com suas necessidades e demandas. Esse território, portanto, é definido por critérios sociais, econômicos, culturais e epidemiológicos. Além disso, o território é definido como assimétrico na medida em que as características sócio-econômicas – e portanto as necessidades de saúde – não se distribuem de forma homogênea dentro dele.

Segundo Carvalho e Ribeiro (1998, p. 63), a importância do território como fator de responsabilidade pública acarreta definições como:

[...] área de abrangência dos serviços, perfil demográfico e sócio-econômico da população atendida e o conjunto de equipamentos, profissionais e instalações existentes. Conforme o balanço entre a demanda (espontânea ou presumida) e a oferta (inercial ou programada) existentes em dado território, os planejadores podem desenvolver ações para alcançar metas objetivas por período de tempo.

Faz parte da territorialização, conhecer a realidade de vida da população adscrita, construir um saber a respeito do território processo e, realizar com a comunidade um planejamento participativo das ações a serem executadas para enfrentamento dos problemas priorizados.

A interação e a intervenção no território são possibilitadas pelo cadastramento das famílias e dos equipamentos sociais presentes no território onde as equipes de Saúde da Família irão atuar.

O cadastramento é um instrumento dinâmico, possibilita uma atualização constante dos dados pelo contato direto com as famílias adscritas às equipes de Saúde da Família. Permite saber sobre as condições sanitárias e a identificação de grupos vulneráveis; propicia ao planejamento de ações para o enfrentamento de problemas prioritários, fornece informações sobre a situação de vida da população e suas principais relações para a elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, incorporando às suas proposições a lógica da vigilância sanitária e suas principais relações para elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade (UNGLERT, 1995; BRASIL, 1997; BRASIL, 2000b; MACHADO, 2002; COIMBRA, 2005; DI LORENZO, 2006).

A organização dos serviços em bases territoriais é um elemento indutor que possibilita por um lado que a população reconheça seu serviço de saúde e pelo outro que o serviço possa identificar de forma sistemática a sua população (BRASIL, 1997; BRASIL, 2000b; MACHADO, 2002; COIMBRA, 2005; DI LORENZO, 2006).

Nessa perspectiva, o princípio do acesso universal assume como características estruturantes: a concepção de porta de entrada dos serviços de saúde; de território e de cadastramento. Estas concepções no seu conjunto configuram o princípio do acesso universal em consonância com a equidade.

A integralidade da atenção, como princípio da ESF, representa no âmbito da Política Nacional da AB a integração das ações programáticas e de demanda espontânea, nesse enfoque articulam ações de promoção e vigilância à saúde, prevenção e tratamento de agravos abordados de forma interdisciplinar inseridos em uma rede de serviços. Neste cenário, a integralidade da atenção busca superar a fragmentação dos cuidados compreendida em todas as suas dimensões.

A integralidade assume vários sentidos, num plano macro, pode-se entender como o conjunto de serviços que são ofertados pelos sistemas públicos de saúde aos cidadãos; num plano micro, entendida como o entrelaçamento entre ações preventivas e assistenciais ou como um modo ampliado de compreender as necessidades das pessoas, buscando superar reducionismos, isso significa ampliar as percepções das necessidades das pessoas e de grupos e procurar a melhor forma de dar respostas a tais necessidades (MATTOS, 2003; MATTOS, 2006).

A integralidade em seu sentido macro é definida como um conjunto de serviços de saúde oferecidos nos diversos níveis dos sistemas, de origem promocional, preventiva, curativa ou reabilitadora, proporcionado individual ou coletivamente, eticamente estruturado, de efetividade comprovada, fornecido com segurança para os profissionais de saúde e para os usuários e organizado para atender às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006d).

A integralidade das ações é um princípio que é permeado pelas relações de vínculo e responsabilização entre as equipes de Saúde da Família e a população do território como forma de concretizar as ações e possibilitar o acompanhamento ao longo do tempo. Estas características compõem as bases do vínculo, responsabilização e resolutividade. Esse princípio funda-se nas relações entre as equipes e a população adscrita e os meios disponíveis para desenvolver as ações. Assim, ele tem como características o planejamento, a organização e o processo de trabalho (MATTOS, 2006; BRASIL, 2006d).

Nesse enfoque, a integralidade extrinsecamente demanda ações de vários setores entre si. Intrinsecamente, ela traduz o conjunto de serviços ofertados em vários níveis e de diferentes naturezas e no sentido micro, a articulação das ações no contexto das práticas de saúde.

Essas ações de promoção, proteção e recuperação devem formar um todo indivisível. As unidades prestadoras de serviço, com seus diferentes graus de complexidade, devem formar também um todo indivisível, formando um sistema capaz de prestar assistência integral (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001).

Nessa perspectiva, Almeida, Chioro e Zione (2001) consideram a integralidade para além da atuação da organização contínua do processo de atendimento nos níveis de complexidade da atenção. Para as autoras, o processo de trabalho, no âmbito da saúde pública, deve refletir a compreensão de uma prática sanitária integralizadora, pois, as ações neste setor, requerem o envolvimento das diversas áreas do conhecimento e de serviços para dar conta da concepção ampliada de saúde.

Compreende-se assim, que a integralidade possui uma dimensão que extrapola apenas a ausência de doença ou a existência da organização dos serviços para o atendimento. As necessidades de saúde são permanentes, pois, estão relacionadas à multifatorialidade das condições objetivas de vida da população. Desta maneira, a queixa física apresentada, pelo usuário, traz consigo toda a sua subjetividade e necessidades que devem ser levadas em consideração no processo de atendimento, implicando novamente em superar reducionismos. Em outras palavras é a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais (MATTOS, 2006).

Nessa visão, as unidades de serviços de saúde constituem-se, na porta de entrada das diversas demandas existentes, e a compreensão da realidade social como um bloco indivisível, determina o processo de trabalho dos atores sociais envolvidos. A compreensão desta dimensão pode desencadear ações sobre as causas ou os riscos do adoecer em um determinado território, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde, abarcando a apreensão quanto às demandas sociais emergentes no território de abrangência da Unidade de Saúde da Família (MATTOS, 2006).

A integralidade ainda pode instituir por meio de consensos fundamentados na evidência científica e em princípios éticos, validados socialmente, regras claras que produzam racionalidade à oferta de serviços, sem, no entanto, infringir o princípio da universalização. Assim os serviços ofertados à população passam a ser definidos por critérios de efetividade e aceitabilidade social (BRASIL, 2006d).

Dessa forma, a integralidade torna-se um importante instrumento de melhoria da eficiência dos gastos em Saúde. Nessa perspectiva, o SUS deve oferecer à população um conjunto de serviços sanitário e socialmente necessários (BRASIL, 2006d).

O princípio da intersetorialidade significa a ação integrada de vários setores ou de diversas áreas do governo, como saúde, educação meio ambiente etc. É um dos princípios de gestão pública. A busca pela intersetorialidade favorece as trocas de experiências, o aprendizado e o comprometimento de todos os membros das equipes na realização do

trabalho. É fundamental a atuação da saúde junto a outras instâncias e instituições, dentro e fora do setor saúde das diversas esferas de governo e poderes constituídos, governamentais e sociedade, com responsabilidades diretas e indiretas pelos diversos componentes do campo da saúde (MACHADO, 2002).

Dessa forma, aspectos importantes a serem observados são os recursos humanos, tanto quantitativo quanto qualitativo, bem como a infra-estrutura e a adscrição do território. Segundo o Ministério da Saúde, as equipes de Saúde da Família capacitadas podem resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da população adscrita, encaminhando o restante para locais onde haja profissionais mais especializados e equipamentos mais sofisticados.

O controle social é um princípio que pressupõe a participação da população através de seus representantes, na definição, execução e acompanhamento de políticas públicas. São diversas formas de participação popular e controle social, destacando-se como espaço organizativo, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde nos três níveis de governo (CUNHA; CUNHA, 2001; BRASIL, 2006d; BRASIL, 2007).

A Estratégia Saúde da Família como indutora da reorganização da Atenção Básica se consolida por esse conjunto de princípios que,

na prática o PSF tem se convertido em uma das principais forças motrizes para que o SUS se consolide dentro dos princípios assinalados na Constituição Brasileira, como um serviço de saúde universal, solidário e integral, como direito do cidadão e um dever do Estado (FINKELMAN, 2001, p. 9).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo realizado no período de agosto de 2007 a abril de 2008, no município de São Luís-MA.

4.2 Participantes do estudo

Participaram do estudo os profissionais de nível superior das equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas no município, no mês anterior ao início da coleta de dados, (julho de 2007), cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica e recebiam recursos federais.

No relatório do mês de agosto de 2007 recebiam recursos federais 89 equipes de Saúde da Família, um total de 214 profissionais. Assim, a amostra foi constituída por 190 profissionais de diferentes categorias, pelo menos um profissional de cada uma das 89 equipes de Saúde da Família foi entrevistado. Foram excluídos da totalidade de profissionais, 24 em função de licença maternidade e médica, férias e não localizados.

Ressalta-se que nesse período ocorria mudança do cadastramento dos profissionais do SIAB para o CNES.

Participou também do estudo a totalidade dos gestores (40) das Unidades Básicas de Saúde da Família.

4.3 Aspectos éticos

Seguindo a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo nº 33104-185/2007. Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos a serem utilizados e, concordando assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

4.4 Coleta de dados

O estudo foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira etapa foi realizado o levantamento no relatório de consolidado anual das famílias cadastradas no SIAB por equipe de Saúde da Família implantada no município de São Luís do Maranhão. Foi utilizado também, o relatório do CNES em que atualmente são cadastrados os profissionais das equipes de Saúde da Família.

Inicialmente foram realizadas pela pesquisadora visitas à Coordenação Municipal da ESF. Na primeira visita, coordenadora e pesquisadora conversaram sobre o projeto, sendo deixada uma cópia para leitura e sugestões. Posteriormente, houve retorno para de fato iniciar a coleta de dados secundários do SIAB e outras informações sobre a ESF, que foram disponibilizadas com presteza pela coordenadora e supervisores de área da ESF. Após explicação foi assinado o TCLE pela coordenadora (APÊNDICE C).

As informações do SIAB possibilitaram definir a população do estudo, assim como o número das equipes cadastradas, e a população adscrita a cada equipe. Foram utilizadas as planilhas da SEMUS com os dados de nome endereço e telefone das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), diretores e administradores.

Na segunda etapa do estudo foi realizada a coleta dos dados primários por meio de entrevistas com os profissionais das equipes de Saúde da Família e os gestores das UBSF, pela pesquisadora com o apoio de duas auxiliares de pesquisa, ambas acadêmicas de enfermagem. As auxiliares foram treinadas como forma de manter a homogeneidade na coleta dos dados.

As entrevistas foram realizadas individualmente nas UBSF no horário de trabalho dos profissionais, em média foram realizadas 3 visitas a cada UBSF. Dos 214 profissionais de nível superior cadastrados no SIAB, foram entrevistados 190, correspondendo a 88,7% dos profissionais. Houve uma perda total de 24 profissionais que não responderam aos questionários. Em média foram entrevistados 2 profissionais por equipe de Saúde da Família em todos os DS. Doze profissionais não foram entrevistados por estarem de licença maternidade (três profissionais), licença de saúde (cinco profissionais), férias (um profissional), ou haviam abandonado o posto de trabalho (seis profissionais, destes três foram substituídos por novos profissionais e entrevistados). Doze não foram localizados.

Foram visitadas todas as UBSF do município de São Luís e entrevistados a totalidade dos responsáveis pelas UBSF (40 gestores). Assim foram realizadas duzentas e trinta entrevistas.

A coleta de dados, primários e secundários iniciou-se em agosto de 2007, tendo sido finalizada em abril de 2008.

4.4.1 Procedimentos e instrumentos

Foram construídos dois questionários com questões fechadas adaptados do instrumento do MS (ANEXOS D e E) para o monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2004). As adaptações foram em função da unificação dos instrumentos e por esse estudo excluir os profissionais de nível médio e incluir os gestores das UBSF. O primeiro instrumento/questionário foi aplicado aos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família (ANEXO A), dividido em duas partes.

Na primeira parte buscou-se caracterizar as equipes a partir das variáveis: sexo, idade, naturalidade, tempo na equipe, carga horária contratada, vínculo contratual, titulação, área da titulação, identificação da área de trabalho e população adscrita à equipe de Saúde da Família, existência de área e mapa da área adscrita.

A segunda parte teve como objetivo identificar as ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família por meio das variáveis: visita domiciliar, reunião com a comunidade, atividade educativa em grupo, consultas, acompanhamento nas áreas estratégicas da Atenção Básica (saúde bucal, da criança, da mulher, controle da hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, e eliminação da hanseníase).

O segundo instrumento/questionário respondido pelos gestores das UBSF, ou por profissionais indicados por estes (ANEXO B), teve como objetivo apreender as informações acerca da infra-estrutura para o desenvolvimento do trabalho das equipes de Saúde da Família pelas variáveis, número de consultórios - médico, enfermagem, odontológico, sala de recepção, procedimentos básicos, vacinas, reunião e climatização desses espaços, veículo para deslocamento das equipes, equipamentos, materiais e medicamentos.

Os instrumentos foram pré-testados em outro município próximo de São Luís, antes do início da coleta de dados.

As informações foram obtidas por meio das visitas realizadas pela pesquisadora e auxiliares de pesquisa, às UBSF, após explicação e assinatura do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido pelos profissionais. Em média foram realizadas três visitas a cada UBSF. As visitas subsequentes foram agendadas com os diretores/administradores com o objetivo de garantir maior número de profissionais presentes para entrevista.

4.5 Análise dos dados

O processamento de dados foi iniciado pela revisão dos questionários, visando checar dúvidas ou falhas no preenchimento.

Os dados foram organizados e processados no programa EPI-INFO 2000 versão 3.3.2, depois analisados e os resultados obtidos são apresentados em forma de frequência absoluta e relativa na forma de quadros e tabelas no capítulo seguinte.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização do contexto do estudo

O município de São Luís possui 957.515 habitantes, sendo 96% na área urbana e 4% na área rural. A população está distribuída em centro urbano com 122 bairros (que constituem a região semi-urbana) e 122 povoados (que formam a zona rural) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

O município de São Luís está organizado em sete Distritos Sanitários, seis na zona urbana (Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho Itaqui-Bacanga e Tirirical) e um na zona rural (Vila Esperança) (figura 2).



Figura 2 – Distribuição e cobertura dos Distritos Sanitários pela ESF no município de São Luís
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (2007)

O DS de Vila Esperança, única zona rural do município, é o que possui maior cobertura pela Estratégia Saúde da Família, representando 65,4%. Entre os DS da zona urbana e semi urbana o Tirirical é que possui uma maior cobertura, com 63,3%.

Foi utilizado na Tabela 1 dados populacionais da SEMUS considerando que a estratificação populacional por DS não está disponível no IBGE.

Tabela 1 - Distritos Sanitários, população total e cadastrada, número de USF e equipes de Saúde da Família e percentual de cobertura, São Luís, 2007

DISTRITO	POPULAÇÃO	POPULAÇÃO CADASTRADA	Nº DE USF	Nº DE EQUIPES	% DE COBERTURA
Bequimão	103.306	14.379	02	05	13,9
Centro	125.055	16.231	02	04	12,9
Cohab	151.119	56.689	04	12	37,5
Coroadinho	137.871	20.559	02	04	14,8
Itaqui-Bacanga	149.519	42.970	04	11	28,7
Tirirical	224.435	142.072	14	36	63,3
Vila Esperança	87.519	57.206	12	17	65,4
TOTAL	978.824	350.106	40	89	35,8

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (2007)

A rede de saúde do município de São Luís, de acordo com o CNES/abril de 2008, possui quatro Unidades Mistas, trinta e oito policlínicas, uma unidade de vigilância em saúde, três unidades móveis de nível de pré-hospitalar, urgência/emergência, sete postos de saúde, duas unidades móveis terrestres, setenta e seis unidades de apoio diagnose e terapia (sadt isolado), dois pronto-socorros gerais, um laboratório central de saúde pública IACEN, um centro de parto normal-isolado, três centros de atenção psicossocial, duzentos e cinquenta e um consultórios isolados, um pronto-socorro especializado, uma central de regulação de serviços de saúde, vinte hospitais gerais, cento e uma clínicas especializadas/ambulatórios de especialidade, vinte e cinco hospitais especializados, dez hospitais/dia - isolados, cinquenta e oito centros de saúde/unidades básica saúde, quatorze cooperativas, uma farmácia.

A primeira equipe de Saúde da Família implantada neste município foi em setembro de 1994, na Unidade Mista do Coroadinho. O bairro escolhido foi a Vila São Sebastião por indicação dos Agentes Comunitários de Saúde e aprovação do Conselho de Saúde local. Em 1996, foram implantadas mais nove equipes na zona rural no Distrito de Vila Esperança, nos seguintes bairros: Santa Bárbara, Vila Itamar, Tibiri, Maracanã, Pedrinhas I, Pedrinhas II, Itapera, Quebra-Pote, Estiva (NOBRE, 1999).

Somente a partir de 2002, houve incremento das equipes, passando de 10 equipes (5% de cobertura populacional) para 47 equipes (17% de cobertura populacional). No ano de

2004, houve novo avanço na cobertura populacional, passando de 49 equipes (17,3% de cobertura populacional) para 82 equipes (29,27% cobertura populacional). Em agosto de 2007, o município contava com 89 equipes (35,8% cobertura populacional).

5.2 Identificação das equipes de Saúde da Família cadastradas no SIAB/CNES

Em agosto de 2007, havia 89 equipes de Saúde da Família cadastradas no SIAB, assim distribuídas: 32 equipes de Saúde da Família e 57 equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal, com Auxiliar de Consultório Dentário (Tabela 2). No período do estudo no município de São Luís o Técnico de Higiene Bucal ainda não tinha sido incorporado às ESB.

Tabela 2 – Distribuição das equipes de Saúde da Família segundo tipo por Distrito Sanitário. São Luís, 2007

DISTRITO SANITÁRIO	EQUIPES DE					
	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA		SAÚDE DA FAMÍLIA COM SAÚDE BUCAL		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Bequimão	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Centro	-	-	4	100,0	4	100,0
Cohab	1	8,3	11	91,7	12	100,0
Coroadinho	-	-	4	100,0	4	100,0
Itaqui-Bacanga	3	27,3	8	72,7	11	100,0
Tirirical	21	58,3	15	41,7	36	100,0
Vila Esperança	4	23,5	13	76,5	17	100,0

Fonte: SIAB, agosto 2007

As equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal estão distribuídas entre todos os DS, enquanto as equipes de Saúde da Família que não desenvolvem ações de Saúde Bucal estão presentes em quase todos os DS à exceção dos DS de Coroadinho e Centro (Tabela 2).

A maioria das equipes são de Saúde da Família com Saúde Bucal, a distribuição desse tipo de equipe que oferece ações de Saúde Bucal prioriza os distritos do Coroadinho e Centro, seguido de Cohab e Vila Esperança. A implantação de um maior número dessas equipes pode ter sido influenciada pelo incentivo financeiro do MS. É difícil analisar a lógica de

distribuição das equipes de Saúde da família com Saúde Bucal nos Distritos Sanitários, tendo em vista a diferença de cobertura dos mesmos.

A primeira equipe de Saúde da Família implantada no município de São Luís foi em setembro de 1994 na Unidade Mista do DS de Coroadinho, portanto a maturidade real da primeira equipe de Saúde da Família do município de São Luís é de 14 anos. Verifica-se ainda que a maioria das equipes de Saúde da Família do município de São Luís tem maturidade entre 4 a 6 anos (80,9%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Equipes de Saúde da Família segundo ano de implantação e maturidade. São Luís, 2007

ANO	Nº EQUIPES EM SERVIÇO	Nº EQUIPES IMPLANTADAS	MATURIDADE EM ANOS	
			n	%
1994	01	01	14	1,1
1996	10	09	12	10,1
1998	10	-	-	-
2001	10	-	-	-
2002	47	37	6	41,6
2003	49	2	5	2,3
2004	82	33	4	37,0
2005	87	5	3	5,6
2006	89	2	1	2,3
2007	89	-	-	-

Fonte: SEMUS, São Luís 2007

Em outubro de 2002, iniciou-se um movimento, no Brasil, para participar do Projeto de Expansão e consolidação da Saúde da Família, assim, observa-se um incremento acentuado do número de equipes de Saúde da Família nesse ano. Em Agosto de 2003, houve assinatura dos termos de compromisso, uma das metas do PROESF é aumentar a cobertura da Estratégia Saúde da Família para 50%. Em outubro de 2003, chegaram os recursos do PROESF, no ano de 2004 ocorreu outro pico de implantação (figura 3).

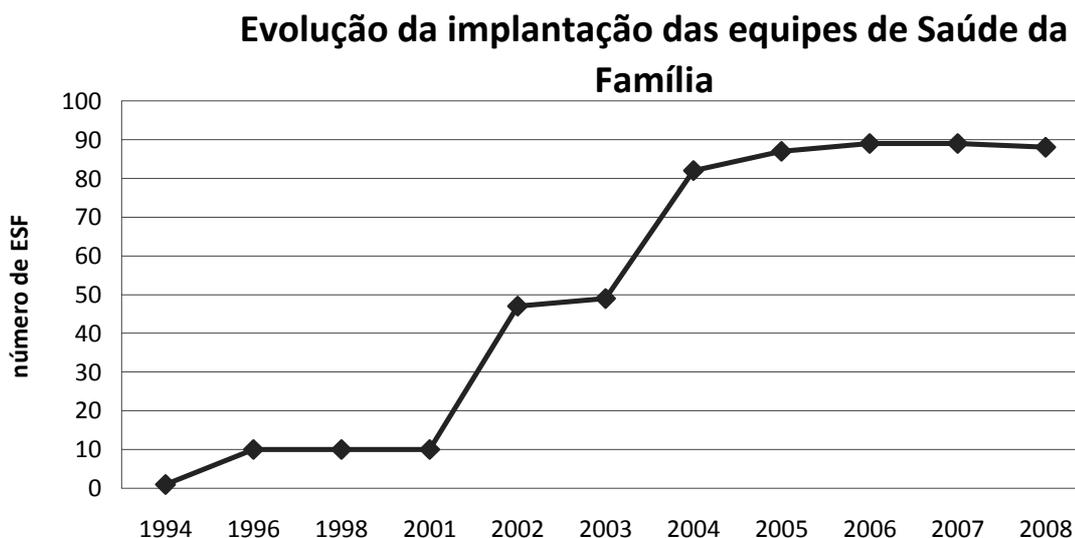


Figura 3 - Evolução da implantação das equipes de Saúde da Família. São Luís, 2007
 Fonte: SEMUS, Coordenação da ESF, Nobre (1999), SIAB, em agosto/2007 e CNES, em abril/2008

Inicialmente para a implantação da ESF foram criados novos procedimentos na tabela SIA/SUS e o repasse financeiro era realizado na modalidade convênio utilizando-se de transferências de recursos do MS para os municípios. A partir de 1998 com a criação de um banco de dados específico, o SIAB, o financiamento passa a ser feito fundo a fundo com a implementação do Piso de Atenção Básica fixo e variável com incentivos para PACS e ESF (SOUSA 2001). Por essa razão no sistema oficial de informação, a data da implantação da primeira equipe é 1998. Esta informação hoje é encontrada no CNES e foi importada do SIAB.

Outro aspecto importante a destacar quanto ao quantitativo de equipes de Saúde da Família foi que no início da coleta de dados, em agosto de 2007, o SIAB informava que o município possuía 89 equipes de Saúde da Família; em dezembro de 2007, o relatório do CNES informava 87 equipes de Saúde da Família e o último relatório do CNES, retirado em abril de 2008 para esse estudo 88 equipes de Saúde da Família (tabela 4). Esta divergência pode ter sido em função da saída de médicos e compatibilização dos cadastros, assim o monitoramento das equipes de Saúde da Família torna-se mais preciso.

No quadro 3 observa-se que o ano de 2004 apresenta implantação de equipes de Saúde da Família em todos os DS.

DISTRITO	ANO										TOTAL
	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Bequimão						5			-	-	5
Centro						4			-	-	4
Cohab				3		9			-	-	12
Coroadinho						4			-	-	4
Itaqui-Bacanga				2		4		2	-	-	8
Tirirical		1	3	21	4	7		2	-	-	38
Vila Esperança	2	2	3	5	2	1	2		-	-	17
TOTAL	2	3	6	31	6	34	2	4			88

Quadro 3 – Equipes de Saúde da Família segundo Distrito Sanitário e ano de implantação. São Luís, 2007
Fonte: CNES, em abril de 2008

Observa-se que os DS da Vila Esperança e Tirirical foram os que apresentaram maior regularidade na implantação de equipes de Saúde da Família, possivelmente em função da localização geográfica, mais afastados da zona central do município de São Luís e ainda em função da extensão territorial.

5.3 Caracterização das equipes de Saúde da Família no município de São Luís quanto a sua configuração

No período de realização do presente estudo, as equipes de Saúde da Família foram constituídas por 214 profissionais de nível superior - 89 médicos, 89 enfermeiros e 36 cirurgiões-dentistas (22 estavam ligados a duas equipes de Saúde da Família e 14 a uma equipe de Saúde da Família), e por 745 de nível médio, assim distribuídos: ACS - 600, ACD - 57, técnico de enfermagem - 88.

Participaram desse estudo 190 profissionais de nível superior (Tabela 5), uma média de 2 profissionais por equipe de Saúde da Família, garantindo a participação de pelo menos um profissional de cada equipe.

No período da coleta de dados, estava havendo a transferência do cadastro dos profissionais das equipes da ESF para o CNES. Dessa forma, constatou-se em relatório retirado do Sistema em dezembro de 2007, que havia oitenta e sete equipes, sendo sessenta equipes de Saúde da Família com ESB e vinte e sete equipes de Saúde da Família.

Foi constatado durante as entrevistas a falta de 2 médicos em equipes cadastradas no SIAB, corroborando a informação do CNES. No último relatório retirado do CNES para essa pesquisa, no mês de abril de 2008 havia 88 equipes de Saúde da Família.

Observa-se que da totalidade dos 214 profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família cadastrados, 190 (88,7%) participaram do estudo. Proporcionalmente, a maior participação foi dos cirurgiões-dentistas (94,4%) e a menor foi dos médicos (83,1%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Profissionais das equipes de Saúde da Família entrevistados segundo a categoria profissional. São Luís, 2007

PROFISSÃO	CADASTRADOS	n	%
Médico	89	74	83,1
Enfermeiro	89	82	92,1
Cirurgião-Dentista	36	34	94,4
TOTAL	214	190	88,7

O tempo de permanência dos profissionais das equipes de Saúde da Família variou de menos de 1 mês a mais de 3 anos nas equipes de Saúde da Família. Observa-se que a maioria está na equipe há mais de 2 anos (Tabela 5). Quase a metade (44,7%) tem mais de 3 anos na equipe de Saúde da Família e a maioria (80%) tem mais de um ano de permanência, apontando para uma maior possibilidade de vinculação com a comunidade.

Tabela 5 - Profissionais das equipes de Saúde da Família entrevistados segundo o tempo na equipe. São Luís, 2007

TEMPO DE TRABALHO NA EQUIPE	SÃO LUÍS	
	n	%
Inferior a 1 mês	8	4,2
1 mês até 3 meses	13	6,8
Superior a 3 meses até 6 meses	11	5,8
Superior a 6 meses até 1 ano	6	3,2
Superior a 1 ano até 1 ano e meio	10	5,3
Superior a 1 ano e meio até 2 anos	10	5,3
Superior a 2 anos até 3 anos	47	24,7
Superior a 3 anos	85	44,7
TOTAL	190	100,0

Outro aspecto que chama a atenção e que pode contribuir para o fortalecimento do vínculo é que a maioria dos profissionais (84,2%) é do próprio estado, o que possivelmente favorece a permanência e uma melhor compreensão da cultura da comunidade local (Tabela 1 do Apêndice A).

Quanto à faixa etária, os participantes estavam com idade entre 23 e 75 anos. A maior concentração encontra-se no intervalo entre 31 e 40 anos, sendo a média de idade dos profissionais 44 anos e a moda 56 anos (Tabela 6).

Tabela 6 – Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a faixa etária. São Luís, 2007

FAIXA ETÁRIA	n	%
21 a 30 anos	24	12,6
31 a 40 anos	64	33,7
41 a 50 anos	38	20,0
51 a 60 anos	47	24,7
61 e mais	17	8,9
TOTAL	190	100,0

Os resultados encontrados, neste estudo, são compatíveis com os valores observados por Machado (2000), nos quais predomina a faixa etária de 30 a 39 anos, com cerca de 40,0%. No estudo de Escorel (2002), em relação aos profissionais de nível superior, encontrou-se uma predominância de profissionais das equipes com idade jovem (abaixo de 30 anos) na maioria dos municípios estudados.

Observou-se neste estudo que mais da metade (53,7%) dos profissionais inseridos nas equipes de Saúde da Família está entre 31 e 50 anos de idade, o que leva-nos a supor que trata-se de um grupo com maior vivência profissional.

Quanto ao gênero, mais da metade, 79,5% (Tabela 2 do Apêndice A), é do sexo feminino, característica comum entre os profissionais da saúde. Os resultados observados neste estudo vão ao encontro de outros que vêm revelando, entre algumas tendências do mercado de trabalho em saúde, a feminilização das profissões, como os estudos de Machado (2000), Girardi e Carvalho (2002) e Escorel (2002) sobre os profissionais inseridos nas equipes de Saúde da Família.

A qualificação dos profissionais constitui-se em uma ação estratégica para a transformação das práticas de saúde. Um avanço na mesma direção foi observado no contexto

do presente estudo, no município de São Luís, a maioria dos profissionais tem especialização, como demonstrado na Tabela 7.

Tabela 7- Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a titulação e categoria profissional. São Luís, 2007

TITULAÇÃO	MÉDICO		ENFERMEIRO		CIRURGIÃO-DENTISTA	
	n	%	n	%	n	%
Graduação	7	9,4	6	7,3	10	29,4
Especialização	64	86,5	74	90,3	22	64,7
Mestrado	3	4,1	2	2,4	2	5,9
TOTAL	74	100,0	82	100,0	34	100,0

É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas do governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002; COTTA et al., 2004). A capacitação dos profissionais é fundamental para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, em decorrência da necessidade de trabalhar em grupo e ou melhorar o contato com o usuário no atendimento individual (L'ABBATE, 1994).

Destaca-se a relevância do trabalho em equipe que requer o aprimoramento individual em habilidades múltiplas, à visão interdisciplinar e interdependente das tarefas segundo um consenso estratégico de objetivos, por conseguinte, à cooperação funcional no desenvolvimento do potencial criativo e de agregação dos valores existentes e reconhecidos no serviço (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2001). Portanto, a formação e a educação dos profissionais para abordagem do processo saúde-doença com enfoque na Saúde da Família são desafios importantes para o êxito do modelo proposto.

Os resultados colocam em evidência que entre os profissionais, que possuem pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, 91,1% é em área relacionada à Atenção Básica o que pode favorecer outro olhar sobre o modelo de atenção no caminho da integralidade e a maior resolutividade da AB (Tabela 8).

Tabela 8 - Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a área da titulação. São Luís, 2007

ÁREA DA TITULAÇÃO	n	%
Saúde da Família	109	64,9
Saúde Pública	9	5,4
Saúde da Família e Saúde Pública	15	8,9
Outra na área da Atenção Básica	20	11,9
Outra	15	8,9
TOTAL	168	100,0

Quanto à modalidade de contratação, constatou-se que o contrato temporário é predominante entre os profissionais correspondendo a 73,2%. Embora a Prefeitura tenha realizado concurso público (Edital nº10/2006 de 01/11/2006) para a Estratégia Saúde da Família, observa-se que essa substituição é lenta (Tabela 9).

Tabela 9 - Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo o vínculo empregatício. São Luís, 2007

VÍNCULO EMPREGATÍCIO	n	%
Estatutário	46	24,2
Contrato temporário	139	73,2
Cargo comissionado	5	2,6
TOTAL	190	100,0

Diversas pesquisas demonstram que no SUS, assim como nos demais setores do mercado de trabalho nacional ao longo da década de noventa, predominam os contratos informais ou temporários de trabalho, o que restringe os trabalhadores dos direitos garantidos por lei. Sem essa proteção, os profissionais ficam à mercê da instabilidade político-partidária e de diferenças entre governos que se sucedem no poder, tão presentes na realidade dos municípios brasileiros, (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002). O contrato temporário, ao mesmo tempo em que pode viabilizar a Estratégia, não dá sustentabilidade, pois em função da temporalidade dificulta o vínculo com a comunidade, um dos aspectos fundamentais da Estratégia Saúde da Família.

A ESF no município de São Luís possui 96,3% dos profissionais em regime de trabalho de 40 horas (Tabela 10).

Tabela 10 - Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a carga horária semanal contratada. São Luís, 2007

CARGA HORÁRIA SEMANAL CONTRATADA	n	%
20 h	4	2,1
28 h	2	1,1
40 h	183	96,3
Outra	1	0,5
TOTAL	190	100,0

A carga horária de 40 horas para os profissionais das equipes de Saúde da Família sustenta-se na idéia de que esta é uma condição essencial para criação de vínculos entre os membros da equipe e entre as equipes e a população, tanto do ponto de vista gerencial e organizacional quanto assistencial (BRASIL, 2004).

O resultado da avaliação do Programa Saúde da Família realizada em 2001-2002 demonstrou que o estado do Maranhão estava em pior situação no Brasil quanto à dedicação do profissional de nível superior à ESF, por apresentar os menores percentuais de contratação em regime de 40 horas semanais, 68,9% dos médicos e 71,3% dos enfermeiros (BRASIL, 2004).

Os resultados do presente estudo apresentam uma transformação dessa realidade, pois atualmente São Luís está no patamar de 96,3% dos profissionais de nível superior com carga horária de 40 horas semanais.

Em relação à localização do posto de trabalho (zona rural ou urbana) a maioria dos profissionais entrevistados (73,2%) está lotada na urbana, em consonância com a distribuição dos Distritos Sanitários (Tabela 3 do Apêndice A).

Quanto à adscrição da clientela 99,5% (Tabela 4 do Apêndice A) dos profissionais entrevistados informam a existência de área de abrangência definida para sua equipe. Este é um elemento importante para a consolidação da ESF, pois a definição de um território de abrangência representa a área sob sua responsabilidade e significa o processo de identificação dos componentes familiares, da morbidade referida, das condições de moradia, saneamento e das condições ambientais das áreas onde estas famílias estão inseridas.

A apropriação destas informações pela equipe possibilita a alimentação dos dados no SIAB. Com base nestas informações, pode-se delinear a realidade de saúde da população e organizar a atenção segundo a lógica do enfoque por problemas, e com isto facilitar o planejamento das ações das equipes (BRASIL, 1997; BRASIL, 2000; COIMBRA, 2005).

Os resultados colocam em evidência a existência de mapa da área de abrangência definida para sua equipe de Saúde da Família (Tabela 11). Ressalta-se que a maioria dos participantes estava se referindo somente ao mapa estatístico. Poucos profissionais conhecem o denominado mapa inteligente.

Tabela 11 - Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a existência de mapa da área de abrangência definida para sua equipe. São Luís, 2007

EXISTÊNCIA DE MAPA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA	n	%
Sim	171	90,0
Não	6	3,2
Não sabe	13	6,8
TOTAL	190	100,0

O mapa de cada área é construído de duas formas. A primeira é o mapa estatístico, que apresenta as características permanentes da região, portanto modifica-se pouco com o tempo, contém informações geográficas, institucionais e outras que demandam maior tempo para se modificarem. A segunda forma é o mapa inteligente, caracterizado pela possibilidade de ser modificado permanentemente, ele indica a localização das gestantes, idosos, menores de um ano, desnutridos, diabéticos, hipertensos, portadores de hanseníase, tuberculose, enfim representa um retrato momentâneo da área de abrangência, é instrumento para direcionamento das atividades da equipe (BRASIL, 2000).

Na Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde 2001/2002, a existência de mapa da área de abrangência definida para cada equipe de Saúde da Família do estado do Maranhão, era de 30,8% e no Brasil era 55,3% (BRASIL, 2004). Ao considerarmos que esta avaliação foi realizada segundo a compreensão dos participantes como o mapa estatístico, houve uma evolução no município.

Coimbra (2005) refere-se em um depoimento de um enfermeiro retirado de suas notas de campo que o ACS é que informou sua área de atuação, portanto não houve a preocupação do mesmo com a territorialização no sentido de que cada equipe da ESF

conhecesse seu território delimitado e isto ficasse à disposição da equipe com a construção do mapa de cada micro-área em cada UBSF, subsidiando o início dos trabalhos das equipes, com o cadastramento e diagnóstico dos problemas da população da área adscrita.

Ao analisarmos no SIAB/08/2007 a população adscrita observa-se que no município de São Luís, 46% das equipes de Saúde da Família trabalham com mais de 4.000 pessoas adscritas a equipe conforme apresentado na Tabela 12. Esses resultados apresentam uma realidade que se distancia da Portaria nº 648 de 28/03/06, que define a responsabilidade de no máximo 4000 habitantes por equipe, sendo a média recomendada de 3000 habitantes (BRASIL, 2006a).

Tabela 12 - Cobertura populacional por equipe de Saúde da Família. São Luís, 2007

COBERTURA POPULACIONAL POR EQUIPE	n	%
Menos de 3.000 pessoas	20	22,5
De 3.000 a 4.000 pessoas	28	31,5
Mais de 4.000 pessoas	41	46,0
TOTAL	89	100,0

Fonte: SIAB 08/07. São Luís 2007

Ao analisar o conhecimento da estimativa de cobertura populacional por equipe, 24,2% dos profissionais de nível superior informaram não saber (tabela 13).

Tabela 13 - Cobertura populacional da equipe estimada pelos entrevistados comparada com os dados do SIAB/08/07. São Luís, 2007

ESTIMATIVA DE COBERTURA POPULACIONAL PELO PROFISSIONAL DA EQUIPE	n	%	SIAB %
Menos de 2.400 pessoas	21	11,1	12,4
De 2.400 a 4.500 pessoas	70	36,8	57,3
Mais de 4.500 pessoas	53	27,9	30,3
Não sabe	46	24,2	
TOTAL	190	100,0	100,0

Os parâmetros apresentados na Tabela 13 são definidos na Portaria nº 1886 de 18/12/1997, com média de 4.000 pessoas e limite máximo de 4.500 pessoas para podermos

comparar os valores obtidos com os encontrados na Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde 2001/2002 (BRASIL, 2004).

Observou-se a dificuldade dos profissionais em reconhecer a sua população adscrita, considerando que muitos consultaram os ACS. Essa situação também foi relatada em estudos de Coimbra (2005) num município do Maranhão. Em contraste, Di Lorenzo (2006) em estudo realizado no estado de São Paulo encontrou apenas 1,73 % de profissionais das equipes de Saúde da Família que não sabiam informar sua população adscrita.

Os dados apresentados na Tabela 14 demonstram que a categoria que mais referiu não saber estimar a população adscrita à sua equipe foi a dos médicos. Já na categoria dos enfermeiros, poucos referiram não saber estimar a população adscrita à sua equipe o que pode demonstrar uma maior apropriação desses profissionais sobre a importância da adscrição de clientela, bem como uma maior vinculação e co-responsabilização com essa população.

Tabela 14 - Estimativa de cobertura populacional de acordo com a categoria profissional comparado com os dados do SIAB/08/07. São Luís, 2007

ESTIMATIVA DE COBERTURA POPULACIONAL PELO PROFISSIONAL DA EQUIPE	CATEGORIA PROFISSIONAL						SIAB %
	MÉDICO		ENFERMEIRO		CIRURGIÃO- DENTISTA		
	n	%	n	%	n	%	
Menos de 2.400 pessoas	5	6,8	15	18,3	1	2,9	12,4
De 2.400 a 4.000 pessoas	23	31,1	39	47,6	8	23,5	57,3
Mais de 4.500 pessoas	17	23,0	22	26,8	14	41,2	30,3
Não sabe	29	39,2	6	7,3	11	32,4	
TOTAL	74	100,0	82	100,0	34	100,0	100,0

Na Tabela 15 verifica-se que 24,2% dos profissionais entrevistados de São Luís não souberam estimar sua população adscrita.

Tabela 15 - Estimativa de cobertura populacional pelos profissionais das equipes de Saúde da Família comparado com os dados da Avaliação Normativa Brasil 2001/2002. São Luís, 2007

ESTIMATIVA DE COBERTURA POPULACIONAL POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	MARANHÃO %	BRASIL %	SÃO LUÍS %
Menos de 2.400 pessoas	17,9	13,3	11,1
De 2.400 a 4.500 pessoas	61,2	66,0	36,8
Mais de 4.500 pessoas	10,7	16,7	27,9
Não sabe	10,3	4	24,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Fonte: Brasil (2004)

Destaca-se que aumentou a porcentagem de profissionais que não soube estimar sua população adscrita em relação à avaliação realizada pelo MS 2001/2002.

Comparando os dados obtidos no presente estudo no município de São Luís com os dados do estado do Maranhão e do Brasil na Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde 2001/2002, observa-se em uma análise linear que percentualmente houve um retrocesso em relação aos profissionais que não sabe estimar sua população adscrita (BRASIL, 2004).

Cabe destacar que conhecer sua população adscrita é um dos princípios fundamentais da Estratégia Saúde da Família, é a chamada territorialização, que significa a área sob a responsabilidade das equipes de Saúde da Família. Esse é um processo em que são identificados os componentes familiares, a morbidade, as condições de moradia, de saneamento e condições ambientais, e essas informações são alimentadas no Sistema de Informação da Atenção Básica. E a partir delas constrói-se um saber sobre a população, vínculo de co-responsabilidade e possibilidade de intervenção, e são priorizados os problemas encontrados para enfrentamento dos mesmos a partir de um planejamento participativo. A falta de apropriação dessas informações pode comprometer o planejamento das ações.

É esse o diferencial dessa estratégia, pois essa interação permite conhecer as condições sanitárias e a identificação de grupos vulneráveis, bem como propicia o planejamento de ações para o enfrentamento de problemas prioritários, fornece informações sobre a situação de vida da população e suas principais relações para a elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, incorporando a lógica da vigilância sanitária e da integralidade.

Apesar do pouco conhecimento relatado pelos participantes do estudo sobre a população adscrita, 73,2% dos profissionais entrevistados afirmaram utilizar os dados do SIAB para programar suas ações (Tabela 16).

Tabela 16 - Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo utilização das informações do SIAB. São Luís, 2007

USO DAS INFORMAÇÕES DO SIAB	n	%
Sim	139	73,2
Não	50	26,3
Não se aplica	1	0,5
TOTAL	190	100,0

Segundo Coimbra (2005), os Sistemas de Informação devem ser entendidos pelos municípios como importante ferramenta para planejar e avaliar o trabalho desenvolvido. Estes quando analisados adequadamente, possibilitam a identificação de problemas tanto de falha de registro, quanto de assistência e permitem que os profissionais das equipes e os gestores tomem medidas em tempo oportuno para o enfrentamento dos mesmos.

O SIAB é um sistema de informação territorializado que coleta dados e possibilita a construção de indicadores populacionais, referentes às áreas de abrangência bem delimitadas, cobertas pelo PACS e ESF. Sua base de dados possui três blocos: cadastramento familiar (indicadores sócio-demográficos dos indivíduos e de saneamento básico dos domicílios); acompanhamento de grupos de risco (criança abaixo de 2 anos, gestantes, portadores de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Tuberculose e Hanseníase); e o registro de atividades, procedimentos e notificações (produção e cobertura de ações e serviços básicos, notificação de agravos, óbitos e internações) (BARBOSA, 2006). Estudo realizado por Coimbra (2005), num município do Maranhão com 100% de cobertura pela estratégia Saúde da Família, revelou que na prática o uso dessa ferramenta ainda não é uma realidade.

O resultado da Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde 2001/2002 demonstrou que o uso das informações do SIAB para programar suas ações, pelas equipes de Saúde da Família do estado do Maranhão, era de 40% enquanto no Brasil era 49,6% (BRASIL, 2004). Di Lorenzo (2006), em estudo realizado no estado de São Paulo observou que 40,7% das equipes de Saúde da Família, utilizavam as informações do

SIAB. Assim em comparação com esses estudos, observou-se um avanço na utilização dessa ferramenta pelas equipes de Saúde da Família no município de São Luís.

Reforçando esses resultados, observa-se que 89,5% dos profissionais afirmaram que participam de reuniões de planejamento, colocando em evidência a utilização de mais um instrumento que contribui para o fortalecimento do trabalho em equipe (tabela 17).

Tabela 17 - Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a participação em reuniões de planejamento/avaliação com os demais membros da equipe. São Luís, 2007

PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES DE PLANEJAMENTO/AVALIAÇÃO	n	%
Sim	170	89,5
Não	20	10,5
TOTAL	190	100,0

Em oposição à participação dos profissionais em reuniões de planejamento e avaliação, observa-se uma pequena participação dos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família em reuniões de Conselho, alguns profissionais informam que participam, outros relatam que raramente são chamados para reuniões, podendo demonstrar uma fragilidade no vínculo com a população, assim como do planejamento realizado pela equipe de Saúde da Família (Tabela 18).

Tabela 18 - Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a participação em reuniões de conselho municipal ou local de saúde. São Luís, 2007

PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES DE CONSELHO MUNICIPAL/LOCAL DE SAÚDE	n	%
Sim	71	37,4
Não	119	62,6
TOTAL	190	100,0

As ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família devem assumir o propósito de estimular a participação da comunidade na identificação dos problemas de saúde, no planejamento e adequação das ações de acordo com suas necessidades. A participação popular é considerada uma conquista regulamentada pela Lei 8142/90, ao mesmo tempo em

que traz consigo a responsabilidade para o cidadão e dever ético em participar na tomada de decisões (BRASIL, 1990b; BRASIL, 1998; ROCHA; FERREIRA; SILVA, 2002).

O protocolo clínico é uma ferramenta que reúne diretrizes e recomendações para que todos os profissionais de saúde possam desenvolver com qualidade, as ações de assistência à saúde. A maioria dos profissionais relatou que não há protocolo clínico elaborado pelo município (Tabela 19).

Tabela 19 - Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a existência de protocolo clínico. São Luís, 2007

PROTOCOLO CLÍNICO	n	%
Sim	21	11,1
Não	169	88,9
TOTAL	190	100,0

De acordo com a coordenação da Estratégia Saúde da Família no Município de São Luís, foi elaborado um protocolo que deveria ser homologado e lançado em 2008.

O protocolo é mais um instrumento de normatização, que busca o constante aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde de acordo com a realidade local, é uma ferramenta importante para nortear as equipes de Saúde da Família. Entretanto, não basta apenas a elaboração desses documentos, eles precisam ser incorporados ao dia-a-dia do trabalho. Está listado dentre os indicadores de gatilho do PROESF.

Os profissionais entrevistados relatam a utilização de protocolos dos cadernos de Atenção Básica do MS nº 11 da Criança acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, Cadernos nº 9, 10, 15, 16 respectivamente Tuberculose, Hanseníase Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Saúde Bucal, Assistência Integral à Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

5.4 A infra-estrutura para o desenvolvimento do trabalho das equipes de Saúde da Família

A infra-estrutura para a implantação das equipes de Saúde da Família é normalizada pela Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, que recomenda que haja nas UBS consultório médico, de enfermagem e odontológico, área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e

sanitários por unidade. Neste estudo, a totalidade dos diretores das UBSF informou que as equipes de Saúde da Família têm área física para o desenvolvimento do trabalho (Tabela 5 do Apêndice A). Das 40 UBSF visitadas, 82,5% têm consultório odontológico, destes 94% são climatizados (Tabela 6 do Apêndice A), o que demonstra cuidado com o bem-estar do profissional e do usuário. Ainda 67,5% têm o número de consultórios médicos e de enfermagem compatíveis com o número de equipes de Saúde da Família (Tabela 7 do Apêndice A), 52,5% das UBSF têm pelo menos 1 consultório médico climatizado (Tabela 8 do Apêndice A), e 55% das UBSF têm pelo menos 1 consultório de enfermagem climatizado (Tabela 9 do Apêndice A), 97,5% têm área de recepção e sala de vacina com geladeira exclusiva (Tabelas 10 e 11 do Apêndice A), 100% têm sala de procedimento, local para arquivo e registros e sanitários (Tabelas 12, 13 e 14 do Apêndice A). Das 40 UBSF do município de São Luís, 42,5% têm sala de reunião (Tabela 15 do Apêndice A), o que favorece o trabalho com a comunidade, assim como facilita sediar campos de estágio, aproximando o serviço com as instituições formadoras. Destaca-se que São Luís já tem estas parcerias estabelecidas.

Os recursos materiais básicos estão disponíveis nas UBSF, entretanto alguns deles, importantes para o desenvolvimento do trabalho, na percepção dos profissionais que participaram do estudo, inexistem ou estão sem condição de uso em algumas UBSF (Tabela 16 do Apêndice A). Dessa forma, se faz necessário uma revisão no planejamento e distribuição dos recursos materiais.

Constatou-se que 72,5% (Tabela 17 do Apêndice A), dos responsáveis pelas UBSF informaram que alguns materiais de consumo não atendem a demanda mensal das equipes de Saúde da Família à exemplo do caso das luvas de procedimento. Essa descontinuidade na distribuição dos recursos materiais comprometeu nos meses de setembro e outubro de 2007, as ações de Saúde Bucal em 3 UBSF que tiveram o atendimento odontológico interrompido conforme relato dos participantes do estudo. Há também dificuldade no fornecimento de materiais simples de consumo, como bloco de receituário, formulário, fichas de atendimento e ficha A do SIAB em quantidade condizente com as necessidades das UBSF (Tabela 19 do Apêndice A).

Outro fator que aponta para a inadequação do planejamento é que a maioria dos medicamentos pactuados nacionalmente não atende a demanda mensal (Tabela 20 do Apêndice A). Entretanto, a dispensação dos medicamentos ocorre de forma descentralizada para todas as ações estratégicas (Tabela 21 do Apêndice A).

Alguns equipamentos odontológicos não estão presentes em 100% das UBSF que têm esse serviço (Tabela 22 do Apêndice A). Houve referência pelos profissionais entrevistados da morosidade do concerto desses equipamentos, assim como uso destes, mesmo sem condições adequadas. Há uma deficiência de instrumental odontológico para o atendimento diário (Tabela 23 do Apêndice A). O material odontológico de consumo é suficiente para o mês em 60% das UBSF (Tabela 24 do Apêndice A).

Nessa pesquisa, constatou-se que existe veículo disponível de acordo com normas prescritivas da coordenação da ESF. Este fica disponível para cada equipe de Saúde da Família uma vez por semana, seguindo cronograma estabelecido. Observou-se que a disponibilização do veículo não toma como base a realidade local das equipes de Saúde da Família, dessa forma, pode comprometer algumas atividades no território.

5.5 Atividades, ações e responsabilidades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família

As atividades desenvolvidas pelos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família envolvem a capacitação dos membros da equipe de Saúde da Família, a promoção e a assistência à saúde e a prevenção de doenças e são de responsabilidade de toda a equipe. Estas atividades são desenvolvidas de forma individual e coletivamente com ações que permeiam a saúde mental, da criança, da mulher; o controle de diabetes, da hipertensão arterial, da tuberculose; eliminação da hanseníase e a vigilância epidemiológica dentre outras.

A Tabela 20 apresenta algumas atividades desenvolvidas pelos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família .

Tabela 20 - Atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família. São Luís, 2007

ATIVIDADES	Sim		Não		Não se aplica		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Visita domiciliar	175	92,1	13	6,8	2	1,1	190	100,0
Reunião com a comunidade	165	86,8	25	13,2	-	-	190	100,0
Reunião da equipe	179	94,2	11	5,8	-	-	190	100,0
Atividade educativa em grupo	165	86,8	25	13,2	-	-	190	100,0

Di Lorenzo (2006), em estudo realizado em São Paulo, observou que 88,7% dos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família, realizam visita domiciliar e 87,3% reunião da equipe, valores próximos foram encontrados nesse estudo. Segundo Brasil (2004), no Maranhão foi observado que 80,6%, dos profissionais realizam reuniões de equipe, quando no Brasil o percentual observado foi de 78,5%.

A atividade de capacitação é de responsabilidade de todos os profissionais das equipes de Saúde da Família, respeitando-se as especificidades. A Tabela 21 apresenta a participação dos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família nos treinamentos dos ACS. Observa-se que um percentual grande de médicos (60,8%) informou não participar desta ação, seguido dos cirurgiões-dentistas, 41,2%. Destaca-se que 2,7% dos médicos e 14,7% dos cirurgiões-dentistas não se vêm desenvolvendo esta ação, pois informam que esta ação não se aplica a sua categoria revelando desconhecimento do seu processo de trabalho. Dessa forma, percebe-se uma fragilidade do trabalho em equipe.

Tabela 21 - Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo treinamento do ACS por categoria profissional. São Luís, 2007

TREINAMENTO DO ACS	CATEGORIA PROFISSIONAL					
	MÉDICO		ENFERMEIRO		CIRURGIÃO-DENTISTA	
	n	%	n	%	n	%
Sim	27	36,5	80	97,6	15	44,1
Não	45	60,8	2	2,4	14	41,2
Não se aplica	2	2,7	-	-	5	14,7
TOTAL	74	100,0	82	100,0	34	100,0

As ações desenvolvidas pelos profissionais de nível superior são de natureza promocional, assistencial e preventiva. A tabela 22 apresenta as ações desenvolvidas no âmbito da saúde da criança, em que se constata que a assistência integral às doenças prevalentes representaram 81,1%, seguido do acompanhamento do CD em menores de 2 anos, 77,9%, das atividades desenvolvidas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família (Tabela 22). Estes resultados demonstram que as atividades desenvolvidas são de natureza promocional, de assistência e de prevenção. Cabe destacar algumas das atividades não são de responsabilidade do cirurgião-dentista, por exemplo. A mesma situação pode ser observada nos resultados apresentados nas tabelas de 22 a 30.

Tabela 22 - Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Saúde da Criança. São Luís, 2007

AÇÃO	RESPONSABILIDADES	Sim		Não		Não se aplica		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Saúde da Criança	Acompanhamento do CD menores de 2 anos	148	77,9	16	8,4	26	13,7	190	100,0
	Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)	154	81,1	9	4,7	27	14,2	190	100,0
	Tratamento de Reidratação Oral (TRO) na unidade	65	34,2	92	48,4	33	17,4	190	100,0
	Vigilância nutricional (identificação de casos)	139	73,2	19	10,0	32	16,8	190	100,0

Tabela 23 - Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Saúde da Mulher. São Luís, 2007

AÇÃO	RESPONSABILIDADES	Sim		Não		Não se aplica		TOTAL	
		n	%	n	%	N	%	n	%
Saúde Mulher	Pré-natal	161	84,7	7	3,7	22	11,6	190	100,0
	Prevenção do câncer de colo (coleta de material)	107	56,3	50	26,3	33	17,4	190	100,0
	Planejamento familiar (oferta de métodos)	148	77,9	9	4,7	33	17,4	190	100,0
	Tratamento de leucorréia	154	81,1	3	1,6	33	17,4	190	100,0

Chama a atenção na Tabela 23 que apenas 56,3% dos profissionais entrevistados realizam a coleta de material para prevenção do câncer de colo, entretanto, esta responsabilidade não se aplica aos dentistas.

Por considerarmos a prevenção do câncer de colo uma atividade de relevância, analisamos essa responsabilidade por categoria profissional. Observou-se que a responsabilidade por essa atividade é realizada majoritariamente pelos profissionais enfermeiros, 93,9% e por apenas 39,2% dos profissionais médicos (Tabela 24). Os resultados apontam para a necessidade de incrementar a coleta de material para exame citológico, inclusive para atingir o pactuado em 2008, incentivando o envolvimento de todos os profissionais habilitados a desenvolver essa atividade.

Tabela 24 - Coleta de material para prevenção de câncer de colo por categoria profissional. São Luís, 2007

AÇÃO	RESPONSABILIDADE	CATEGORIA											
		Médico				Total	Enfermeiro				Total		
		Sim		Não			Sim		Não				
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Saúde Mulher	Prevenção do câncer de colo (coleta de material)	29	39,2	45	60,8	74	100,0	77	93,9	5	6,1	82	100,0

Tabela 25 - Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Controle do Diabetes Mellitus. São Luís, 2007

AÇÃO	RESPONSABILIDADES	Sim		Não		Não se aplica		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Controle do Diabetes	Diagnóstico	105	55,3	52	27,4	33	17,4	190	100,0
	Glicemia capilar	154	81,1	3	1,6	33	17,4	190	100,0
	Tratamento	154	81,1	3	1,6	33	17,4	190	100,0

Tabela 26 - Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Controle da Hipertensão Arterial. São Luís, 2007

AÇÃO	RESPONSABILIDADES	Sim		Não		Não se aplica		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Controle da Hipertensão Arterial	Diagnóstico	105	55,3	5 2	27,4	3 3	17,4	190	100,0
	Tratamento	152	80,0	6	3,2	3 2	17,8	190	100,0

Tabela 27 - Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Eliminação da Hanseníase. São Luís, 2007

AÇÃO	RESPONSABILIDADES	Sim		Não		Não se aplica		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Eliminação da Hanseníase	Diagnóstico	106	55,8	50	26,3	34	17,9	190	100,0
	Tratamento supervisionado	141	74,2	16	8,4	33	17,4	190	100,0
	Exame de contatos	143	75,3	14	7,4	33	17,4	190	100,0

Tabela 28 - Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Controle da Tuberculose. São Luís, 2007

AÇÃO	RESPONSABILIDADES	Sim		Não		Não se aplica		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Controle de Tuberculose	Diagnóstico	107	56,3	49	25,8	34	17,9	190	100,0
	Tratamento	152	80,0	5	2,6	33	17,4	190	100,0
	DOTS	103	54,2	54	28,4	33	17,4	190	100,0
	Exame dos comunicantes	140	73,7	17	8,9	33	17,4	190	100,0

Algumas atividades são restritas a determinadas categorias profissionais, a exemplo da atividade de diagnóstico, desta forma, pode-se explicar o menor percentual encontrado para essa atribuição nas ações de: controle do Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial; Tuberculose e eliminação da Hanseníase, como apresentados nas Tabelas 25, 26, 27 e 28.

Tabela 29 - Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Saúde Mental. São Luís, 2007

AÇÃO	RESPONSABILIDADES	Sim		Não		Não se aplica		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Saúde Mental	Acompanhamento	80	42,1	78	41,1	32	16,8	190	100,0

O acompanhamento em Saúde Mental, segundo a coordenadora de Saúde Mental, do Município vem sendo delegado gradativamente à AB de modo que os profissionais estão incorporando-o no seu cotidiano, o que pode justificar o baixo percentual (42,1%) de profissionais que realizam essa responsabilidade (Tabela 29).

Algumas ações de Vigilância Epidemiológica ainda não estão muito bem incorporadas na rotina dos profissionais das equipes de Saúde da Família, a exemplo da investigação de óbitos e internação hospitalar (Tabela 30).

Tabela 30 - Profissionais entrevistados segundo a realização de responsabilidades da ação Vigilância epidemiológica. São Luís, 2007

AÇÃO	RESPONSABILIDADES	Sim		Não		Não se aplica		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Vigilância Epidemiológica	Notificação de DNC	145	76,3	18	9,5	27	14,2	190	100,0
	Investigação dos casos de DNC	132	69,5	28	14,7	30	15,8	190	100,0
	Ações de controle de casos e surtos	125	65,8	34	17,9	31	16,3	190	100,0
	Investigação de óbitos	51	26,8	103	54,2	36	18,9	190	100,0
	Investigação de internações hospitalares	87	45,8	70	36,8	33	17,4	190	100,0

As atividades educativas em grupo, por área programática, são de responsabilidade de todos os profissionais das equipes de Saúde da Família, tabelas de 31 a 34. Entretanto, observa-se que estas são atribuições mais assumidas pelos profissionais enfermeiros, tabela 33.

Tabela 31 - Profissionais entrevistados segundo a realização de atividades educativas continuadas em grupo nos últimos 60 dias de acordo com as áreas estratégicas da AB. São Luís, 2007

GRUPO	SIM		NÃO		NÃO SE APLICA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestantes	104	54,7	81	42,6	5	2,6	190	100,0
Menores de 2 anos para monitoramento de CD	66	34,7	111	58,4	13	6,8	190	100,0
Desnutridos	36	18,9	142	74,7	12	6,3	190	100,0
Escolares	79	41,6	109	57,4	2	1,1	190	100,0
Diabéticos	129	67,9	54	28,4	7	3,7	190	100,0
Hipertensos	130	68,4	52	27,4	8	4,2	190	100,0
Adolescentes	82	43,2	102	53,7	6	3,2	190	100,0
Planejamento familiar	103	54,2	67	35,3	20	10,5	190	100,0
Hansenianos	30	15,8	142	74,7	18	9,5	190	100,0
Tuberculosos	30	15,8	140	73,7	20	10,5	190	100,0

Tabela 32 - Médicos das equipes de Saúde da Família segundo a realização de atividades educativas continuadas em grupo nos últimos 60 dias. São Luís, 2007

GRUPO	SIM		NÃO		NÃO SE APLICA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestantes	27	36,5	47	63,5	-	-	74	100,0
Menores de 2 anos para monitoramento de CD	12	16,2	62	83,8	-	-	74	100,0
Desnutridos	9	12,2	65	87,8	-	-	74	100,0
Escolares	12	16,2	62	83,8	-	-	74	100,0
Diabéticos	41	55,4	33	44,6	-	-	74	100,0
Hipertensos	41	55,4	33	44,6	-	-	74	100,0
Adolescentes	19	25,7	55	74,3	-	-	74	100,0
Planejamento familiar	31	41,9	43	58,1	-	-	74	100,0
Hansenianos	11	14,9	63	85,1	-	-	74	100,0
Tuberculosos	11	14,9	63	85,1	-	-	74	100,0

Tabela 33 - Enfermeiros das equipes de Saúde da Família segundo a realização de atividades educativas continuadas em grupo nos últimos 60 dias. São Luís, 2007

GRUPO	SIM		NÃO		NÃO SE APLICA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestantes	64	78,0	18	22	-	-	82	100,0
Menores de 2 anos para monitoramento de CD	48	58,5	34	41,5	-	-	82	100,0
Desnutridos	24	29,3	57	69,5	1	1,2	82	100,0
Escolares	38	46,3	44	53,7	-	-	82	100,0
Diabéticos	76	92,7	6	7,3	-	-	82	100,0
Hipertensos	77	93,9	5	6,1	-	-	82	100,0
Adolescentes	49	59,8	33	40,2	-	-	82	100,0
Planejamento familiar	69	84,1	13	15,9	-	-	82	100,0
Hansenianos	18	22,0	63	76,8	1	1,2	82	100,0
Tuberculosos	18	22,0	62	75,6	2	2,4	82	100,0

Tabela 34 - Cirurgiões-Dentistas das equipes de Saúde da Família segundo a realização de atividades educativas continuadas em grupo nos últimos 60 dias. São Luís, 2007

GRUPO	SIM		NÃO		NÃO SE APLICA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gestantes	13	38,2	16	47,1	5	14,7	34	100,0
Menores de 2 anos para monitoramento de CD	6	17,6	15	44,1	13	38,2	34	100,0
Desnutridos	3	8,8	20	58,8	11	32,4	34	100,0
Escolares	29	85,3	3	8,8	2	5,9	34	100,0
Diabéticos	12	35,3	15	44,1	7	20,6	34	100,0
Hipertensos	12	35,3	14	41,2	8	23,3	34	100,0
Adolescentes	14	41,2	14	41,2	6	17,6	34	100,0
Planejamento familiar	3	8,8	11	32,4	20	58,8	34	100,0
Hansenianos	1	2,9	16	47,1	17	50,0	34	100,0
Tuberculosos	1	2,9	15	44,1	18	52,9	34	100,0

Ao analisarmos a realização de atividades educativas em grupo, observa-se que 86,8% dos profissionais entrevistados (Tabela 20) afirmaram realizá-las. Entretanto, quando questionados em quais grupos haviam desenvolvido atividades nos últimos 60 dias, dentre os grupos por área programática, apenas as atividades para os grupos de hipertensos e diabéticos obtiveram índices acima de 60% (Tabela 31). Profissionais de duas UBSF informaram espontaneamente haver o grupo de idosos e desenvolverem ações de promoção da saúde para este grupo, tais como, caminhadas, atividades recreativas e incentivo à alimentação saudável. As atividades educativas estão relacionadas à promoção da saúde, sendo uma das atribuições das equipes de Saúde da Família que deve permear todas as áreas estratégicas da AB.

Quanto às ações relacionadas ao diagnóstico epidemiológico, realizado pelos profissionais no último ano, a categoria dos cirurgiões-dentistas destacou-se na atividade de inquérito epidemiológico em escolares (85,3%), como apresentado na Tabela 38. É importante ressaltar que menos da metade dos participantes informaram que desenvolvem ações relacionadas ao estudo da demanda da UBSF (41,6%) e ao levantamento de necessidades da população em geral (39,5%) (Tabelas 35 a 38). Estes resultados reafirmam a constatação do pouco conhecimento acerca da área de adscrição.

Tabela 35 - Profissionais entrevistados segundo a realização de ações relacionadas ao diagnóstico epidemiológico. São Luís, 2007

AÇÕES DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO	SIM		NÃO		NÃO SE APLICA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inquérito epidemiológico em escolares	49	25,8	138	72,6	3	1,6	190	100,0
Inquérito epidemiológico na população em geral	47	24,7	139	73,2	4	2,1	190	100,0
Levantamento de necessidades de população em geral	75	39,5	110	57,9	5	2,6	190	100,0
Estudo de demanda da USF	79	41,6	108	56,8	3	1,6	190	100,0

Tabela 36 - Médicos das equipes de Saúde da Família segundo a realização de ações relacionadas ao diagnóstico epidemiológico. São Luís, 2007

AÇÕES DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO	SIM		NÃO		NÃO SE APLICA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inquérito epidemiológico em escolares	5	6,8	68	91,9	1	1,4	74	100,0
Inquérito epidemiológico na população em geral	13	17,6	60	81,1	1	1,4	74	100,0
Levantamento de necessidades de população em geral	21	28,4	52	70,3	1	1,4	74	100,0
Estudo de demanda da USF	25	33,8	48	64,9	1	1,4	74	100,0

Tabela 37 - Enfermeiros das equipes de Saúde da Família segundo a realização de ações relacionadas ao diagnóstico epidemiológico. São Luís, 2007

AÇÕES DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO	SIM		NÃO		NÃO SE APLICA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inquérito epidemiológico em escolares	15	18,3	67	81,7	-	-	82	100,0
Inquérito epidemiológico na população em geral	31	37,8	51	62,2	-	-	82	100,0
Levantamento de necessidades de população em geral	48	58,5	34	41,5	-	-	82	100,0
Estudo de demanda da USF	43	52,4	38	46,3	1	1,2	82	100,0

Tabela 38 - Cirurgiões-Dentistas das equipes de Saúde da Família segundo a realização de ações relacionadas ao diagnóstico epidemiológico. São Luís, 2007

AÇÕES DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO	SIM		NÃO		NÃO SE APLICA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inquérito epidemiológico em escolares	29	85,3	3	8,8	2	5,9	34	100,0
Inquérito epidemiológico na população em geral	3	8,8	28	82,4	3	8,8	34	100,0
Levantamento de necessidades de população em geral	6	17,6	24	70,6	4	11,8	34	100,0
Estudo de demanda da USF	11	32,4	22	64,7	1	2,9	34	100,0

Os resultados colocam em evidência que a implantação da Estratégia Saúde da Família no município de São Luís foi lenta nos primeiros sete anos o que leva-nos a inferir que houve uma falta de priorização da estratégia nesse período. Embora considerado eixo estruturante da Atenção Básica, esse processo veio se fortalecer em 2002 a partir do incentivo do Ministério da Saúde por meio do PROESF.

A distribuição das equipes de Saúde da Família nos Distritos Sanitários de São Luís foi ao encontro do fortalecimento do princípio da equidade, considerando que a maior cobertura populacional observada foi na zona rural (Vila Esperança), seguida dos distritos vizinhos (Tirirical e Cohab), decrescendo a cobertura à proporção que o DS se aproximava do distrito Centro que corresponde ao centro da cidade, onde há oferta maior de serviços de Atenção Básica, média e alta complexidade.

A maioria dos profissionais das equipes de Saúde da Família do município de São Luís está há mais de um ano na equipe, fato que pode favorecer o conhecimento da realidade local e o planejamento das ações. Outra característica que contribui para o fortalecimento do vínculo é a carga horária contratada de 40 horas, associado a este aspecto contribuem ainda, o expressivo número de profissionais que possuem pós-graduação na área da Atenção Básica.

Entretanto, o pouco conhecimento da população adscrita pela equipe é uma fragilidade, aspecto reforçado pela pouca propriedade com o mapa inteligente, que representa a fotografia momentânea da área de abrangência.

Pelos resultados evidencia-se que algumas responsabilidades são pouco desenvolvidas pela equipes de Saúde da Família e por alguns profissionais a exemplo dos

médicos, como: treinamento dos ACS; coleta de material para prevenção do câncer de colo; atividade educativa em grupo; investigação de internações hospitalares e óbitos. Os enfermeiros são os profissionais que mais realizam as responsabilidades das ações estabelecidas na Estratégia Saúde da Família.

Há uma referência comum à maioria das equipes de Saúde da Família de que o técnico de enfermagem é o mesmo da UBSF e pouco participa das atividades da equipe por estar muito envolvido com outras atividades, refletindo na inserção deste na equipe de Saúde da Família. A mesma situação foi observada com os profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família que atendem toda a demanda da UBSF, mesmo que não esteja cadastrada em sua equipe, respeitando o princípio da universalidade. Esta falta de planejamento pode prejudicar o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família, que deve estar estruturada em consonância como o princípio da territorialização.

Os resultados apontam para fragilidade no desenvolvimento de atividades educativas em grupo, de natureza promocional. O desenvolvimento destas atividades é importante para a consolidação do princípio da integralidade e concorre para fortalecer o vínculo entre a população e as equipes. Associado a este aspecto observa-se que as ações educativas no município de São Luís ainda não cobrem todas as áreas estratégicas da AB, observou-se que as ações desenvolvidas privilegiam os grupos de diabéticos e hipertensos.

No que se refere às ações de diagnóstico epidemiológico, elas aparecem ainda de modo incipiente, desta forma se faz necessário que estas ações sejam assumidas como responsabilidade de todos os profissionais, fortalecendo o trabalho em equipe, a fim de aproximarem-se mais das demandas da população.

6 CONCLUSÕES

A Estratégia Saúde da Família propõe a reorganização das práticas de trabalho, a partir de alguns princípios operacionalizados por ferramentas como: o diagnóstico da saúde da população adscrita; planejamento e programação local; acompanhamento e avaliação.

A implantação dessa Estratégia no município de São Luís ocorreu de forma gradativa, com alguns picos coincidentes com incentivos do Ministério da Saúde, porém observou-se um avanço da Estratégia Saúde da Família, no município, que vai à direção de consolidar os seus princípios.

O princípio da integralidade das ações na Atenção Básica apresenta avanços com o desenvolvimento de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Entretanto, desafios são evidenciados, principalmente nas ações desenvolvidas pelos médicos.

A universalidade do acesso, enquanto princípio, apresenta avanços no que se refere à distribuição geográfica das equipes de Saúde da Família, porém, há desafios a superar no que se refere a falta de apropriação da territorialização, pois as equipes de Saúde da Família atendem a toda a demanda que procura as UBSF, prejudicando este princípio, por conseguinte, o vínculo; a responsabilização entre as equipes e a população adscrita; as ações epidemiológicas e o planejamento das ações, permanecendo o enfoque tradicional da assistência. Outro aspecto de relevância é o fato de que a cobertura populacional pela ESF no município de São Luís é de apenas 35,8%.

A participação social é um dos princípios organizativos do SUS, traduzido no controle social, possibilita a sustentabilidade aos avanços na saúde. Dessa forma, caracteriza-se um desafio para a consolidação desse princípio o estímulo ao envolvimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família nos Conselhos locais e municipal.

Constata-se que o cuidado individualizado ainda persiste, com maior enfoque na doença, atendimento por meio da demanda espontânea, e pouca ênfase nas ações educativas, epidemiológicas e planejamento, apontando para a fragilidade do trabalho em equipe e da apropriação de um novo modelo de atenção a saúde.

Adotar monitoramento e avaliação sistemáticos das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família pode contribuir para consolidar a Estratégia Saúde da Família.

Entendemos que avanços foram realizados e desafios ainda estão postos e necessitam serem superados, portanto, ressalta-se a necessidade de realizar novas pesquisas aprofundando o estudo especialmente no que se refere às fragilidades da implantação da Estratégia Saúde da Família e considerando os limites do presente estudo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. **Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1996. p. 69-98.
- ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (Orgs.) **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2001.
- BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, jul./ago. 2005.
- BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Cadernos de informação de Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernod/cadernodmap.htm>>. Acesso em: 20. jan. 2008.
- BARBOSA, Débora Cristina Modesto. **Sistemas de informação: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na Atenção Básica de Ribeirão Preto/SP**. 2006. 111f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2006.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2007. (Coleção Progestores: para atender a gestão do SUS, 1).
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF: CONASS, 2006d.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família: 2001- 2002/Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: MS, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, DF, ano 4, n. 17, jul./ago. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000a. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/portaria1444.htm>. Acesso em: 14 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006b. Aprova a política de promoção de saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., **Anais...**, Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., **Anais...**, Brasília, DF, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde, 1996. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: MS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: MS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mais perto**: os programas e as formas de financiamento para os municípios. Brasília, DF: MS, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**. Brasília, DF: MS, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, ago. 2008a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, DF: MS, 2000b.

- BRASIL. Secretaria Executiva. Instrutivo dos indicadores para pactuação unificada: 2008. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/download/video_conferencia_pacto_24_04_08/6_Instrutivo_Indicadores_2008.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2008b.
- CAMPOS, F. E.; CHERCHIGLIA, M. L.; AGUIAR, R. A. T. Reflexões sobre a Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano 2, n. 5, maio 2002.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CARVALHO, A. I.; RIBEIRO, J. M. Modelos de Atenção à Saúde. In: _____; GOULART, F. A. A. **A gestão em saúde: Unidade II: Planejamento da Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- COIMBRA, Liberata Campos. **Avaliação do Programa Saúde da Família no Maranhão**. 2005. 210f. Tese (Doutorado em políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, 2005.
- CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2007.
- COTTA, R. M. N. et al. Aprehensión y conocimiento de las directrices Del Sistema único de Salud (SUS): um reto em la cosolidación de La política de salud brasileña. **Revista Agathos – Atención Sociosanitaria y Bienestar**, n. 3, p. 16-23, 2004.
- CUNHA, J. P. P. da.; CUNHA, R. E. da. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília, DF: MS, 2001. cap. 12. p. 285-304.
- DI LORENZO, R. A. V. **Caracterização da implantação das equipes de saúde da família no Estado de São Paulo: limites e possibilidades**. 271 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- SCOREL, S. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2002.
- SCOREL, S. **Saúde: uma questão nacional**. In Reforma Sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.
- SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.
- FINKELMAN, J. Relatório final. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EXPERIÊNCIA INOVADORAS EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA, 2., 2001. **Anais...** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2001.

FLEURY, S. T.; JAIME, A. A. O. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLEURY, S. T.; JAIME, A. A. O. Políticas e sistemas sociais em transformação na América Latina Socialista. **Revista Latino Americana de Política Social**, Buenos Aires, n. I, out. 1999.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de Trabalho e regulação das Profissões de Saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Orgs.). **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp, 2002. p. 221-56.

GOULART, F. A. A. **Experiências em Saúde da Família**: cada caso é um caso? 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

HABERMAS, J. A nova intransparência. **Novos Estudos**: Cebrap, n. 18, p. 103-114, set. 1987.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUSU: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia**: histó perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

HOFLING, E. de M. Estado e políticas públicas sociais. **Caderno CEBES**, n.55, nov. 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Acesso e utilização dos serviços de saúde: PNAD 1998**. Rio de Janeiro, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Maranhão**: São Luís. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 28 nov. 2007.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 4, p. 481-490, 1994.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**: instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MACHADO, L. M. Programa Saúde da Família no Distrito Federal: na voz dos seus atores. 257 f. 2002. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2002.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

- MATTOS, R. A. de. Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: IMS, 2003.
- MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção básica e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. p. 41-66.
- MÉDICI, A. C. Saúde e crise da modernidade: caminhos, fronteiras e horizontes. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 49-78, 1992.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In: HUCITEC; ABASCO (Orgs.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, 1993.
- MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. (Orgs.). **Estratégia Saúde da Família no Brasil**: 15 anos tecendo redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2008.
- NOBRE, R. N. L. L. **Saúde da Família**: uma utopia realizável. 1999. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 1999.
- OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência Social**. Petrópolis: Vozes, 1986.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília: OPAS, 2002.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro: Opas, 2001.
- ROCHA, D. M. L.; FERREIRA, R. C. B.; SILVA, S. M. F. da. **Programa de interiorização do trabalho em Saúde no Maranhão**: avanços e desafios. 2002. 69 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2002.
- RODRIGUES NETO, Eleutério. A Saúde na nova República: uma avaliação. **Saúde em Debate**, n. 2, jun. 1988.
- SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- SIGERIST, H. **Historia y Sociologia de la Medicina**: Selecciones. Bogotá: Gustavo Molina, 1974.
- SOUSA, M. F. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SOUSA, M. F. **Programa Saúde da Família**: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília, DF: Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007. (Série Tempos na Saúde Coletiva, 1).

SOUZA, H. M. de. **Análise das práticas assistenciais na Área de Saúde da Mulher nas equipes do Programa Saúde da Família**: um estudo de caso em um estado selecionado. 2002. 57 f. Dissertação (Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Programa de Gestão de Sistemas da Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002a.

SOUZA, H. M. de. Reforma da reforma. **Revista Brasileira de Saúde da Família**: novos horizontes, Brasília, DF, ano 2, n. 4, jan. 2002b.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1995. p. 193-227. (Pensamento social e saúde, 3).

TESTA, M. Atenção Primária (ou primitiva?). In: TESTA, M. (Org.). **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

UNGLERT, C. V. S. **Territorialização em sistemas de saúde**. In: MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

VILLAROSA, F. N. **A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário**: manual de instruções. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde: Organização Mundial de Saúde, 1993. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 12).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**. Geneve: WHO, 1978.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Tabelas de caracterização das equipes de Saúde da Família, infra-estrutura para o desenvolvimento de trabalho das equipes de Saúde da Família

Tabela 1 - Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a naturalidade. São Luís, 2007

NATURALIDADE	n	%
Maranhão	160	84,2
Outro estado	30	15,8
TOTAL	190	100,0

Tabela 2 - Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo o gênero. São Luís, 2007

GÊNERO	n	%
Masculino	39	20,5
Feminino	151	79,5
TOTAL	190	100,0

Tabela 3 - Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a zona de trabalho. São Luís, 2007

ZONA DE TRABALHO	n	%
Urbana	139	73,2
Rural	51	26,8
TOTAL	190	100,0

Tabela 4 - Profissionais entrevistados das equipes de Saúde da Família segundo a existência de área de abrangência definida para sua equipe. São Luís, 2007

EXISTÊNCIA DE ÁREA DE ABRANGÊNCIA	n	%
Sim	189	99,5
Não	1	0,5
TOTAL	190	100,0

Tabela 5 - Área física para desenvolvimento do trabalho das equipes de Saúde da Família. São Luís, 2007

ÁREA FÍSICA	n	%
Sim	40	100,0
Não	-	-
TOTAL	40	100,0

Tabela 6 - Consultório odontológico nas UBSF. São Luís, 2007

CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	n	%
Sim (não climatizado)	2	5,0
Sim (climatizado)	31	77,5
Não	7	17,5
TOTAL	40	100,0

Tabela 7 - UBSF com consultórios médicos e de enfermagem compatível com o número de equipes Saúde da Família. São Luís, 2007

UBSF COM Nº DE CONSULTÓRIO MÉDICO E DE ENFERMAGEM COMPATÍVEL COM O Nº DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	n	%
Sim	27	67,5
Não	13	32,5
TOTAL	40	100,0

Tabela 8 - Consultórios médicos climatizados por UBSF. São Luís, 2007

NÚMERO DE CONSULTÓRIOS CLIMATIZADOS	n	%
1	7	17,5
2	13	32,5
3	1	2,5
Nenhum	19	47,5
TOTAL	40	100,0

Tabela 9 - Consultórios de enfermagem climatizados por UBSF. São Luís, 2007

NÚMERO DE CONSULTÓRIOS CLIMATIZADOS	n	%
1	17	42,5
2	4	10,0
3	1	2,5
Nenhum	18	45,0
TOTAL	40	100,0

Tabela 10 - Sala de recepção ou espera nas UBSF. São Luís, 2007

SALA DE RECEPÇÃO OU ESPERA	n	%
Sim (não climatizada)	38	95,0
Sim (climatizada)	1	2,5
Não	1	2,5
TOTAL	40	100,0

Tabela 11 - Sala de vacina com geladeira exclusiva nas UBSF. São Luís, 2007

SALA DE VACINA COM GELADEIRA	n	%
Sim (não climatizada)	22	55,0
Sim (climatizada)	17	42,5
Não	1	2,5
TOTAL	40	100,0

Tabela 12 - Sala de procedimento nas UBSF. São Luís, 2007

SALA DE PROCEDIMENTO	n	%
Sim (não climatizada)	38	95,0
Sim (climatizada)	2	5,0
Não	-	-
TOTAL	40	100,0

Tabela 13 - Local para arquivo e registros nas UBSF. São Luís, 2007

LOCAL PARA ARQUIVO E REGISTROS	n	%
Sim (não climatizada)	40	100
Sim (climatizada)	-	-
Não	-	-
TOTAL	40	100,0

Tabela 14- Sanitários, masculino e feminino nas UBSF. São Luís, 2007

SANITÁRIO MASCULINO E FEMININO	n	%
Sim	40	100
Não	-	-
TOTAL	40	100,0

Tabela 15 - Sala de reunião nas UBSF. São Luís, 2007

SALA DE REUNIÃO	n	%
Sim (não climatizada)	12	30,0
Sim (climatizada)	5	12,5
Não	23	57,5
TOTAL	40	100,0

Tabela 16 - Equipamentos e insumos nas UBSF. São Luís, 2007

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	SIM		NÃO		SIM, MAS SEM CONDIÇÃO DE USO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Nebulizador	40	100,0	-	-	-	-	40
Balança de adulto	38	95,0	-	-	2	5,0	40	100,0
Balança infantil	40	100,0	-	-	-	-	40	100,0
Jarra (TRO)	24	60,0	16	40,0	-	-	40	100,0
Espéculo ginecológico	39	97,5	1	2,5	-	-	40	100,0
Estetoscópio	39	97,5	1	2,5	-	-	40	100,0
Estetoscópio de Pinard	37	92,5	3	7,5	-	-	40	100,0
Foco	39	97,5	-	-	1	2,5	40	100,0
Glicosímetro	40	100,0	-	-	-	-	40	100,0
Lanterna	22	55,0	17	42,5	1	2,5	40	100,0
Material para pequena Cirurgia	12	30,0	27	67,5	1	2,5	40	100,0
Material para retirada de pontos	40	100,0	-	-	-	-	40	100,0
Mesa ginecológica	40	100,0	-	-	-	-	40	100,0
Microcomputador	19	47,5	20	50,0	1	2,5	40	100,0
Impressora	17	42,5	21	52,5	2	5,0	40	100,0
Oftalmoscópio	1	2,5	38	95,0	1	2,5	40	100,0
Otoscópio	26	65,0	12	30,0	2	5,0	40	100,0
Sonar	38	95,0	-	-	2	5,0	40	100,0
Tensiômetro	38	95,0	1	2,5	1	2,5	40	100,0

Tabela 17 - Equipamentos de proteção individual e material de biosegurança nas UBSF. São Luís, 2007

EPI E MATERIAL DE BIOSEGURANÇA	SIM, MAS						TOTAL	
	SIM		INSUFICIENTE PARA O MÊS		NÃO			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Luvas de procedimento	9	22,5	29	72,5	2	5,0	40	100,0
Outros EPI's e materiais de biosegurança	19	47,5	17	42,5	4	10,0	40	100,0

Tabela 18 - Materiais de consumo nas UBSF. São Luís, 2007

MATERIAL DE CONSUMO	SIM, MAS						TOTAL	
	SIM		INSUFICIENTE PARA O MÊS		NÃO			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Agulhas descartáveis	36	90,0	4	10,0	-	-	40	100,0
Algodão	34	85,0	6	15,0	-	-	40	100,0
Esparadrapo	30	75,0	10	25,0	-	-	40	100,0
Fio de sutura	31	77,5	1	2,5	8	20,0	40	100,0
Gaze	28	70,0	11	27,5	1	2,5	40	100,0
Seringas descartáveis	38	95,0	2	5,0	-	-	40	100,0

Tabela 19 – Modelo de impresso nas UBSF. São Luís, 2007

MODELO DE IMPRESSO	SIM, MAS						TOTAL	
	SIM		INSUFICIENTE PARA O MÊS		NÃO			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Formulários e fichas de atendimento	15	37,5	24	60,0	1	2,5	40	100,0
Fichas de cadastro familiar, ficha A ou similar	22	55,0	16	40,0	2	5,0	40	100,0
Fichas do SIAB	36	90,0	4	10,0	-	-	40	100,0
Cartão da criança	34	85,0	6	15,0	-	-	40	100,0
Cartão da gestante	28	70,0	8	20,0	4	10,0	40	100,0
Bloco de receituário	11	27,5	27	67,5	2	5,0	40	100,0
Material educativo	27	67,5	13	32,5	-	-	40	100,0

Tabela 20 - Medicamentos nas UBSF. São Luís, 2007

MEDICAMENTOS	SIM		SIM, MAS INSUFICIENTE PARA O MÊS		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AAS 100 mg	20	50,0	20	50,0	-	-	40	100,0
AAS 500 mg	4	10,0	-	-	36	90,0	40	100,0
Ac. Bórico+ óxido de zinco + hidróxido de zinco pomada	32	80,0	4	10,0	4	10,0	40	100,0
Acido fólico 5 mg	12	30,0	19	47,5	9	22,5	40	100,0
Albendazol 400mg	25	62,5	9	22,5	6	15,0	40	100,0
Albendazol 40/ml	6	15,0	7	17,5	27	67,5	40	100,0
Amoxicilina 500 mg	2	5,0	15	37,5	23	57,5	40	100,0
Amoxicilina 250 mg	14	35,0	12	30,0	14	35,0	40	100,0
Aminofilina	2	5,0	-	-	38	95,0	40	100,0
Ampicilina 500 mg	-	-	5	12,5	35	87,5	40	100,0
Azitromiscina 500 mg	8	20,0	9	22,5	23	57,5	40	100,0
Metformina	34	85,0	4	10,0	2	5,0	40	100,0
Captopril 25mg	21	52,5	17	42,5	2	5,0	40	100,0
Carbamazepina	-	-	-	-	40	100,0	40	100,0
Cefalexina 500 mg	4	10,0	18	45,0	18	45,0	40	100,0
Cefalexina 250 mg	28	70,0	10	25,0	2	5,0	40	100,0
Cimetidina	3	7,5	9	22,5	28	70,0	40	100,0
Dexametazona 0,1 % pomada	25	62,5	13	32,5	2	5,0	40	100,0
Diclofenaco 50mg	31	77,5	9	22,5	-	-	40	100,0
Diclofenaco gotas	18	45,0	22	55,0	-	-	40	100,0
Dexclorfeniramina 0,4mg solução	25	62,5	5	12,5	10	25,0	40	100,0
Dexclorfeniramina 2 mg	10	25,0	1	2,5	29	72,5	40	100,0
Digoxina 0,25 mg	4	10,0	-	-	36	90,0	40	100,0
Enalapril 10 mg	14	35,0	13	32,5	13	32,5	40	100,0
Enalapril 20 mg	9	22,5	10	25,0	21	52,5	40	100,0
Eritromicina 500 mg	26	65,0	5	12,5	9	22,5	40	100,0
Eritromicina 250 mg	35	87,5	5	12,5	-	-	40	100,0
Estrogênio conjugado 0,625 mg	-	-	2	5,0	38	95,0	40	100,0

MEDICAMENTOS	SIM, MAS INSUFICIENTE PARA O MÊS							
	SIM		INSUFICIENTE		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fenobarbital 100 mg	1	2,5	-	-	39	97,5	40	100,0
Furosemida 40mg	34	85,0	4	10,0	2	5,0	40	100,0
Glibenclamida 5mg	34	85,0	6	15,0	-	-	40	100,0
Hidroclorotiazida	29	72,5	11	27,5	-	-	40	100,0
Hidrox. de alumínio e magnésio comprimido	2	5,0	1	2,5	37	92,5	40	100,0
Hidrox de alumínio e magnésio suspensão	34	85,0	4	10,0	2	5,0	40	100,0
Isossorbida40mg	3	7,5	-	-	37	92,5	40	100,0
Ivermectina	2	5,0	-	-	38	95,0	40	100,0
Mebendazol comprimido 100 mg	31	77,5	7	17,5	2	5,0	40	100,0
Mebendazol suspensão	26	65,0	10	25,0	4	10,0	40	100,0
Medroxiprogesterona5 mg	3	7,5	-	-	37	92,5	40	100,0
Metronidazol 500mg	9	22,5	8	20,0	23	57,5	40	100,0
Metronidazol suspensão	37	92,5	2	5,0	1	2,5	40	100,0
Metronidazol geléia vaginal	27	67,5	13	32,5	-	-	40	100,0
Miconazol loção	21	52,5	13	32,5	6	15,0	40	100,0
Monossulfiran loção	2	5,0	-	-	38	95,0	40	100,0
Neomicina + bacitracina pomada	31	77,5	9	22,5	-	-	40	100,0
Nistatina creme vaginal	28	70,0	12	30,0	-	-	40	100,0
Nistatina suspensão oral 100 UI	37	92,5	2	5,0	1	2,5	40	100,0
Paracetamol 10 mg solução oral	24	60,0	14	35,0	2	5,0	40	100,0
Paracetamol 500mg	5	12,5	15	37,5	20	50,0	40	100,0
Penicilina benzatina 1200.000 UI	38	95,0	1	2,5	1	2,5	40	100,0
Penicilina benzatina 600000 UI	39	97,5	-	-	1	2,5	40	100,0
Penicilina procaína 100000 + 300000 UI	38	95,0	-	-	2	5,0	40	100,0
Polivitaminas gotas	2	5,0	-	-	38	95,0	40	100,0
Polivitaminas xarope	28	70,0	12	30,0	-	-	40	100,0
Prednizona 20 mg	36	90,0	2	5,0	2	5,0	40	100,0
Prednizona 5mg	36	90,0	4	10,0	-	-	40	100,0

MEDICAMENTOS	SIM		SIM, MAS INSUFICIENTE PARA O MÊS		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Propranolol 40mg	38	95,0	2	5,0	-	-	40
Ranitidina 150 MG	3	7,5	6	15,0	31	77,5	40	100,0
Sais para rehidratação oral	40	100,0	-	-	-	-	40	100,0
Salbutamol 0,4 %xarope	34	85,0	5	12,5	1	2,5	40	100,0
Secnidazol 1g	16	40,0	4	10,0	20	50,0	40	100,0
Secnidazol suspensão oral	8	20,0	1	2,5	31	77,5	40	100,0
Sulfametoxazol + trimetropim 400 mais 80 mg	34	85,0	6	15,0	-	-	40	100,0
Sulfametoxazol + trimetropim suspensão	34	85,0	4	10,0	2	5,0	40	100,0
Sulfato ferroso 25 mg solução oral	31	77,5	7	17,5	2	5,0	40	100,0
Sulfato ferroso 40 mg comprimido	7	17,5	15	37,5	18	45,0	40	100,0
Estreptomicina 1 g	4	10,0	-	-	36	90,0	40	100,0
Etambutol líquido	2	5,0	-	-	38	95,0	40	100,0
Etambutol 400 mg	18	45,0	-	-	22	55,0	40	100,0
Etonamida	6	15,0	-	-	34	85,0	40	100,0
Isoniazida 100 mg	19	47,5	1	2,5	20	50,0	40	100,0
Isoniazida + rifampicina 250 mg	29	72,5	1	2,5	10	25,0	40	100,0
Isoniazida + rifampicina 500 mg	33	82,5	1	2,5	6	15,0	40	100,0
Pirazinamida 500 mg comprimido	35	87,5	1	2,5	4	10,0	40	100,0
Pirazinamida suspensão	7	17,5	1	2,5	32	80,0	40	100,0
Rifampicina 500 mg comprimido	11	27,5	1	2,5	28	70	40	100,0
Rifampicina frasco	6	15,0	1	2,5	33	82,5	40	100,0
Clofazimina 100 mg	2	5,0	2	5,0	36	90,0	40	100,0
Multibacilar adulto	12	30,0	3	7,5	25	62,5	40	100,0
Multibacilar infantil	24	60,0	1	2,5	15	37,5	40	100,0
Paucibacilar adulto	10	25,0	1	2,5	29	72,5	40	100,0
Paucibacilar infantil	24	60,0	1	2,5	15	37,5	40	100,0
Talidomida 100 mg	6	15,0	-	-	34	85,0	40	100,0

Tabela 21 - Dispensação dos medicamentos nas UBSF. São Luís, 2007

DISPENSÇÃO DOS MEDICAMENTOS	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
	40	100,0	-	-	40	100,0

Tabela 22 - Equipamentos odontológicos nas UBSF. São Luís, 2007

EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS	SIM		NÃO		SIM, MAS SEM CONDIÇÃO DE USO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Aparelho fotopolimerizador	26	65,0	12	30,0	2	5,0	40
Compressor	32	80,0	7	17,5	1	2,5	40	100,0
Cadeira odontológica	33	82,5	7	17,5	-	-	40	100,0
Equipo odontológico, alta rotação	30	75,0	8	20,0	2	5,0	40	100,0
Equipo odontológico, baixa rotação	29	72,5	8	20,0	3	7,5	40	100,0
Estufa ou autoclave	34	85,0	2	5,0	4	10,0	40	100,0
Mochô	32	82,5	7	17,5	1	2,5	40	100,0
Refletor	33	80,0	7	17,5	-	-	40	100,0
Unidade auxiliar	31	72,5	7	17,5	2	5,0	40	100,0

Tabela 23 - Instrumental odontológico para o atendimento diário nas UBSF. São Luís, 2007

INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO	SIM		SIM, MAS INSUFICIENTE		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Instrumental para exame clínico odontológico	25	62,5	7	17,5	8	20,0	40	100,0
Instrumental para dentística	29	72,5	2	5,0	9	22,5	40	100,0
Instrumental periodontal básico	24	60,0	3	7,5	13	32,5	40	100,0
Instrumental cirúrgico básico	26	65,0	5	12,5	9	22,5	40	100,0
Instrumental para urgências odontológicas	21	52,5	5	12,5	14	35,0	40	100,0

Tabela 24 - Material odontológico de consumo nas UBSF. São Luís, 2007

MATERIAL ODONTOLÓGICO DE CONSUMO	SIM		SIM, MAS INSUFICIENTE		NÃO		TOTAL	
	PARA O MÊS							
	n	%	n	%	n	%	n	%
	24	60,0	9	22,5	7	17,5	40	100,0

Tabela 25 - Veículo para deslocamento das equipes de Saúde da Família nas UBSF. São Luís, 2007

VEÍCULO	n	%
Sim, diariamente	-	-
Sim, conforme cronograma	40	100,0
Não		
TOTAL	40	100,0

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário (a) de uma pesquisa intitulada A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS: AVANÇOS E DESAFIOS, que pretende avaliar o processo de implantação e implementação do Programa Saúde da família no Município de São Luís de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Espera-se contribuir com uma descrição da implantação e funcionamento da ESF no município de São Luís identificando avanços e desafios apoiando processos de decisão para enfrentamento dos problemas, fortalecendo dessa forma o Programa Saúde da Família

Você foi selecionado por estar em efetivo exercício e estar cadastrado no SIAB na ESF de São Luís pois a pesquisa terá caráter censitário.

Local de coleta de dados: todas as Unidades Básicas de Saúde do Município de São Luís com Equipes de Saúde da Família.

Antes de responder ao questionário, é muito importante que compreenda todas as informações e instruções contidas neste documento. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados a que tenha direito nesta instituição.

Sua participação na pesquisa é de grande importância e consiste em responder um questionário fechado visando obter dados que possibilitem caracterizar a implantação e o funcionamento da ESF no município de São Luís.

A pesquisa não envolve risco, quer de ordem física moral ou psicológica. As informações serão confidenciais. Os sujeitos da pesquisa não terão despesas com a realização da investigação e não serão identificados mesmo quando da divulgação da mesma em qualquer formato. Você pode fazer qualquer pergunta que tiver vontade.

Pesquisador responsável: Lídia Saldanha Nicolau

Profissão: Médico

Endereço: Rua Itapecuru Q-8, C-16 São Marcos CEP-65077-470

e-mail: lidianicolau@elo.com.br Tel: (98) 32272635 ,91129912

Comitê de Ética em Pesquisa

Coordenador: Wildoberto Batista Gurgel

Endereço: Rua Barão de Itapary, 227, Centro 4º andar Tel: 32191223

São Luís-MA, _____ de _____

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome em letra de forma Assinatura do participante

APÊNDICE C - Consentimento da Coordenadora Municipal do Programa Saúde da Família do Município de São Luís

CONSENTIMENTO DA COORDENADORA MUNICIPAL DA ESTRTEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS

Eu, _____,
Coordenadora Municipal do Programa Saúde da Família, após ser esclarecida sobre a importância de participar da pesquisa, que avalia o processo de implementação da Estratégia Saúde da Família no Município de São Luís, autorizo a realização da referida pesquisa. Estou ciente de que os resultados serão tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar desta investigação, tenho a liberdade de retirar este consentimento.

_____, _____ de _____ de 2007

Assinatura

ANEXOS

ANEXO A - Questionário aplicado com os profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família

PESQUISA: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS:
AVANÇOS E DESAFIOS

Pesquisador responsável – Lídia Saldanha Nicolau

QUESTIONÁRIO

USF _____

QUESTIONÁRIO

USF _____

Número do questionário _____	NQUEST <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I – CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
1. Número da equipe _____	EQUIPE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Profissão (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Cirurgião-Dentista	PROFISSÃO <input type="checkbox"/>
3. Idade _____	IDADE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Naturalidade (1) Maranhão (2) Outro estado	NATURALIDADE <input type="checkbox"/>
5. Sexo (1) Masculino (2) Feminino	SEXO <input type="checkbox"/>
6. Tempo na equipe (1) menos de 1 mês (2) 1 a 3 meses (3) ↑3 meses a 6 meses (4) ↑6 meses a 1 ano (5) ↑1 ano a 1 ano e meio (6) ↑1 ano e meio a 2 anos (7) ↑2 anos a 3 anos (8) ↑ de 3 anos	TEMPO <input type="checkbox"/>
7. Carga horária contratada (1) 20 hs (2) 30 hs (3) 40 hs (4) outra	CHC <input type="checkbox"/>
8. Vínculo contratual (1) Estatutário (2) Contrato temporário (3) Cargo comissionado	VÍNCULO <input type="checkbox"/>
9. Titulação (1) Graduação (2) Especialização (3) Mestrado (4) Doutorado	TITULAÇÃO <input type="checkbox"/>
10. Titulação em: (1) Saúde da Família (2) Saúde Pública (3) Nos itens 1 e 2 (4) Outra na área da AB (5) Outra	TITULAÇÃOEM <input type="checkbox"/>
11. A equipe tem protocolo clínico escrito? (1) Sim (2) Não	PROTOCOLO <input type="checkbox"/>
12. Você utiliza as informações de SIAB para programar suas ações? (1) Sim (2) Não	INFORMASIAB <input type="checkbox"/>
13. Você participa de reuniões de planejamento/avaliação junto com os demais membros da equipe? (1) Sim (2) Não	PLANEJAMENTO <input type="checkbox"/>

14. Sua equipe é completa? (médico, enfermeiro, dentista, aux. de enf., ACS, ACD/THD) (1) Sim (2) Não	ESFCOMPLETA <input type="checkbox"/>
15. Zona de trabalho de sua equipe (1) Urbana (2) Rural (3) Em ambas	ZONA <input type="checkbox"/>
16. Existe área de abrangência definida para sua equipe? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	ÁREA <input type="checkbox"/>
17. Existe mapa da área de abrangência de sua equipe na unidade de saúde? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	MAPA <input type="checkbox"/>
18. Qual a população coberta por sua equipe? (1) Menos de 3.000 Pessoas (2) De 3.000 a 4.000 Pessoas (3) Mais de 4.000 Pessoas (4) Não Sabe	COBERTURA <input type="checkbox"/>
II – CARACTERIZAÇÃO DAS AÇÕES	
Quais destas ações você desenvolve?	
19. Visita domiciliar (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	VISITA <input type="checkbox"/>
20. Reunião com a comunidade (1) Sim (2) Não	REUNIÃO <input type="checkbox"/>
21. Reunião da equipe (1) Sim (2) Não	REUNEQUIPE <input type="checkbox"/>
22. Atividade educativa em grupo (1) Sim (2) Não	ATIVIDADEGRUPO <input type="checkbox"/>
23. Treinamento do auxiliar de enfermagem (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	TREINAUX <input type="checkbox"/>
24. Treinamento do ACS (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	TREINAACS <input type="checkbox"/>
25. Treinamento do ACD/THD (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	TREINAACD/THD <input type="checkbox"/>
26. Pré-natal (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	PRENATAL <input type="checkbox"/>
27. Prevenção do câncer de colo de útero (coleta de material) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	PREVENTIVO <input type="checkbox"/>
28. Planejamento familiar (oferta de métodos) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	METODO <input type="checkbox"/>
29. Tratamento de leucorréia (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	LEUCORRÉIA <input type="checkbox"/>
30. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento < 2 anos (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	CRESCIMENTO <input type="checkbox"/>
31. Assistência às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	ASSAIDPI <input type="checkbox"/>
32. TRO na unidade (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	TRO <input type="checkbox"/>

33. Vigilância nutricional (identificação dos casos) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	VIGILÂNCIA	<input type="checkbox"/>
34. Controle do diabetes (diagnóstico) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	DIAGDIABETES	<input type="checkbox"/>
35. Controle do diabetes (glicemia capilar) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	GLICEMIA	<input type="checkbox"/>
36. Controle do diabetes (tratamento) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	TRATADIABETES	<input type="checkbox"/>
37. Controle da hipertensão (diagnóstico) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	DIAGHA	<input type="checkbox"/>
38. Controle da hipertensão (tratamento) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	TRATAHA	<input type="checkbox"/>
39. Controle da hanseníase (diagnóstico) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	DIAGHANS	<input type="checkbox"/>
40. Controle da hanseníase (tratamento supervisionado) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	DOSESUPERVHANS	<input type="checkbox"/>
41. Controle da hanseníase (exame de contatos) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	CONTATOSHANS	<input type="checkbox"/>
42. Controle da tuberculose (diagnóstico) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	DIAGTB	<input type="checkbox"/>
43. Controle da tuberculose (tratamento) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	TRATATB	<input type="checkbox"/>
44. Controle da tuberculose (DOTS) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	DOTSTB	<input type="checkbox"/>
45. Controle da tuberculose (exame dos comunicantes) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	COMUNICATB	<input type="checkbox"/>
46. DST (diagnóstico) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	DIAGDST	<input type="checkbox"/>
47. DST (tratamento) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	TRATADST	<input type="checkbox"/>
48. Vigilância epidemiológica (notificação de DNC) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	DNC	<input type="checkbox"/>
49. Vigilância epidemiológica (investigação dos casos de DNC) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	INVESTIGADNC	<input type="checkbox"/>
50. Vigilância epidemiológica (ações de controle de casos e surtos) (1) Sim (2) Não (3) não se aplica	SURTOS	<input type="checkbox"/>
51. Investigação de óbitos (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	ÓBITOS	<input type="checkbox"/>
52. Investigação de internações hospitalares (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>
53. Acompanhamento em saúde mental (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	MENTAL	<input type="checkbox"/>
54. Você realiza atividades educativas continuadas em grupos de:? (considerar as realizadas nos últimos 60 dias)		

55. Gestantes (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	EDUCAGESTA	<input type="checkbox"/>
56. Menores de 2 anos para monitoramento de crescimento e desenvolvimento (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	EDUCACRIANÇA	<input type="checkbox"/>
57. Desnutridos (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	EDUCADESNUTRIDO	<input type="checkbox"/>
58. Escolares (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	EDUCAESCOLARES	<input type="checkbox"/>
59. Diabéticos (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	EDUCADIABÉTICOS	<input type="checkbox"/>
60. Hipertensos (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	EDUCAHIPERTENSO	<input type="checkbox"/>
61. Adolescentes (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	EDUCAADOLESCENTE	<input type="checkbox"/>
62. Planejamento familiar (1) Sim (2) Não (3) não se aplica	EDUCAFAMILIAR	<input type="checkbox"/>
63. Hanseníase (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	EDUCAHANS	<input type="checkbox"/>
64. Tuberculose (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	EDUCATB	<input type="checkbox"/>
Outras ações		
65. Inquérito epidemiológico em escolares (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	EPIDEMIOESC	<input type="checkbox"/>
66. Inquérito epidemiológico na população em geral (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	EPIDEMIOGERAL	<input type="checkbox"/>
67. Levantamento de necessidades da população em geral (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	LEVANTAMENTO	<input type="checkbox"/>
68. Estudo de demanda na UBS (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	ESTUDO	<input type="checkbox"/>
69. Você participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde/ Conselho Local de Saúde? (1) Sim (2) Não	REUNECMS	<input type="checkbox"/>

Fonte: Adaptado do Roteiro de observações – Equipe de Saúde Bucal e Equipe de Saúde da Família do Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no Brasil, em 2001, pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde – Departamento de Atenção Básica

ANEXO B – Questionário aplicado com os diretores ou administradores das UBSF

PESQUISA: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS:
AVANÇOS E DESAFIOS

Pesquisador responsável – Lídia Saldanha Nicolau
QUESTIONÁRIO

USF _____

III - INFRA-ESTRUTURA PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA		
70. Há alguma área física para execução do trabalho da equipe? (1) Sim (2) Não	IMÓVEL	<input type="checkbox"/>
71. Quantas equipes de Saúde da Família trabalham nesta UBS? (1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro	EQUIPESF	<input type="checkbox"/>
Quantificar a existência das seguintes dependências na unidade de saúde onde esta equipe atende com mais frequência		
72. Consultório médico: (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro	CONSMED	<input type="checkbox"/>
73. Quantos consultórios médicos são climatizados? (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro (5) Nenhum	CONSMEDCLIMAT	<input type="checkbox"/>
74. Consultório enfermagem (1) Um (2) Dois (3) três (4) Quatro	CONSENF	<input type="checkbox"/>
75. Quantos consultórios de enfermagem são climatizados? (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro (5) Nenhum	CONSENFCLIMAT	<input type="checkbox"/>
Assinalar a existência das seguintes dependências na unidade de saúde onde esta equipe atende com mais frequência		
76. Consultório odontológico (1) Sim (2) Sim, é climatizado (3) Não	CONSODONT	<input type="checkbox"/>
77. Sala de recepção ou espera (1) Sim (2) Sim, é climatizada (3) Não	RECEPÇÃO	<input type="checkbox"/>
78. Local para arquivo e registros (1) Sim (2) Sim, é climatizado (3) Não	ARQUIVO	<input type="checkbox"/>
79. Sala de procedimentos básicos (1) Sim (2) Sim, é climatizada (3) Não	PROCED	<input type="checkbox"/>
80. Sala de vacinas com geladeira (1) Sim (2) Sim, é climatizada (3) Não	VACINA	<input type="checkbox"/>
81. Sala de reunião: (1) Sim (2) Sim, é climatizada (3) Não	REUNIÃO	<input type="checkbox"/>
82. Sanitários: masculino e feminino (1) Sim (2) Não	SANITÁRIOS	<input type="checkbox"/>
83. A equipe tem veículo para deslocamento? (1) Sim, diariamente (2) Não (3) Sim, conforme cronograma	VEÍCULO	<input type="checkbox"/>
A equipe dispõe na unidade de saúde dos seguintes materiais e equipamentos para atendimento da população?		
84. Aparelho de aerossol, nebulizador (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	NEBULIZADOR	<input type="checkbox"/>
85. Balança de adulto (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	BALANÇAA	<input type="checkbox"/>

86. Balança infantil (1) Sim (2) Não (3) Sim,mas sem condição de uso	BALANÇAI	<input type="checkbox"/>
87. Jarra (TRO) (1) Sim (2) Não (3)Sim, mas sem condição de uso	JARRA	<input type="checkbox"/>
88. Espéculos ginecológicos (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	ESPÉCULO	<input type="checkbox"/>
89. Estetoscópio (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	ESTETOSCÓPIO	<input type="checkbox"/>
90. Estetoscópio de Pinard (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	PINARD	<input type="checkbox"/>
91. Foco (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	FOCO	<input type="checkbox"/>
92. Geladeira exclusiva para vacina (1) Sim (2) Não (3)Sim, mas sem condição de uso	GELADEIRA	<input type="checkbox"/>
93. Glicosímetro (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	GLICOSÍMETRO	<input type="checkbox"/>
94. Impressora (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	IMPRESSORA	<input type="checkbox"/>
95. Lanterna (1) Sim (2) Não (3)Sim, mas sem condição de uso	LANTERNA	<input type="checkbox"/>
96. Material para pequena cirurgia (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	PEQCIRURGIA	<input type="checkbox"/>
97. Material para retirada de pontos (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	RETPONTO	<input type="checkbox"/>
98. Mesa ginecológica (1) Sim (2) Não (3)Sim, mas sem condição de uso	MESAGINECO	<input type="checkbox"/>
99. Microcomputador (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	MICROCOMPUTADO R	<input type="checkbox"/>
100. Oftalmoscópio (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	OFTALMOSCÓPIO	<input type="checkbox"/>
101. Otoscópio (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	OTOSCÓPIO	<input type="checkbox"/>
102. Sonar (1) Sim (2) Não (3)Sim mas sem condição de uso	SONAR	<input type="checkbox"/>
103. Tensiômetro/ esfigmanômetro (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	TENSIÔMETRO	<input type="checkbox"/>
Quantificar os 4 itens abaixo:		
104. Estetoscópio (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro (5) Mais de quatro (6) Não se aplica	QESTETOSCÓPIO	<input type="checkbox"/>
105. Estetoscópio de Pinard (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro (5) Mais de quatro (6) Não se aplica	QESTETOSCÓPIO	<input type="checkbox"/>
106.Tensiômetro/esfigmanômetro (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro (5) Mais de quatro (6) Não se aplica	QTENSIÔMETRO	<input type="checkbox"/>
107. Lanterna (1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Mais de quatro (6) Não se aplica	QLANTERNA	<input type="checkbox"/>
108. Aparelho fotopolimerizador (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	FOTOPOLIMEREIZA DOR	<input type="checkbox"/>
109. Cadeira odontológica (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	CADEIRAODONTO	<input type="checkbox"/>

110. Compressor (1) Sim (2) Não (3) Sim,mas sem condição de uso	COMPRESSOR	<input type="checkbox"/>
111. Equipo odontológico (incluindo alta e baixa rotação) (1) Sim (2) Não (3)Sim mas sem condição de uso	EQUIPO	<input type="checkbox"/>
112. Estufa ou autoclave (1) Sim (2) Não (3)Sim, mas sem condição de uso	ESTUFA	<input type="checkbox"/>
113. Mocho (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	MOCHO	<input type="checkbox"/>
114. Foco (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	FOCO	<input type="checkbox"/>
115. Refletor (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	REFLETOR	<input type="checkbox"/>
116. Unidade auxiliar (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas sem condição de uso	UNIDADEAUX	<input type="checkbox"/>
117. Instrumental para exame clínico odontológico (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas insuficiente	INSTRUMENTALCLI	<input type="checkbox"/>
118. Instrumental para dentística (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas insuficiente	INSTRUMENTAL DENT	<input type="checkbox"/>
119. Instrumental periodontal básico (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas insuficiente	INSTRUMENTAL PERIOD	<input type="checkbox"/>
120. Instrumental cirúrgico básico (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas insuficiente	INSTRUMENTALCIR	<input type="checkbox"/>
121. Instrumental para urgências odontológicas (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas insuficiente	INSTRUMENTALURG	<input type="checkbox"/>
122. Equipamento de proteção individual e material de biosegurança (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	MATBIOSEG	<input type="checkbox"/>
123. Material odontológico de consumo (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	MATODONT	<input type="checkbox"/>
124. Material educativo para a população (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	MATEDUC	<input type="checkbox"/>
125. Formulários e fichas de atendimento (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	FICHAS	<input type="checkbox"/>
Os itens farmacêuticos listados abaixo foram verificados para dispensação à população atendida pela equipe?		
126. AAS 100mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	AAS100MG	<input type="checkbox"/>
127. AAS 500 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	AAS500MG	<input type="checkbox"/>
128. Ácido bórico + Hidroxido de zinco + óxido zinco pom. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ACBHOZINCO	<input type="checkbox"/>
129. Ácido Fólico 05 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ACFOLICO05MG	<input type="checkbox"/>
130. Albendazol 400 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ALBENDAZOL400MG	<input type="checkbox"/>
131. Albendazol oral 40 mg/ml (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ALBENDAZOL40MG	<input type="checkbox"/>
132. Amoxicilina caps 500 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	AMOXACILINA500 MG	<input type="checkbox"/>

133. Amoxicilina susp. 250 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	AMOXACILINASUSP.	<input type="checkbox"/>
134. Aminofilina compr. 100mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	AMINOIFILINA	<input type="checkbox"/>
135. Ampicilina compr. 500mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	AMPICILINA	<input type="checkbox"/>
136. Azitromicina compr. 500 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	AZITROMICINA500 MG	<input type="checkbox"/>
137. Cloridrato de Metformina compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	METFORMINA	<input type="checkbox"/>
138. Captopril compr. 25 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	CAPTOPRIL	<input type="checkbox"/>
139. Carbamazepina compr. 25 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	CARBAMAZEPINA	<input type="checkbox"/>
140. Cefalexina 500 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	CEFALEXINA500MG	<input type="checkbox"/>
141. Cefalexina susp. Oral 250mg/ml 500mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	CEFALEXINASUSP.	<input type="checkbox"/>
142. Cimetidina compr. 200mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	CIMETIDINA	<input type="checkbox"/>
143. Dexametasona 0,1% (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	DEXAMETASONA	<input type="checkbox"/>
144. Diclofenaco potássio compr. 50mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	DICLOFENACO	<input type="checkbox"/>
145. Dexclorfeniramina 0,4mg/ml sol.oral (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	DEXACLORFENIRAM	<input type="checkbox"/>
146. Dexclorfeniramina compr 2 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	DEXACLORFENIRA M2	<input type="checkbox"/>
147. Diclofenaco potássio gts. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	DICLOFENACOGTS	<input type="checkbox"/>
148. Digoxina compr. 0,25 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	DIGOXINA	<input type="checkbox"/>
149. Enalapril 10 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ENALARPIL10MG	<input type="checkbox"/>
150. Enalapril 20 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ENALAPRIL20MG	<input type="checkbox"/>
151. Eritromicina 500 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ERITROMICINA500MG	<input type="checkbox"/>
152. Eritromicina susp. 2,5% (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ERITROMICINASUSP	<input type="checkbox"/>
153. Estrogênio Conjugado 0.625 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ESTROGENIO	<input type="checkbox"/>
154. Fenobarbital 100mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	FENOBARBITAL	<input type="checkbox"/>
155. Furosemida 40mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	FUROSEMIDA	<input type="checkbox"/>
156. Glibenclamida 5 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	GLIBENCLAMIDA	<input type="checkbox"/>

158. Hidrox. De Alumínio e Magnésio compr. (1) Sim (2) Sim mas insuficiente para o mês (3) Não	HIDROXALMG	<input type="checkbox"/>
159. Hidróxido de Alumínio susp. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	HIDROXALMGSUSP	<input type="checkbox"/>
160. Insulina (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	INSULINA	<input type="checkbox"/>
161. Isossorbida 40 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ISOSSORBIDA	<input type="checkbox"/>
162. Ivermectina 6 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	IVERMECTINA	<input type="checkbox"/>
163. Mebendazol 100 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	MEBENDAZOL100MG	<input type="checkbox"/>
164. Mebendazol 2% susp. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	MEBENDAZOLSUSP	<input type="checkbox"/>
165. Medroxiprogesterona 5 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	MEDROXIPROGESTERO	<input type="checkbox"/>
166. Metronidazol 4% susp. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	METRONIDAZOLSU SP	<input type="checkbox"/>
167. Metronidazol 500 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	METRONIDAZOL500 MG	<input type="checkbox"/>
168. Metronidazol geléia vaginal (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	METRONIDAZOLGEL	<input type="checkbox"/>
169. Miconazol % loção (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	MICONAZOL	<input type="checkbox"/>
170. Metildopa 250 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	METILDOPA	<input type="checkbox"/>
171. Monossulfiram loção (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	MONOSSULFIRAM	<input type="checkbox"/>
172. Neomicina + bacitracina pomada (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	NEOMICINA	<input type="checkbox"/>
173. Nistatina creme vaginal (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	NISTATINACVAG	<input type="checkbox"/>
174. Nistatina susp. Oral 100 UI (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	NISTATINASUSP	<input type="checkbox"/>
175. Paracetamol 10 mg sol.oral (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PARACETAMOL10MG	<input type="checkbox"/>
176. Paracetamol 500 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PARACETAMOL500 MG	<input type="checkbox"/>
177. Penicilina Benzatina 1.200.000 UI fr-amp (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PENICILINAB1200000	<input type="checkbox"/>
178. Penicilina G. Benzatina 600.000 UI fr-amp. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PENICILINAG600000	<input type="checkbox"/>
179. Penicilina Proc. 100.000 + 300.000 UI fr-amp. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PENICILINAPROC	<input type="checkbox"/>
180. Polivitaminas gotas (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	POLIVITAMINASGO TAS	<input type="checkbox"/>
181. Polivitaminas xarope (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	POLIVITAMINASXA ROPE	<input type="checkbox"/>

182. Prednizona 20 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PREDNIZONA20MG	<input type="checkbox"/>
183. Prednizona 5 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PREDNIZONA5MG	<input type="checkbox"/>
184. Propranolol 40 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PROPRANOLOL	<input type="checkbox"/>
185. Ranitidina 150mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	RANITIDINA	<input type="checkbox"/>
186. Sais p/Reidratação oral (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	SAISREIDRATORAL	<input type="checkbox"/>
187. Salbutamol 0,04% xarope (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	SALBUTAMOL	<input type="checkbox"/>
188. Secnidazol 1g compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	SECNIDAZOL	<input type="checkbox"/>
189. Secnidazol susp. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	SECNIDAZOLSUSP	<input type="checkbox"/>
190. Sulfamet.+Trimet. 400+80 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	SULFATRIMETRO PIMCOMPR	<input type="checkbox"/>
191. Sulfamet.+Trimet. Susp. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	SULFATRIMETRO SUSP	<input type="checkbox"/>
192. Sulfato Ferroso 25 mg/ml sol.oral (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	SFERROSO25MG	<input type="checkbox"/>
193. Sulfato Ferroso 40 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	SFERROSO40MG	<input type="checkbox"/>
Programa Tuberculose		
194. Estreptomicina 1 g (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ESTREPTOMICINA	<input type="checkbox"/>
195. Etambutol – líquido (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ETAMBUTOL	<input type="checkbox"/>
196. Etambutol 400 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ETAMBUTOL400MG	<input type="checkbox"/>
197. Etonamida (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ETONAMIDA	<input type="checkbox"/>
198. Isoniazida + Rifampicina 250 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ISORIFAMPICINA250 MG	<input type="checkbox"/>
199. Isoniazida + Rifampicina 500 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ISORIFAMPICINA500 MG	<input type="checkbox"/>
200. Isoniazida 100 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ISONIAZIDA100MG	<input type="checkbox"/>
201. Pirazinamida 500 mg compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PIRAZINAMIDACOMP	<input type="checkbox"/>
202. Pirazinamida 500 mg fr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PIRAZINAMIDAFR	<input type="checkbox"/>
203. Rifampicina compr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	RIFAMPICINACOMPR	<input type="checkbox"/>
204. Rifampicina fr. (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	RIFAMPICINAFR	<input type="checkbox"/>

Programa Hanseníase		
205. Clofazimina 100 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	CLOFAZIMINA	<input type="checkbox"/>
206. Multibacilar adulto (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	MBADULTO	<input type="checkbox"/>
207. Multibacilar infantil (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	MBINFANTIL	<input type="checkbox"/>
208. Paucibacilar adulto (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PBADULTO	<input type="checkbox"/>
209. Paucibacilar infantil (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PBINFANTIL	<input type="checkbox"/>
210. Prednisona 20 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PREDNISONA20MG	<input type="checkbox"/>
211. Prednisona 5 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	PREDNISONA5MG	<input type="checkbox"/>
212. Talidomida 100 mg (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	TALIDOMIDA	<input type="checkbox"/>
213. Os medicamentos são dispensados no local de atendimento da equipes de Saúde da Família? (1) Sim (2) Não	DISPENSAÇÃO	<input type="checkbox"/>
214. Rotineiramente todas as vacinas do calendário básico do Programas Nacional de Imunização (PNI) são realizadas nesta unidade? (1) Sim (2) Não	PNI	<input type="checkbox"/>
215. Agulhas descartáveis (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	AGULHAS	<input type="checkbox"/>
216. Algodão (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ALGODÃO	<input type="checkbox"/>
217. Bloco de receituário (1) Suficiente (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	RECEITUÁRIO	<input type="checkbox"/>
218. Cartão da criança (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	CARTÃO C	<input type="checkbox"/>
219. Cartão da gestante (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	CARTÃO G	<input type="checkbox"/>
220. Esparadrapo (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	ESPARADRAPO	<input type="checkbox"/>
221. Fichas de cadastro familiar (ficha a ou similar) (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	FICHACADASTRO	<input type="checkbox"/>
222. Fichas do SIAB (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	FICHASIAB	<input type="checkbox"/>
223. Fio de sutura (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	FIO	<input type="checkbox"/>
224. Gaze (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	GAZE	<input type="checkbox"/>
225. Luvas para procedimentos (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	LUVAS	<input type="checkbox"/>
226. Seringas descartáveis (1) Sim (2) Sim, mas insuficiente para o mês (3) Não	SERINGAS	<input type="checkbox"/>

Fonte: Adaptado do Roteiro de observações – Equipe de Saúde Bucal e Equipe de Saúde da Família do Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no Brasil, em 2001, pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde – Departamento de Atenção Básica

ANEXO C - Documento da proposta de integração das ações de saúde mental na atenção básica



PREFEITURA DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE AÇÕES DE SAÚDE
Coordenação Geral do PACS/PSF

PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA (COM AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS).

Considerando a função dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS enquanto serviços substitutivos em saúde mental e a necessidade de ser estabelecido o diálogo com a rede assistencial incluindo aí a Atenção Básica e em especial as Equipes de Saúde da família, é que se propõe estratégias a serem utilizadas pelos profissionais nesse nível de atenção, com vistas ao acolhimento dos pacientes egressos (com alta) do CAPS do município de São Luís.

Podemos sintetizar essa articulação entre o CAPS e as Equipes de Saúde da Família, através das orientações e o seguinte fluxo:

1. Os pacientes com alta do CAPS serão encaminhados às Unidades Básicas localizadas em território próximo de sua residência, para a continuidade e acompanhamento de rotina pelas ESF.
2. Este encaminhamento inicial é formalizado através da ficha de referência e contra – referência, onde deverão estar registradas as informações significativas para o acompanhamento do paciente pela ESF. Ali deverá conter, em especial, a medicação prescrita para o paciente considerando o seu diagnóstico e história clínica. A referida ficha deverá compor o prontuário familiar integrante das áreas e micro – áreas dos territórios / populações adscritas às ESF.
3. A continuidade do acompanhamento é feito especificamente no que se refere á prescrição de medicamentos pelo médico, no entanto é um trabalho que exige o envolvimento de todos os componentes da Equipe, vez que o objetivo da reinserção social, exige ações múltiplas e integradas.
4. Caso se verifique uma intercorrência que necessite de uma nova avaliação pela Equipe de Saúde Mental, o médico deverá contra – referenciar ao CAPS, esclarecendo na ficha original, as evidências que justificaram o encaminhamento.
5. A medicação desse paciente embora não conste na Farmácia Básica, a partir de uma orientação da Equipe de Saúde Mental, será destinada especificamente aos pacientes em tratamento na UB de Saúde.

Obs: Os casos identificados pelas ESF, que requeiram assistência especializada na área de Saúde Mental, deverão, a partir de um contato prévio com o CAPS, terem os seguintes encaminhamentos:

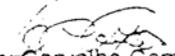
- a) para o CAPS aquelas situações que não se caracterizem de urgência;
- b) para o Hospital Nina Rodrigues aqueles que se configurem como surtos ou crises graves, que requeiram urgência.

Os contatos no CAPS serão com à Assistente Social Bernadete através dos seguintes telefones 3222-9858 e 9117-0416. O endereço do CAPS é:

Rua Raimundo Corrêa, 107 – Monte Castelo.

São Luís, 24/01/2005.


Évila Brito Ribeiro
Coordenadora Geral PACS / PSF


Lisieux Carvalho Campos
Coordenadora de Saúde Mental

ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES Nº	
--------------------------------------	--

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

**MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE
DA FAMÍLIA NO BRASIL - 2001**

**ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

1 - Situação do roteiro de observações 1 - <input type="checkbox"/> COMPLETO 2 - <input type="checkbox"/> INCOMPLETO 3 - <input type="checkbox"/> NÃO RESPONDIDO
2 - Motivos: 1 - <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE A EQUIPE/NÃO ESTÁ EM FUNCIONAMENTO 2 - <input type="checkbox"/> MÉDICO E ENFERMEIRO NÃO ENCONTRADOS, SEM MOTIVO RELATADO PELO ENTREVISTADOR 3 - <input type="checkbox"/> MÉDICO E ENFERMEIRO NÃO ENCONTRADOS - ESCALA DE TRABALHO SEM CUMPRIMENTO DAS 40 HORAS SEMANAIS 4 - <input type="checkbox"/> MÉDICO E ENFERMEIRO NÃO ENCONTRADOS - TRABALHO DE CAMPO OU NA ÁREA RURAL 5 - <input type="checkbox"/> MÉDICO E ENFERMEIRO NÃO ENCONTRADOS - FÉRIAS/FOLGA/FALTA/LICENÇA/TREINAMENTO 6 - <input type="checkbox"/> ENTREVISTADOR NÃO FOI AO MUNICÍPIO/LOCAL DE TRABALHO DA EQUIPE 7 - <input type="checkbox"/> EQUIPE SEM MÉDICO E/OU ENFERMEIRO 8 - <input type="checkbox"/> PROFISSIONAIS DESPREPARADOS PARA RESPONDER O ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES 9 - <input type="checkbox"/> PREENCHIMENTO INADEQUADO PELO ENTREVISTADOR 10 - <input type="checkbox"/> OUTROS _____

Entrevistador(a): _____
Data da Entrevista: ____ / ____ /2001

Parte 1 - Caracterização da ESF

1.1 - UF: MARANHÃO	
1.2 - Município:	
Nome da ESF:	
Endereço da unidade de saúde:	Código da unidade de saúde (SIA/SUS):
CEP:	Fone: ()
Componentes da ESF	
Médico: _____	
CRM/UF: _____	
Enfermeiro: _____	
COREN/UF: _____	

Parte 2 - Implantação da Equipe de Saúde da Família

2.1 - Esta ESF está em funcionamento há quanto tempo?	1 - <input type="checkbox"/> 5 ANOS OU MAIS 2 - <input type="checkbox"/> DE 3 A 4 ANOS E 11 MESES 3 - <input type="checkbox"/> DE 1 A 2 ANOS E 11 MESES 4 - <input type="checkbox"/> ENTRE 6 MESES E 1 ANO 5 - <input type="checkbox"/> ENTRE 3 E 6 MESES 6 - <input type="checkbox"/> MENOS DE 3 MESES
2.2 - A ESF atua em zona:	1 - <input type="checkbox"/> URBANA 2 - <input type="checkbox"/> RURAL 3 - <input type="checkbox"/> EM AMBAS
2.3 - População coberta por esta ESF:	1 - <input type="checkbox"/> MENOS DE 2.400 PESSOAS 2 - <input type="checkbox"/> DE 2.400 A 4.500 PESSOAS 3 - <input type="checkbox"/> MAIS DE 4.500 PESSOAS 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
2.4 - Existe área de abrangência definida para a equipe?	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO
2.5 - Existe mapa da área de abrangência da ESF na unidade de saúde?	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO

Parte 3 - Infra-estrutura da Unidade Básica de Saúde

3.1 - Há alguma área física para a execução do trabalho da ESF?	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO
3.2 - Quantas ESF existem na Unidade de Saúde acima citada?	
3.3 - Quantificar a existência das seguintes dependências na unidade de saúde onde esta equipe atende com mais frequência:	
a) SALA DE RECEPÇÃO OU ESPERA.....	
b) CONSULTÓRIO MÉDICO.....	
c) CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM.....	
d) SALA DE PROCEDIMENTOS BÁSICOS.....	
e) SALA DE VACINAS.....	
3.4 - A ESF dispõe, em sua unidade de saúde, dos seguintes materiais e equipamentos para atendimento da população?	
a) APARELHO DE AEROSSOL, NEBULIZADOR OU ESPAÇADOR	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
b) BALANÇA DE ADULTO	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
c) BALANÇA INFANTIL	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
d) ESPÉCULOS GINECOLÓGICOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
e) ESTETOSCÓPIO	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
f) ESTETOSCÓPIO DE PINARD	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
g) FOCO	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
h) GELADEIRA EXCLUSIVA PARA VACINA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
i) GLICOSÍMETRO	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
j) IMPRESSORA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
k) LANTERNA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
l) MATERIAL PARA PEQUENA CIRURGIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
m) MATERIAL PARA RETIRADA DE PONTOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
n) MESA GINECOLÓGICA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
o) MICROCOMPUTADOR	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
p) OFTALMOSCÓPIO	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
q) OTOSCÓPIO	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
r) SONAR	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
s) TENSÍOMETRO/ESFIGMOMANÔMETRO	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
t) TERMÔMETRO	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO

3.5 - Os itens farmacêuticos listados abaixo foram verificados para dispensação à população atendida pela ESF?			
a) AMOXACILINA CAPS 500 mg	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
b) BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
c) CAPTOPRIL COMP 25 mg	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
d) CARBAMAZEPINA COMP 200 mg	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
e) DIGOXINA COMP 0,25 mg	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
f) FENOBARBITAL COMP 100 mg	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
g) METRONIDAZOL COMP 250 mg	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
h) NISTATINA CREME VAGINAL	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
i) ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO COMP 100 mg	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
j) AMINOFILINA COMP 100 mg	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
k) AMPICILINA COMP 500 mg	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
l) CIMETIDINA COMP 200 mg	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
m) DEXAMETASONA POMADA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
n) DICLOFENACO POTÁSSICO COMP 50 mg	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
o) FUROSEMIDA COMP 40 mg	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
p) METRONIDAZOL GELÉIA VAGINAL	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
q) NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
3.6 - Os medicamentos são dispensados no local de atendimento da ESF?	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
3.7 - Rotineiramente todas vacinas do calendário básico de Programa Nacional de Imunização (PNI) são realizadas nesta unidade?	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
3.8 - Assinale a situação de abastecimento de materiais e insumos relacionados conforme as condições definidas a seguir de acordo com informação da equipe:			
a) AGULHAS DESCARTÁVEIS	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
b) ALGODÃO	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
c) BLOCO DE RECEITUÁRIO	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
d) CARTÃO DA CRIANÇA	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
e) CARTÃO DA GESTANTE	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
f) ESPARADRAPO	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
g) FICHAS DE CADASTRO FAMILIAR (FICHA A OU SIMILAR)	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
h) FICHAS DO SIAB OU DE SISTEMA SIMILAR	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
i) FIO DE SUTURA	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
j) GAZE	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
k) LUVAS PARA PROCEDIMENTOS	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
l) SERINGAS DESCARTÁVEIS	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
3.9 - A ESF tem veículo para o deslocamento para a realização das suas atividades?	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> NÃO É NECESSÁRIO
3.10 - A ESF recebeu o uniforme enviado pelo MS?	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
3.11 - A ESF estava usando o uniforme enviado pelo MS durante a entrevista?	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	

Parte 4 - Processo de trabalho das equipes

4.1 - Registre se as ações listadas abaixo são desenvolvidas pelos componentes da ESF		
4.1.1 - Médico		
a) ATENDIMENTO CLÍNICO EM CLÍNICA MÉDICA, PEDIATRIA E GINECO-OBSTETRÍCIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) VISITA DOMICILIAR	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) REUNIÃO COM A COMUNIDADE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) REUNIÃO DA EQUIPE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
e) ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
4.1.2 - Enfermeiro		
a) ATENDIMENTO CLÍNICO EM CLÍNICA MÉDICA, PEDIATRIA E GINECO-OBSTETRÍCIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) VISITA DOMICILIAR	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) REUNIÃO COM A COMUNIDADE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) REUNIÃO DA EQUIPE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
e) ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
f) TREINAMENTO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
g) TREINAMENTO DO ACS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
4.1.3 - Auxiliar de enfermagem		
a) VISITA DOMICILIAR	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) REUNIÃO COM A COMUNIDADE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) REUNIÃO DA EQUIPE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
4.1.4 - Agente Comunitário de Saúde		
a) VISITA DOMICILIAR	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) REUNIÃO COM A COMUNIDADE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) REUNIÃO DA EQUIPE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
4.2 - Assinale se a ESF realiza as seguintes ações:		
1. PRÉ-NATAL (CONSULTA MÉDICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
2. PRÉ-NATAL (CONSULTA DE ENFERMAGEM)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
3. PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO (COLETA DE MATERIAL)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
4. PLANEJAMENTO FAMILIAR (AÇÃO EDUCATIVA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
5. PLANEJAMENTO FAMILIAR (OFERTA DE MÉTODOS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
6. TRATAMENTO DE CORRIMENTO VAGINAL	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
7. ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO < 2 ANOS (CONSULTA MÉDICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
8. ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO < 2 ANOS (CONS. ENFERMAGEM)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
9. ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (CONSULTA MÉDICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
10. ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (CONS. ENFERMAGEM)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
11. ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (TRO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
12. VIGILÂNCIA NUTRICIONAL - PCCN (IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
13. VIGILÂNCIA NUTRICIONAL - PCCN (CONSULTA MÉDICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO

14. VIGILÂNCIA NUTRICIONAL - PCCN (SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
15. CONTROLE DO DIABETES (DIAGNÓSTICO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
16. CONTROLE DO DIABETES (GLICEMIA CAPILAR)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
17. CONTROLE DO DIABETES (TRATAMENTO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
18. CONTROLE DA HIPERTENSÃO (DIAGNÓSTICO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
19. CONTROLE DA HIPERTENSÃO (TRATAMENTO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
20. ELIMINAÇÃO DA HANSENIASE (DIAGNÓSTICO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
21. ELIMINAÇÃO DA HANSENIASE (TRATAMENTO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
22. ELIMINAÇÃO DA HANSENIASE (DISPENSÇÃO DE MEDICAMENTOS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
23. CONTROLE DA TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
24. CONTROLE DA TUBERCULOSE (TRATAMENTO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
25. CONTROLE DA TUBERCULOSE (TRATAMENTO SUPERVISIONADO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
26. CONTROLE DA TUBERCULOSE (DISPENSÇÃO DE MEDICAMENTOS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
27. DST (DIAGNÓSTICO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
28. DST (TRATAMENTO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
29. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NOTIFICAÇÃO DE DNC)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
30. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (INVESTIGAÇÃO DOS CASOS DE DNC)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
31. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (AÇÕES DE CONTROLE DE CASOS E SURTOS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
32. INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
33. INVESTIGAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
34. ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
4.3 – Em quais grupos populacionais a ESF realiza atividades educativas continuadas:		
a) GESTANTES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) MENORES DE 2 ANOS PARA MONITORAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) DESNUTRIDOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) ESCOLARES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
e) DIABÉTICOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
f) HIPERTENSOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
g) ADOLESCENTES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
h) IDOSOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
4.4 - A ESF utiliza prontuário?	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
4.5 - A ESF utiliza as informações contidas no SIAB para programar as suas ações?	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
4.6 - Algum membro da equipe participa das reuniões do Conselho Municipal/Comissão Local de Saúde regularmente?	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO

Parte 5 – Acesso aos serviços e procedimentos

5.1 - Assinale a disponibilidade na rede SUS de realização dos seguintes exames, como referência para as ESF, conforme as definições a seguir:				
a) PESQUISA DE BAAR	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
b) CITOPATOLOGIA DE COLO DE ÚTERO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
c) COLPOSCOPIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
d) DOSAGEM DE URÉIA, CREATININA E ÁCIDO ÚRICO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
e) ELETROCARDIOGRAFIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE

f) ELISA PARA HIV	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
g) GLICEMIA PLASMÁTICA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
h) HEMOGRAMA COMPLETO	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
i) RX SEM CONTRASTE	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
j) URINA (CULTURA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
k) URINA (SUMÁRIO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
l) TIPAGEM SANGUÍNEA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
m) ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
n) VDRL	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
5.2 - Assinale a disponibilidade de referência de serviços assegurada na rede SUS para o encaminhamento dos usuários atendidos pela ESF, conforme as definições a seguir:	
a) FISIOTERAPIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
b) SAÚDE MENTAL (CONSULTA PSQUIÁTRICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
c) INTERNAÇÃO HOSPITALAR NAS CLÍNICAS BÁSICAS	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
d) INTERNAÇÃO HOSPITALAR ESPECIALIZADA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
e) CARDIOLOGIA (CONSULTA MÉDICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
f) NEUROLOGIA (CONSULTA MÉDICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
g) OFTALMOLOGIA (CONSULTA MÉDICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
h) ORTOPEDIA (CONSULTA MÉDICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
i) SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
j) PRONTO SOCORRO (RISCO DE VIDA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE

Parte 6 – Recursos Humanos

6.1 - Registre a situação dos profissionais da ESF para as seguintes informações:

6.1.1 - Médico

a) QUANTIDADE	1 - <input type="checkbox"/> NENHUM HÁ MENOS DE 30 DIAS 2 - <input type="checkbox"/> NENHUM DE 30 A 60 DIAS 3 - <input type="checkbox"/> NENHUM HÁ MAIS DE 60 DIAS	4 - <input type="checkbox"/> UM 5 - <input type="checkbox"/> DOIS 6 - <input type="checkbox"/> TRÊS OU MAIS
b) CARGA HORÁRIA CONTRATADA	1 - <input type="checkbox"/> 20 HS 2 - <input type="checkbox"/> 30 HS 3 - <input type="checkbox"/> 40 HS 4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____	
c) CARGA HORÁRIA CUMPRIDA	1 - <input type="checkbox"/> 20 HS 2 - <input type="checkbox"/> 30 HS 3 - <input type="checkbox"/> 40 HS 4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____	
d) VÍNCULO CONTRATUAL	1 - <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO 2 - <input type="checkbox"/> CLT 3 - <input type="checkbox"/> CONTRATO TEMPORÁRIO 4 - <input type="checkbox"/> CARGO COMISSIONADO 5 - <input type="checkbox"/> BOLSA 6 - <input type="checkbox"/> PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS 7 - <input type="checkbox"/> COOPERADO 8 - <input type="checkbox"/> CONTRATO INFORMAL 9 - <input type="checkbox"/> OUTROS	
e) TEMPO NA EQUIPE	1 - <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 MÊS 2 - <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 MESES 3 - <input type="checkbox"/> DE 4 A 6 MESES 4 - <input type="checkbox"/> DE 7 MESES A 1 ANO 5 - <input type="checkbox"/> DE 1 ANO A 1 ANO E MEIO 6 - <input type="checkbox"/> DE 1 ANO E MEIO A 2 ANOS 7 - <input type="checkbox"/> DE 2 A 3 ANOS 8 - <input type="checkbox"/> HÁ MAIS DE 3 ANOS	

6.1.2 – Enfermeiro		
a) QUANTIDADE	1 - <input type="checkbox"/> NENHUM HÁ MENOS DE 30 DIAS 2 - <input type="checkbox"/> NENHUM DE 30 A 60 DIAS 3 - <input type="checkbox"/> NENHUM HÁ MAIS DE 60 DIAS	4 - <input type="checkbox"/> UM 5 - <input type="checkbox"/> DOIS 6 - <input type="checkbox"/> TRÊS OU MAIS
b) CARGA HORÁRIA CONTRATADA	1 - <input type="checkbox"/> 20 HS 2 - <input type="checkbox"/> 30 HS 3 - <input type="checkbox"/> 40 HS 4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____	
c) CARGA HORÁRIA CUMPRIDA	1 - <input type="checkbox"/> 20 HS 2 - <input type="checkbox"/> 30 HS 3 - <input type="checkbox"/> 40 HS 4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____	
d) VÍNCULO CONTRATUAL	1 - <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO 2 - <input type="checkbox"/> CLT 3 - <input type="checkbox"/> CONTRATO TEMPORÁRIO 4 - <input type="checkbox"/> CARGO COMISSONADO 5 - <input type="checkbox"/> BOLSA 6 - <input type="checkbox"/> PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS 7 - <input type="checkbox"/> COOPERADO 8 - <input type="checkbox"/> CONTRATO INFORMAL 9 - <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
e) TEMPO NA EQUIPE	1 - <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 MÊS 2 - <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 MESES 3 - <input type="checkbox"/> DE 4 A 6 MESES 4 - <input type="checkbox"/> DE 7 MESES A 1 ANO 5 - <input type="checkbox"/> DE 1 ANO A 1 ANO E MEIO 6 - <input type="checkbox"/> DE 1 ANO E MEIO A 2 ANOS 7 - <input type="checkbox"/> DE 2 A 3 ANOS 8 - <input type="checkbox"/> HÁ MAIS DE 3 ANOS	
6.1.3 - Auxiliar de Enfermagem		
a) QUANTIDADE	1 - <input type="checkbox"/> NENHUM HÁ MENOS DE 30 DIAS 2 - <input type="checkbox"/> NENHUM DE 30 A 60 DIAS 3 - <input type="checkbox"/> NENHUM HÁ MAIS DE 60 DIAS	4 - <input type="checkbox"/> UM 5 - <input type="checkbox"/> DOIS 6 - <input type="checkbox"/> TRÊS OU MAIS
b) CARGA HORÁRIA CONTRATADA	1 - <input type="checkbox"/> 20 HS 2 - <input type="checkbox"/> 30 HS 3 - <input type="checkbox"/> 40 HS 4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____	
c) CARGA HORÁRIA CUMPRIDA	1 - <input type="checkbox"/> 20 HS 2 - <input type="checkbox"/> 30 HS 3 - <input type="checkbox"/> 40 HS 4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____	
d) VÍNCULO CONTRATUAL	1 - <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO 2 - <input type="checkbox"/> CLT 3 - <input type="checkbox"/> CONTRATO TEMPORÁRIO 4 - <input type="checkbox"/> CARGO COMISSONADO 5 - <input type="checkbox"/> BOLSA 6 - <input type="checkbox"/> PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS 7 - <input type="checkbox"/> COOPERADO 8 - <input type="checkbox"/> CONTRATO INFORMAL 9 - <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
e) TEMPO NA EQUIPE	1 - <input type="checkbox"/> MENOS DE 1 MÊS 2 - <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 MESES 3 - <input type="checkbox"/> DE 4 A 6 MESES 4 - <input type="checkbox"/> DE 7 MESES A 1 ANO 5 - <input type="checkbox"/> DE 1 ANO A 1 ANO E MEIO 6 - <input type="checkbox"/> DE 1 ANO E MEIO A 2 ANOS 7 - <input type="checkbox"/> DE 2 A 3 ANOS 8 - <input type="checkbox"/> HÁ MAIS DE 3 ANOS	
6.1.4 - Agente Comunitário de Saúde:		
a) QUANTIDADE	1 - <input type="checkbox"/> NENHUM 2 - <input type="checkbox"/> MENOS DE QUATRO	3 - <input type="checkbox"/> QUATRO A SEIS 4 - <input type="checkbox"/> MAIS DE SEIS

b) CARGA HORÁRIA CONTRATADA	1 - <input type="checkbox"/> 20 HS	
	2 - <input type="checkbox"/> 30 HS	
	3 - <input type="checkbox"/> 40 HS	
	4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____	
c) CARGA HORÁRIA CUMPRIDA	1 - <input type="checkbox"/> 20 HS	
	2 - <input type="checkbox"/> 30 HS	
	3 - <input type="checkbox"/> 40 HS	
	4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____	
d) VÍNCULO CONTRATUAL	1 - <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO	
	2 - <input type="checkbox"/> CLT	
	3 - <input type="checkbox"/> CONTRATO TEMPORÁRIO	
	4 - <input type="checkbox"/> CARGO COMISSIONADO	
	5 - <input type="checkbox"/> BOLSA	
	6 - <input type="checkbox"/> PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	
	7 - <input type="checkbox"/> COOPERADO	
	8 - <input type="checkbox"/> CONTRATO INFORMAL	
	9 - <input type="checkbox"/> OUTROS	
6.2 - Marcar se os componentes da ESF foram submetidos a capacitações nas seguintes áreas:		
6.2.1 - Médico		
a) AIDPI	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) DIABETES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) HIPERTENSÃO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) DST/AIDS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
e) HANSENÍASE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
f) IMUNIZAÇÃO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
g) SAÚDE DA MULHER	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
h) TREINAMENTO INTRODUTÓRIO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
i) TREINAMENTO PARA O PREENCHIMENTO DO SIAB	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
j) TUBERCULOSE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
k) OUTROS _____	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
6.2.2 Enfermeiro		
a) AIDPI	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) DIABETES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) HIPERTENSÃO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) DST/AIDS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
e) HANSENÍASE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
f) IMUNIZAÇÃO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
g) SAÚDE DA MULHER	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
h) TREINAMENTO INTRODUTÓRIO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
i) TREINAMENTO PARA O PREENCHIMENTO DO SIAB	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
j) TUBERCULOSE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
k) OUTROS _____	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
6.2.3 Auxiliar de Enfermagem		
a) AIDPI	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) DIABETES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) HIPERTENSÃO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) DST/AIDS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
e) HANSENÍASE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
f) IMUNIZAÇÃO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
g) SAÚDE DA MULHER	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
h) TREINAMENTO INTRODUTÓRIO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO

i) TREINAMENTO PARA O PREENCHIMENTO DO SIAB	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
j) TUBERCULOSE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
k) OUTROS _____	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
6.2.4. Agente Comunitário de Saúde			
a) AIDPI	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
b) DIABETES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
c) HIPERTENSÃO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
d) DST/AIDS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
e) HANSENÍASE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
f) IMUNIZAÇÃO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
g) SAÚDE DA MULHER	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
h) TREINAMENTO INTRODUTÓRIO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
i) TREINAMENTO PARA O PREENCHIMENTO DO SIAB	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
j) TUBERCULOSE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
k) OUTROS _____	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
6.3 - A ESF teve acesso na unidade de saúde às seguintes publicações do MS?			
REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
INFORME DA ATENÇÃO BÁSICA - Nº 4 - TUBERCULOSE - DEZ/2000	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
INFORME DA ATENÇÃO BÁSICA - Nº 5 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - JAN/2001	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
INFORME DA ATENÇÃO BÁSICA - Nº 6 - DIABETES - FEV/2001	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
INFORME DA ATENÇÃO BÁSICA - Nº 7 - SAÚDE BUCAL - MAR/2001	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
MANUAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
MANUAL: O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA Nº7 - HIPERTENSÃO E DIABETES - 2001	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE

**ROTEIRO DE
OBSERVAÇÕES Nº**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA**

**MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE
DA FAMÍLIA NO BRASIL - 2001**

ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

<p>1 - Situação do roteiro de observações</p> <p>1 - <input type="checkbox"/> COMPLETO</p> <p>2 - <input type="checkbox"/> INCOMPLETO</p> <p>3 - <input type="checkbox"/> NÃO RESPONDIDO</p> <p>2 - Motivos:</p> <p>1 - <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE A EQUIPE/NÃO ESTÁ EM FUNCIONAMENTO</p> <p>2 - <input type="checkbox"/> ODONTÓLOGO NÃO ENCONTRADO - SEM MOTIVO RELATADO PELO ENTREVISTADOR</p> <p>3 - <input type="checkbox"/> ODONTÓLOGO NÃO ENCONTRADO - ESCALA DE TRABALHO SEM CUMPRIMENTO DAS 40 HORAS SEMANAIS</p> <p>4 - <input type="checkbox"/> ODONTÓLOGO NÃO ENCONTRADO - TRABALHO DE CAMPO OU NA ÁREA RURAL</p> <p>5 - <input type="checkbox"/> ODONTÓLOGO NÃO ENCONTRADO - FÉRIAS/FOLGA/FALTA/LICENÇA/TREINAMENTO</p> <p>6 - <input type="checkbox"/> ENTREVISTADOR NÃO FOI AO MUNICÍPIO/LOCAL DE TRABALHO DA EQUIPE</p> <p>7 - <input type="checkbox"/> EQUIPE SEM ODONTÓLOGO</p> <p>8 - <input type="checkbox"/> PROFISSIONAIS DESPREPARADOS PARA RESPONDER O ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES</p> <p>9 - <input type="checkbox"/> PREENCHIMENTO INADEQUADO PELO ENTREVISTADOR</p> <p>10 - <input type="checkbox"/> OUTROS _____</p>

<p>Entrevistador(a): _____</p> <p>Data da Entrevista: ____ / ____ / 2001</p>
--

Parte 1 - Caracterização da ESB

1.1 - UF: MARANHÃO	
1.2 - Município:	
Nome da ESB:	
1.3 - Modalidade de Habilitação: 1 - <input type="checkbox"/> 2 - <input type="checkbox"/>	Código da unidade de saúde:
Componentes da ESB:	
Dentista: _____	CRO/UF: _____
THD: _____	
ACD: _____	

Parte 2 - Implantação da Equipe de Saúde Bucal

2.1 - Esta ESF está em funcionamento há quanto tempo?	
1 - <input type="checkbox"/> MAIS DE 6 MESES	3 - <input type="checkbox"/> DE 1 A 3 MESES
2 - <input type="checkbox"/> DE 4 A 6 MESES	4 - <input type="checkbox"/> MENOS DE 30 DIAS
2.2 - A ESF atua em zona:	1 - <input type="checkbox"/> URBANA 2 - <input type="checkbox"/> RURAL 3 - <input type="checkbox"/> EM AMBAS
2.3 - A quantas ESF está ligada esta ESB?	1 - <input type="checkbox"/> UMA 2 - <input type="checkbox"/> DUAS 3 - <input type="checkbox"/> TRÊS OU MAIS
2.4 - Identificação das ESF:	
2.5 - População coberta por esta ESF:	1 - <input type="checkbox"/> MENOS DE 4.800 PESSOAS
	2 - <input type="checkbox"/> DE 4.800 A 6.900 PESSOAS
	3 - <input type="checkbox"/> MAIS DE 6.900 PESSOAS
	4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE INFORMAR
2.6 Existe área de abrangência definida para a equipe de saúde Bucal?	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO
2.7 - Existe mapa da área de abrangência disponível na unidade de saúde onde atende a equipe de saúde bucal?	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO

Parte 3 - Infra-estrutura da Unidade Básica de Saúde

3.1 - Qual o local onde está localizado o equipamento odontológico utilizado pela ESB?			
1 - <input type="checkbox"/> US	4 - <input type="checkbox"/> PRÉDIOS COMUNITÁRIOS		
2 - <input type="checkbox"/> CLÍNICA ODONTOLÓGICA SEPARADA DA USF	5 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO		
3 - <input type="checkbox"/> ESCOLA			
3.2 - Quantas ESB atendem no local citado acima?			
3.3 - O equipamento odontológico está localizado dentro da área de abrangência da ESB?			
1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE / IGNORADO			
3.4 - A ESB dispõe, em sua unidade de saúde, dos seguintes materiais e equipamentos para atendimento da população?			
a) APARELHO FOTOPOLIMERIZADOR	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
b) CADEIRA ODONTOLÓGICA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
c) COMPRESSOR	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
d) EQUIPO ODONTOLÓGICO (INCLUINDO ALTA E BAIXA ROTAÇÃO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
e) ESTUFA OU AUTOCLAVE	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
f) MOCHO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
g) REFLETOR	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
h) UNIDADE AUXILIAR	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
3.5 - A ESB dispõe do seguinte instrumental para atendimento da população?			
a) INSTRUMENTAL PARA EXAME CLÍNICO	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
b) INSTRUMENTAL PARA DENTÍSTICA	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
c) INSTRUMENTAL PERIODONTAL BÁSICO	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
d) INSTRUMENTAL CIRÚRGICO BÁSICO	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
e) INSTRUMENTAL PARA URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS (BÁSICO)	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE

3.6 – Assinale a situação de abastecimento de materiais e insumos relacionados conforme as condições definidas a seguir de acordo com informação da equipe:

a) EPI E MATERIAL DE BIOSEGURANÇA	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
b) MATERIAL ODONTOLÓGICO DE CONSUMO	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
c) MATERIAL EDUCATIVO PARA A POPULAÇÃO	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE
d) FORMULÁRIOS E FICHAS DE ATENDIMENTO	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE

Parte 4 - Processo de trabalho das equipes

4.1 - A ESB participa de reuniões de planejamento/avaliação junto com os demais membros da ESF?

- 1 - SIM
 2 - NÃO
 3 - NÃO HÁ REUNIÕES DE PLANEJAMENTO
 4 - SOMENTE QUANDO SÃO TRATADOS ASSUNTOS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL

4.2 - A ESB conta com formulários específicos para controle e avaliação das suas atividades? 1 - SIM 2 - NÃO

4.3 – As ferramentas listadas abaixo foram utilizadas pela ESB para conhecimento do perfil epidemiológico relativo à saúde bucal da população da sua área de abrangência?

a) INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO EM ESCOLARES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO NA POPULAÇÃO EM GERAL	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM INSTITUIÇÕES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DA POPULAÇÃO EM GERAL	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
e) ESTUDO DE DEMANDA NAS US	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO

4.4 – Assinale se a equipe utiliza as seguintes formas de acesso da população ao atendimento odontológico:

a) INSCRIÇÃO E LISTA DE ESPERA SEM CLASSIFICAÇÃO DE NECESSIDADES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) INSCRIÇÃO E LISTA DE ESPERA COM CLASSIFICAÇÃO DE NECESSIDADES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) FICHA NA US	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) DEMANDA PROGRAMADA PARA INSTITUIÇÕES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
e) DEMANDA PROGRAMADA PARA GRUPOS PRIORITÁRIOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
f) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
g) SÓ ATENDE ESCOLARES	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO

Parte 5 - Acesso aos serviços e procedimentos

5.1 - Assinale se estão disponíveis para encaminhamento de pacientes que necessitem de tratamento especializado atendidos pela ESB os seguintes serviços:

a) TRATAMENTO ENDODÔNTICO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
b) SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO (PRÓTESE)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
c) SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE PERIODONTIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
d) ORTODONTIA PREVENTIVA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
e) SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE

Parte 6 - Recursos Humanos

6.1 – Registre a situação dos profissionais da ESB para as seguintes informações:

6.1.1 - Cirurgião-dentista

a) QUANTIDADE 1 - NENHUM HÁ MENOS DE 30 DIAS 4 - UM
2 - NENHUM DE 30 A 60 DIAS 5 - DOIS
3 - NENHUM HÁ MAIS DE 60 DIAS 6 - TRÊS OU MAIS

b) CARGA HORÁRIA CONTRATADA 1 - 20 HS
2 - 30 HS
3 - 40 HS
4 - OUTRA _____

c) CARGA HORÁRIA CUMPRIDA 1 - 20 HS
2 - 30 HS
3 - 40 HS
4 - OUTRA _____

d) VÍNCULO CONTRATUAL 1 - ESTATUTÁRIO
2 - CLT
3 - CONTRATO TEMPORÁRIO
4 - CARGO COMISSONADO
5 - BOLSA
6 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
7 - COOPERADO
8 - CONTRATO INFORMAL
9 - OUTROS _____

e) TEMPO NA EQUIPE 1 - Mais de seis meses
2 - De 4 a 6 meses
3 - De 1 a 3 meses
4 - Menos de 30 dias

6.1.2 - Técnico de Higiene Dental (apenas para a modalidade 2)

a) QUANTIDADE 1 - NENHUM HÁ MENOS DE 30 DIAS 4 - UM
2 - NENHUM DE 30 A 60 DIAS 5 - DOIS
3 - NENHUM HÁ MAIS DE 60 DIAS 6 - TRÊS OU MAIS

b) CARGA HORÁRIA CONTRATADA 1 - 20 HS
2 - 30 HS
3 - 40 HS
4 - OUTRA _____

c) CARGA HORÁRIA CUMPRIDA 1 - 20 HS
2 - 30 HS
3 - 40 HS
4 - OUTRA _____

d) VÍNCULO CONTRATUAL 1 - ESTATUTÁRIO
2 - CLT
3 - CONTRATO TEMPORÁRIO
4 - CARGO COMISSONADO
5 - BOLSA
6 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
7 - COOPERADO
8 - CONTRATO INFORMAL
9 - OUTROS _____

e) TEMPO NA EQUIPE 1 - Mais de seis meses
2 - De 4 a 6 meses
3 - De 1 a 3 meses
4 - Menos de 30 dias

6.1.3 - Auxiliar de Consultório Dentário										
a) QUANTIDADE	<table border="0"> <tr> <td>1 - <input type="checkbox"/> NENHUM HÁ MENOS DE 30 DIAS</td> <td>4 - <input type="checkbox"/> UM</td> </tr> <tr> <td>2 - <input type="checkbox"/> NENHUM DE 30 A 60 DIAS</td> <td>5 - <input type="checkbox"/> DOIS</td> </tr> <tr> <td>3 - <input type="checkbox"/> NENHUM HÁ MAIS DE 60 DIAS</td> <td>6 - <input type="checkbox"/> TRÊS OU MAIS</td> </tr> </table>	1 - <input type="checkbox"/> NENHUM HÁ MENOS DE 30 DIAS	4 - <input type="checkbox"/> UM	2 - <input type="checkbox"/> NENHUM DE 30 A 60 DIAS	5 - <input type="checkbox"/> DOIS	3 - <input type="checkbox"/> NENHUM HÁ MAIS DE 60 DIAS	6 - <input type="checkbox"/> TRÊS OU MAIS			
1 - <input type="checkbox"/> NENHUM HÁ MENOS DE 30 DIAS	4 - <input type="checkbox"/> UM									
2 - <input type="checkbox"/> NENHUM DE 30 A 60 DIAS	5 - <input type="checkbox"/> DOIS									
3 - <input type="checkbox"/> NENHUM HÁ MAIS DE 60 DIAS	6 - <input type="checkbox"/> TRÊS OU MAIS									
b) CARGA HORÁRIA CONTRATADA	<table border="0"> <tr><td>1 - <input type="checkbox"/> 20 HS</td></tr> <tr><td>2 - <input type="checkbox"/> 30 HS</td></tr> <tr><td>3 - <input type="checkbox"/> 40 HS</td></tr> <tr><td>4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____</td></tr> </table>	1 - <input type="checkbox"/> 20 HS	2 - <input type="checkbox"/> 30 HS	3 - <input type="checkbox"/> 40 HS	4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____					
1 - <input type="checkbox"/> 20 HS										
2 - <input type="checkbox"/> 30 HS										
3 - <input type="checkbox"/> 40 HS										
4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____										
c) CARGA HORÁRIA CUMPRIDA	<table border="0"> <tr><td>1 - <input type="checkbox"/> 20 HS</td></tr> <tr><td>2 - <input type="checkbox"/> 30 HS</td></tr> <tr><td>3 - <input type="checkbox"/> 40 HS</td></tr> <tr><td>4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____</td></tr> </table>	1 - <input type="checkbox"/> 20 HS	2 - <input type="checkbox"/> 30 HS	3 - <input type="checkbox"/> 40 HS	4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____					
1 - <input type="checkbox"/> 20 HS										
2 - <input type="checkbox"/> 30 HS										
3 - <input type="checkbox"/> 40 HS										
4 - <input type="checkbox"/> OUTRA _____										
d) VÍNCULO CONTRATUAL	<table border="0"> <tr><td>1 - <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO</td></tr> <tr><td>2 - <input type="checkbox"/> CLT</td></tr> <tr><td>3 - <input type="checkbox"/> CONTRATO TEMPORÁRIO</td></tr> <tr><td>4 - <input type="checkbox"/> CARGO COMISSIONADO</td></tr> <tr><td>5 - <input type="checkbox"/> BOLSA</td></tr> <tr><td>6 - <input type="checkbox"/> PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</td></tr> <tr><td>7 - <input type="checkbox"/> COOPERADO</td></tr> <tr><td>8 - <input type="checkbox"/> CONTRATO INFORMAL</td></tr> <tr><td>9 - <input type="checkbox"/> OUTROS _____</td></tr> </table>	1 - <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO	2 - <input type="checkbox"/> CLT	3 - <input type="checkbox"/> CONTRATO TEMPORÁRIO	4 - <input type="checkbox"/> CARGO COMISSIONADO	5 - <input type="checkbox"/> BOLSA	6 - <input type="checkbox"/> PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	7 - <input type="checkbox"/> COOPERADO	8 - <input type="checkbox"/> CONTRATO INFORMAL	9 - <input type="checkbox"/> OUTROS _____
1 - <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO										
2 - <input type="checkbox"/> CLT										
3 - <input type="checkbox"/> CONTRATO TEMPORÁRIO										
4 - <input type="checkbox"/> CARGO COMISSIONADO										
5 - <input type="checkbox"/> BOLSA										
6 - <input type="checkbox"/> PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS										
7 - <input type="checkbox"/> COOPERADO										
8 - <input type="checkbox"/> CONTRATO INFORMAL										
9 - <input type="checkbox"/> OUTROS _____										
e) TEMPO NA EQUIPE	<table border="0"> <tr><td>1 - <input type="checkbox"/> Mais de seis meses</td></tr> <tr><td>2 - <input type="checkbox"/> De 4 a 6 meses</td></tr> <tr><td>3 - <input type="checkbox"/> De 1 a 3 meses</td></tr> <tr><td>4 - <input type="checkbox"/> Menos de 30 dias</td></tr> </table>	1 - <input type="checkbox"/> Mais de seis meses	2 - <input type="checkbox"/> De 4 a 6 meses	3 - <input type="checkbox"/> De 1 a 3 meses	4 - <input type="checkbox"/> Menos de 30 dias					
1 - <input type="checkbox"/> Mais de seis meses										
2 - <input type="checkbox"/> De 4 a 6 meses										
3 - <input type="checkbox"/> De 1 a 3 meses										
4 - <input type="checkbox"/> Menos de 30 dias										

Nicolau, Lídia Saldanha

A estratégia saúde da família no município de São Luís: avanços e desafios / Lídia Saldanha Nicolau. – Brasília, 2008.

134 f.: il.

Impresso por computador (fotocópia)

Orientadora: Diana Lúcia Moura Pinho

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2008.

1. Saúde família – Assistência – Maranhão 2. Saúde família – Atenção básica I. Título

CDU 614.2(812.1)