

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE
POLO DE SÃO LOURENÇO DO SUL**

DIEGO ELIAS RODRIGUES DOS SANTOS

**REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):
UMA ANÁLISE DO MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL**

PORTO ALEGRE

2015

DIEGO ELIAS RODRIGUES DOS SANTOS

**REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):
UMA ANÁLISE DO MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial ao curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração pública (PNAP)/UFRGS – Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Câmara
Tutor de Orientação a Distância: Juliane Winckler

PORTO ALEGRE

2015

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
2 CONTEXTO DO ESTUDO.....	11
2.1 A Atenção Básica e o [Re]Pensar o Modelo de Atenção em Saúde.....	11
2.2 Indicadores Básicos de Saúde.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo Geral.....	16
3.2 Objetivos Específicos.....	16
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICOS.....	17
5 A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE SÃO LOURENÇO DO SUL.....	18
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	23
CONCLUSÃO.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34
ANEXOS.....	36

RESUMO

Integrando as Redes de Saúde, a Atenção Básica é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), assim a gestão desse segmento tem como orientadora a Política Nacional de Atenção Básica. O tema do presente estudo foi a Rede de Atenção Básica no Município de São Lourenço do Sul, com o intuito de descrever o processo de mudança no modelo de atenção, considerando a ampliação da cobertura da rede para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município. O objetivo geral foi descrever o impacto da ampliação desta rede nos indicadores de saúde e os objetivos específicos foram descrever a capacidade instalada de serviços da Atenção Básica no Município, relatando os principais indicadores de saúde entre 2005 e 2014 e a relação entre a implementação desta política com desempenho dos principais indicadores de saúde. Utilizou-se como método a pesquisa documental descritiva, fazendo uso de dados secundários dos sistemas de informação em saúde. Como resultado constatou-se que a ampliação da rede está intimamente ligada na melhoria dos indicadores de saúde. Concluiu-se a ampliação da cobertura populacional de serviços desse segmento impactou favoravelmente na melhoria dos indicadores de saúde, possuindo serviços adequados para o porte do município. Com a evolução desses indicadores de saúde da população elucidou-se que o investimento nesse setor possibilitou a qualificação e consolidação da Atenção Básica como importante componente da rede de saúde.

Palavras Chaves: Atenção Primária a Saúde, Sistema Único de Saúde, Indicadores, Gestão em Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS-Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i-Centro de Atenção Psicossocial infantil

CAPS AD III- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

EACS - Estratégia Agentes Comunitários de Saúde

ESF- Estratégia de Saúde da Família

PIM - Programa Primeira Infância Melhor

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS-Unidade Básica de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SIOPS – Sistema de informação de orçamento público

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexual e Transgêneros

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 e 2 - Mapa da divisão dos distritos sanitários, na região Rural e Urbana.

INTRODUÇÃO

O tema do presente estudo foi a rede de Atenção Básica no município de São Lourenço do Sul, tendo como intuito analisar como a ampliação da cobertura da Rede fortaleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) no município, principalmente no que se refere à atenção primária em saúde, principal porta de entrada (acesso) dos usuários no SUS.

O município de São Lourenço do Sul está localizado na parte centro-sul oriental do Estado do Rio Grande do Sul, na Serra dos tapes. É integrante da "Microrregião da Lagoa dos Patos", faixa de terra que circunda a margem direita da Lagoa dos Patos possuindo área total de 2.031 km², correspondendo a aproximadamente 0,8% da superfície total do Estado. Em relação ao nível do mar, possui uma altitude média de 25 metros na área de várzea, junto a Laguna dos Patos, e de 150 metros em média na área da colônia fazendo divisa com os Municípios de Cristal, Turucu e Canguçu, tendo como principais vias de acesso a BR-116 e a RS-265 (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2014). E em relação a Porto Alegre, São Lourenço do Sul, fica a uma distância de aproximadamente 190 km e Pelotas a 60 km.

Na atividade econômica, destaca-se pela produção de laticínios, milho, feijão, soja, arroz, batata, cebola, fumo, aspargo, pimenta, alho e amendoim, assim como na criação de suínos e bovinos, comércio, couros e o turismo. São Lourenço do Sul conta também com uma importante quantidade de hotéis, porém, sua principal matriz produtiva é o plantio e cultivo do fumo (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2013).

Entre 2000 e 2010, a população de São Lourenço do Sul teve uma taxa média de crescimento anual de 0,13%. No Estado, estas taxas foram de 1,00% entre 2000 e 2010 e no país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 22,45%. A população total dos 41.206 habitantes (1991) saltou para 43.111 habitantes (2010), desses 21.623 são masculinos e 21.488 femininos. A população está dividida em duas zonas, sendo 24.237 habitantes da Zona Urbana e 18.874 habitantes da Zona Rural, (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2013).

No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 39,33, a proporção de jovens entre 15 e 17 anos com Ensino Fundamental completo cresceu 34,02% e a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 96,17%. Em 2010, 54,95% dos alunos entre 6 e 14 anos de São Lourenço do Sul estavam cursando o Ensino Fundamental regular na série correta para a idade. Nota-se que, em 2010,

2,43% das crianças de 6 a 14 anos não frequentavam a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 18,88%.

A renda per capita média de São Lourenço do Sul cresceu 90,80% passando de R\$ 374,16 em 1991 para R\$ 466,10 em 2000 e R\$713,88 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 24,57% no primeiro período e 53,16% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00 em agosto de 2010) passou de 9,27% em 1991 para 6,52% em 2000 e para 2,11% em 2010 (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2013).

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 71,71% em 2000 para 73,85% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 7,56% em 2000 para 3,82% em 2010. Em 2010, 50,24% dos adultos trabalhavam no setor agropecuário, 0,04% na indústria extrativa, 3,73% na indústria de transformação, 5,05% no setor de construção, 0,58% nos setores de utilidade pública, 10,70% no comércio e 25,89% no setor de serviços (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2013).

As ações de saúde em São Lourenço do Sul têm como eixo norteador o fortalecimento da Atenção Básica durante os anos de 2005 a 2013, ampliou-se de 5 para 10 equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo que sua implantação acarretou em uma nova abordagem para a prática profissional, no que se refere à mudança no modelo de atenção proposta pela transição de Unidade Básica de Saúde para Estratégia de Saúde da Família (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2013).

São Lourenço do Sul nesse período realizou ampliação da Atenção Básica como fator estruturante de seu sistema de saúde que em 2012, atingiu 74% da população com cobertura da Estratégia de Saúde da Família. A Rede de Atenção Psicossocial é referência em Saúde Mental, pelo seu pioneirismo, ao implantar o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Rio Grande do Sul (1988) e o evento anual Mental Tchê (desde 2005), considerado referência de encontro da Luta Antimanicomial, sendo um importante espaço de Educação Permanente em Saúde (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2013).

O Município possui uma Rede de Saúde Mental completa, representados pelos serviços especializados em Álcool e outras Drogas (CAPS AD III), Atenção Psicossocial na Infância (CAPS i), Equipe de Redução de Danos, Oficina de Geração de Renda e leitos em hospital geral (DATASUS, 2015).

A análise pretendida neste trabalho foi descrever a distribuição e a cobertura da Rede de Atenção Básica com o intuito de avaliar o funcionamento, o atendimento integral aos usuários, pensando o acesso e a equidade na assistência a saúde, conforme os princípios norteadores do SUS. Além de, como as ações desenvolvidas no Município resgatam a perspectiva do trabalho em equipe, da integralidade, da qualidade dos serviços.

As atuações dos serviços de saúde devem estar de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Ela caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que inclui a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012,).

O desenvolvimento das ações de saúde na Atenção Básica ocorre por meio de ações de cuidado e gestão democratizada e participativa no trabalho, nas comunidades e nos territórios definidos e centrados nas necessidades dos usuários. No arcabouço das ações de saúde são incluídas tecnologias leves de cuidado, que devem auxiliar no manejo das demandas, considerando critérios de risco e vulnerabilidade, assim como, entendimento que toda a necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2012).

Dessa forma, ao descrever a experiência de construção da Rede de Atenção Básica desse município, a presente pesquisa tem como questão norteadora: Qual a relação existente entre a implantação da Política Nacional de Atenção Básica e a melhoria dos indicadores de saúde da população de São Lourenço do Sul?

Pensando as necessidades dos gestores da Atenção Básica dos municípios, essa pesquisa pode oferecer a sistematização e a análise de dados, no sentido de subsidiar o processo de planejamento, avaliação e monitoramento das políticas de saúde, no âmbito da Atenção Primária, devido a necessidade desse segmento o qual precisa ser fomentado na esfera pública municipal, como marcador de qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Justifica-se o estudo desse tema, pois o planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde estão intimamente ligados à capacidade de compilação e interpretação de dados existentes. Os serviços que oferecem atenção à saúde precisam estar atentos aos princípios norteadores do SUS, como a universalidade, integralidade e equidade. O tema da ampliação da Atenção Básica contagiando gestores, trabalhadores e usuários da saúde e esses dados podem incentivar a adesão, implantação e manutenção dos programas e estratégias incentivadas e custeadas pelos governos estaduais e o Ministério da Saúde.

De modo a responder à questão de pesquisa formulada, o presente trabalho está organizado da seguinte forma: no capítulo 1 é feita uma revisão de literatura sobre a contribuição dos indicadores para a avaliação da atenção básica à saúde; no capítulo 2 são apresentados os objetivos de pesquisa; no capítulo 3 são descritos os procedimentos da pesquisa; no capítulo 4 os resultados de pesquisa, no capítulo 5 a descrição da Rede de Atenção Básica do Município, no capítulo 6 a análise dos dados e no último capítulo a conclusão.

2 CONTEXTO DO ESTUDO

2.1 A ATENÇÃO BÁSICA E O [RE] PENSAR O MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) avançou de forma substancial nos últimos anos, muito se deve à Atenção Básica ou atenção primária em saúde. O empenho das gestões das diferentes esferas (Municipal, Estadual e Federal), das instituições de ensino, trabalhadores e usuários, tem o entendimento que essa modalidade de atenção é fundamental para um bom andamento do sistema como um todo. Nos países que tem o sistema de saúde semelhante ao nosso (Canadá, Nova Zelândia e alguns países da Europa), a Atenção Básica está na pauta política prioritária dos programas de governo, fazendo um contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, o foco na especialidade e no modelo médico-centrada (BRASIL, 2007).

Os sistemas de saúde, as organizações de saúde e suas formas de interagir se mostram dependendo do tipo de enfoque do serviço. Ao longo do século XX se discutiu a organização de saúde, em torno de médico e hospitalar com a “dureza” das instituições totais hospitalares. Tal modelo justifica-se por surgir no início do Século V, na Idade Média, se multiplicando em torno de igrejas, mosteiros e conventos. Nesse período, o hospital funcionava pouco como estabelecimento sanitário e muito como estabelecimento religioso, assistencialista e de exclusão social (COELHO, 2008, p. 71).

Mesmo com o avanço entre os séculos XVIII e IX, quando ocorre o afastamento da igreja e aproximação do Estado, com doentes definidos como tal, corpo clínico e constante revisão da prática clínica. Esse período foi descrito por Foucault (2012), como “o nascimento da clínica uma intervenção direta entre médico e paciente considerando no seu cuidado sua singularidade”.

Pensando no modelo assistencial que considerou a questão socioeconômica como fator importante de saúde, o Século XIX retrocedeu. No entanto, as teorias científicas de Pasteur e Koch constroem alguns legados os quais darão início a criação dos laboratórios, parceiros dos hospitais até hoje (COELHO, 2008, p. 74).

Como ação pujante, foi à criação do então Programa de Saúde da Família em 1994, que no contexto nacional ocorreu mais acelerado e com muita aceitação nos Municípios pequenos e médios. A Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia de integração dos serviços e

perspectiva em saúde da população e suas necessidades em saúde. Em sua forma mais desenvolvida, a Atenção Básica consolidou-se como a porta de entrada do sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo (BRASIL, 2007).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) essa política:

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, 2006, p.10).

A Atenção Básica atua conforme os princípios do SUS, da Política Nacional de Humanização, considerando a subjetividade dos sujeitos e as necessidades das coletividades. Para o desenvolvimento das ações de Atenção Básica em âmbito Municipal, são necessárias práticas de cuidado e gestão participativas, com ênfase no trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, através de reuniões de equipe, reuniões com o controle social e gestão, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitação e de promoção da saúde; lidando com o contexto de vida; e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde (BRASIL, 2007).

Esse conceito construído é reforçado na PNAB, qual descreve:

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p.10).

Portanto a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, reforçando a inserção sociocultural e buscando produzir a atenção integral, que no contexto da Atenção Básica (AB) e da Estratégia Saúde Família (ESF), configura-se como um lugar privilegiado para a atenção às pessoas em situações de violência, devendo considerar a família como unidade de cuidado, uma ferramenta de aproximação e garantia de acesso ao serviço de saúde generalista próximo ao seu local de Residência (BRASIL, 2011).

O Sistema Único de Saúde apresentou uma inovação, a partir da Atenção Básica, à saúde. Ela foi criada para garantir um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, pensando a promoção, proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A cobertura de Equipes de Atenção Básica garante o acesso à população a saúde, a partir dos registros nos Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB) que elucidam a assistência às gestantes, crianças, idosos, mulheres e homens, nos seus mais diferentes ciclos vitais e uma gama de necessidade e complexidade, tais como: Pré-natal e Puerpério, Puericultura, cuidados com Doenças Crônicas Degenerativas, Coleta de Exame Citopatológico, acesso à Mamografia, entre outros.

É salutar citar que a responsabilidade de financiamento de recursos em saúde é descentralizada, cabendo responsabilidade de todos os entes federativos, a saber: 8% da União, 12% dos Estados e 15% dos Municípios. A política de Saúde, na envergadura da PNAB, só é possível, graças à conjugação de investimento desses três entes federativos, o que impacta diretamente na ampliação das equipes de saúde da família.

As transferências do SUS têm início em 1994, na prática, a publicação de centenas de portarias federais, entre elas as Normas Operacionais (NO) onde consolida o modelo chamado “Fundo a Fundo”, que é intimamente ligado aos serviços que são prestados (pré-produção), atrelados ao compromisso de informar o produzido através do sistema de produção (LIMA, 2007).

Ainda como analisador, também podemos ter e destacar que os Municípios são dependentes da União, devido à descentralização fiscal ocorrida, desde os meados da década de 80, sendo um cenário complexo, no qual as discrepantes formas de arrecadação e tributação, apontam para uma disparidade regional muito grande, em que o cenário para investimento no setor saúde se coloca inserido (LIMA (2011) *apud* GODINHO (2014, p. 38).

Em 25 anos (1980-2005), o número de estabelecimentos de saúde mais que triplicou. Em 1980, os estabelecimentos privados eram mais de 65% de todos os estabelecimentos de saúde, e, em 2005, os estabelecimentos públicos passam a representar 56,4%, reconhecendo-se que esse avanço é resultante, principalmente, à expansão da Atenção Básica. Uma das grandes responsáveis por tais mudanças é a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual significa a reorganização do SUS através da AB, o que favorece a maior aproximação da

população com os serviços, tanto pelo estabelecimento de vínculos, como pelo trabalho multiprofissional (JUNQUEIRA, et al, 2010).

Na implementação do SUS, devido a necessidade de rompimento com a lógica hegemônica e o modelo de saúde distorcido sobre o qual o Brasil estava sujeito, aliados a conjuntura nacional e internacional, desfavorável a consolidação de políticas sociais abrangentes e distributivas, surgindo um dilema com a democratização dos anos 80, que criou as condições para a constituinte de 88, e também motivando grande esperança nos movimentos populares em prol de mudanças profundas no sistema político. Algumas variáveis estruturais impuseram enormes desafios à consolidação do SUS, e muitas vezes, obscurecem os avanços alcançados pela reforma sanitária brasileira: a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído. Assim, mesmo com o cenário desfavorável dos anos 90, de centralização administrativa e financeira e ideário neoliberal, a gestão do Sistema Único de Saúde, apresentava a descentralização da gestão administrativa (LEVCOVTZ, LIMA E MACHADO, 2001, p. 67).

2.2 INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores de saúde são ferramentas importantes, as quais possibilitam aos gestores realizarem um sistema de gestão no âmbito do SUS, baseado no planejamento que viabilize e estructure espaços de diálogo e articulação (BERRETA, LACERDA E CALVO, 2011).

A disponibilidade de informação, apoiada em dados válidos e confiáveis, é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. Em saúde pública, é fundamental compreender o estado de saúde da população e a medida encontrada para análise foram os indicadores de saúde, com registro de mortalidade e sobrevivência (BRASIL, 2005).

Os principais indicadores da Atenção Básica são descritos no Pacto pela Saúde que descrevem indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o Termo de Compromisso de Gestão, conforme instituído na Portaria nº 699/GM (BRASIL, 2006).

Os Indicadores destinados à análise da situação de saúde se referem ao estado de saúde da população e aos fatores que a determinam, os classificando em: indicadores demográficos; indicadores socioeconômicos; indicadores de mortalidade; indicadores de morbidade e fatores de risco; indicadores de recursos e indicadores de cobertura. Os indicadores de saúde tem sido

um dos instrumentos para avaliação e monitoramento de serviços de saúde. Outro dado importante é o que se refere a análise de cobertura dos programas previstos no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, tais como: Estratégia de Saúde da Família, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde Bucal.

Na saúde da família, profissionais como médicos de família e comunidade quando são acionados em estágios iniciais dos sintomas (febre, dores de cabeça) possibilita que estes sintomas não evoluam para algo mais grave. Assim, as equipes de acolhimento, tem a capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas de uma prática baseada na pessoa (não na doença), na família e na comunidade, reforçando a importância de serviços com base comunitária (BRASIL, 2007).

Além dos programas principais do departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, é importante considerar outros “arranjos institucionais”, tais como, composições de apoio matricial e o programa Primeira Infância Melhor (Programa criado em 2003 no Rio Grande do Sul), que logo obteve adesão dos Municípios.

A disponibilidade de informações apoiadas em dados válidos é fundamental para análise séria da situação sanitária de saúde. Assim é possível realizar a tomada de decisões para programação de ações de saúde de gestores e trabalhadores de saúde. Inicialmente os dados mais importantes eram os de mortalidade e sobrevivência, com os avanços do controle de doenças infecciosas, e melhor compreensão do conceito ampliado de saúde, fortalecido pela Organização Mundial da Saúde, que diz que saúde é o mais completo bem estar biopsicossocial e não somente a ausência das doenças, considerando aspectos de acesso e condições de vida como determinantes das informações produzidas com tal finalidade (RIPSA, 2008).

Esses indicadores são manejados pelos trabalhadores da saúde que ao entenderem o conjunto da população registra e informa nos sistemas de informação oficial. O princípio sob o qual a Estratégia de Saúde da Família atua é na substituição de práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho. A Estratégia de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, trabalha com território de abrangência definido e equipe multiprofissional composta minimamente por um Médico Generalista ou Médico de Família, um Enfermeiro, um Auxiliar de Enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (FRANCO, MERHY, 1999).

3 OBJETIVOS

Os objetivos representam as intenções desta pesquisa e as possibilidades de resultados que podem ser alcançados com esse trabalho.

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a relação entre a implantação da Política Nacional de Atenção Básica e os resultados dos indicadores de saúde da população de São Lourenço do Sul.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a capacidade instalada de serviços da atenção básica no Município;
- Descrever os principais indicadores de saúde no período de 2005 a 2012, parametrizados pelas médias estadual e nacional;
- Relacionar a implementação da Política Nacional de Atenção Básica com o desempenho dos principais indicadores municipais de saúde.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para essa pesquisa foram utilizados dados secundários, cujas fontes são os sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), disponível no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/SUS) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); IBGE, relatório anual de gestão e planos municipais de saúde e projetos de intervenção, sendo os de bases numéricas, disponíveis a consulta pública e os documentos públicos disponíveis na Secretaria.

Para isso foram escolhidos indicadores de estrutura (número de Equipes de Saúde Bucal e de Estratégia de Saúde da Família implantadas). Indicadores de desempenho como: aleitamento materno exclusivo, consultas de pré-natal, prevalência de desnutrição, taxa de hospitalização por pneumonia e desidratação, indicadores de estado de saúde, tais como, número de nascidos vivos, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade materna.

Os dados tabulados apresentam a produção desses sistemas nos períodos de 2005 a 2012 dos estabelecimentos da Rede de Atenção Básica, considerando 2 (dois), exercícios de gestão executivos e os dados compilados pelo pacto de indicadores da atenção básica SISPACTO, considerando que esse período de análise também é o que está disponível para consulta pública no sítio do DATASUS. A gestão pública requer modernização, remetendo aos governantes e gestores a necessidade de aperfeiçoar os meios de coordenação e integração das ações de governo. No sentido de abandonar as formas carismáticas e autoritárias, dependentes da unidade e da hierarquia de comando, para alcançar a eficiência e a eficácia desejáveis, assim estando relacionada com o conjunto de recursos e a aplicação de atividades destinadas ao ato de gerir (COSTA E CUNHA, 2004, p. 46).

Como cuidado ético foi anexado termo de aceite institucional da Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul e como não envolve diretamente pesquisa com seres humanos, não necessitando passar pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

5 A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE SÃO LOURENÇO DO SUL

São Lourenço do Sul tem 130 anos, vivenciou ao longo de sua história vários momentos até a constituição do Sistema Único de Saúde. Anterior ao SUS, os serviços eram centralizados no Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais de Saúde, como ações de saneamento, o controle das epidemias e as especialidades tradicionais, como ginecologia, pediatria e clínica geral. Estas ficavam concentradas em Unidades de Saúde Centralizadas na Zona Urbana, o que hoje comparamos com os centros de especialidades.

Na década de 1970, parte considerável da assistência hospitalar fica a cargo da filantropia, na lógica das Santas Casas da época, com associação a sindicatos, comunidades de imigrantes e outros arranjos cooperativos. A partir dos anos 1980, a saúde brasileira passa a ser alterada pela reforma sanitária, mas com grandes problemas devido à compra de serviços do setor privado e da utilização excessiva do hospital para enfrentamento de problemas comuns. À época intensificaram-se questionamentos sobre o modelo de gastos com a assistência médica, o aumento da razão entre números de aposentados e contribuintes. Nesse momento, também ocorrem os objetos percussores do SUS, como a AIS e o SUDS (COELHO, 2008).

Nesse contexto, o modelo de atenção à saúde centrado no hospital é questionado. Em 1988 São Lourenço do Sul cria um dispositivo ambulatorial de saúde mental, considerado o 1º CAPS do Rio Grande do Sul. A criação desse dispositivo se deu, pois existem relatórios que mostravam os gastos que o município empregava a pessoas com sofrimento psíquico, quando estes se encontravam em “surto”, que consistia em transportar os mesmos em ambulâncias para o município vizinho, Pelotas, sobretudo, ou algum outro quando não haviam leitos disponíveis. Pelotas, município polo da região, contava com dois hospitais psiquiátricos, locais tradicionais de depósito de pessoas e que, portanto, apresentava grande número de reincidência de internações, o que geravam mais gastos para o Município, haja vista o baixo custo das internações para os mesmos (NUNES, 2005).

Ainda pensando o pioneirismo do Município, Cunha (2010), relata que, no Rio Grande do Sul, a história da saúde mental passa por São Lourenço do Sul, referência histórica em serviços, ao fundar o primeiro CAPS Gaúcho. A mudança do modelo de atenção em saúde, de base territorial, incorporou novas tecnologias e integração dos saberes visando reduzir a fragmentação do processo de trabalho e o afastamento das relações entre os diferentes

profissionais, ampliando assim a interação nas equipes e o preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção (COELHO, 2008).

Como elemento norteador na construção do Sistema de Saúde em São Lourenço do Sul, concomitante com o pioneirismo da atenção psicossocial é o desenvolvimento da Rede de Atenção Básica. A Atenção Básica está organizada no Município, através da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica Tradicional, Equipes de Saúde Bucal, Programa Primeira Infância Melhor e Núcleo de Atenção à Saúde da Família.

As Unidades Básicas de Saúde estão localizadas em sete (07) distritos na zona rural e seis (06) bairros na zona urbana, totalizando 13 Unidades Básicas de Saúde. A primeira unidade de saúde da família foi implantada em 2000, no território do Canta Galo, em 2012, a cobertura chegou a 74% da população. Abaixo segue quadro demonstrativo de números de pessoas e famílias na Zona Rural e Urbana de São Lourenço do Sul (São Lourenço do Sul, 2014).

	Unidades	Pessoas	Famílias
Zona Rural	Canta Galo	2300	740
	Santa Inês	2000	700
	Harmonia	2200	780
	Santa Tereza	2200	780
	Boqueirão	3400	1100
	Boa Vista	2650	880
	Zona Urbana	Santa Terezinha e Nova Esperança	3700
Barrinha	3200	1000	
	Navegantes I e II	4650	1550
	Lomba e Medianeira	4200	1400

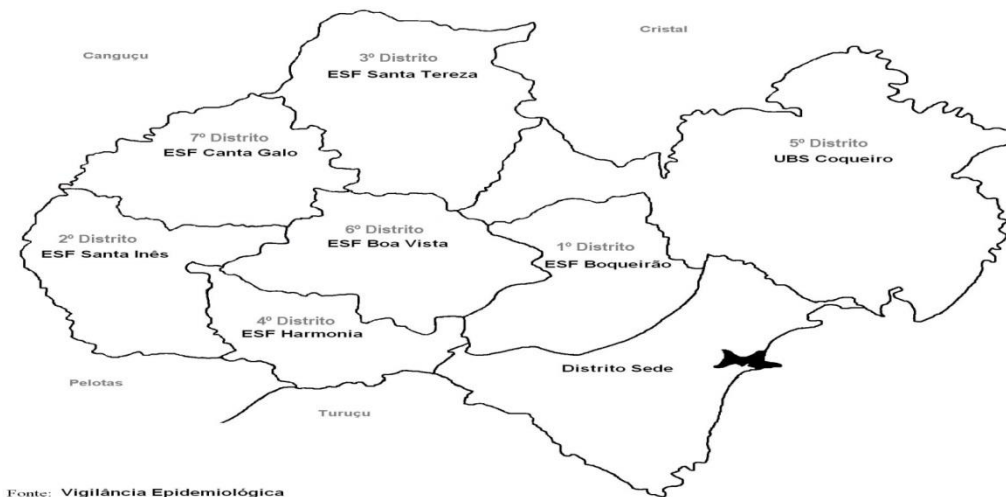
As Equipes são compostas por Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Odontologista, Auxiliares de consultório bucal e Agentes Comunitários de Saúde. Entre as ações destaca-se o atendimento às demandas de saúde da população como o fornecimento de medicamentos, curativos, grupos de Educação em Saúde, visitas domiciliares, ações de acolhimento, imunizações, atendimento individual nas áreas da

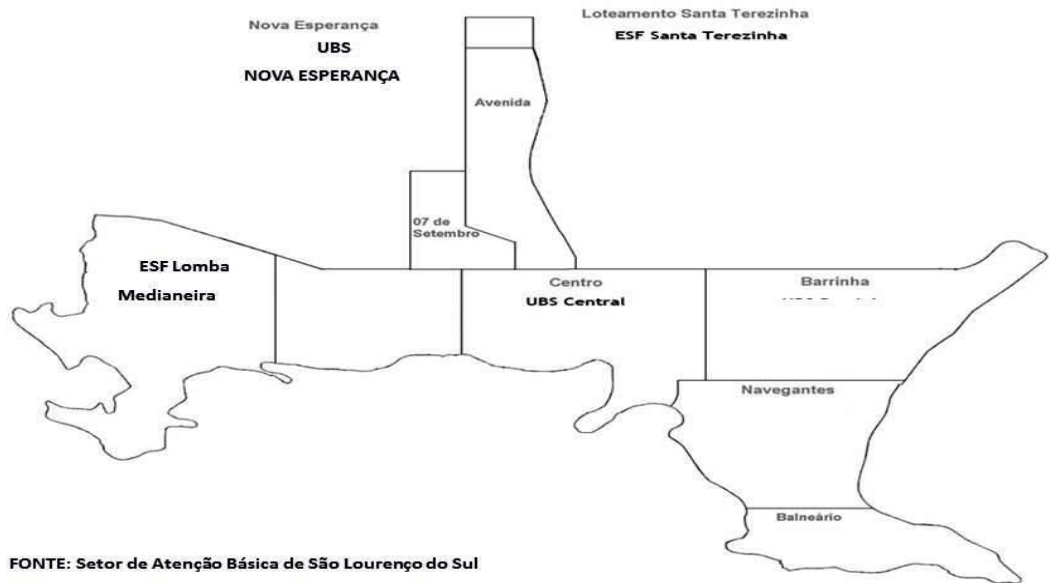
Medicina, Enfermagem e Odontologia, além de atendimentos nas áreas de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde da População Negra, LGBT, Saúde do Idoso e Saúde do Jovem e Adolescente.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, pensando o cuidado em todos os ciclos vitais. Ações de prevenção à Tuberculose e Hanseníase, Saúde Mental, as ações previstas na Rede Cegonha, prevenção e reabilitação de doenças crônico-degenerativas tais como, Hipertensão, Diabetes, Prevenção do Câncer de Mama e do Câncer de Colo do Útero. Também são realizadas ações de Educação Permanente, reuniões mensais com o conselho local de saúde em todas as unidades e atividades educativas nas escolas e comunidades.

A estruturação de equipes multiprofissionais, às quais se adscvem um dado número de usuários justifica-se em dois sentidos: o de quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais e responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos (CAMPOS, 1999 *apud* FRANCO e MERHY, 2003 p. 3).

Figura 1 e 2 - Mapas de divisão dos distritos sanitários, na região Rural e Urbana.





A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) é uma importante ferramenta na Atenção Básica em saúde. Todas as equipes de atenção básica podem possuir agentes comunitários de saúde, na saúde da família, tais trabalhadores desenvolvem atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade (COSTA, et al, 2013). No ano de 2010 o Município realizou processo seletivo com previsão de 70 vagas, para provimento das unidades básicas da região urbana, nos bairros Navegantes, Barrinha, Lomba e Unidade de Saúde Central (CUNHA, 2010).

Segundo o Plano Municipal de Saúde (São Lourenço do Sul, 2014) está previsto a realização de processo seletivo para oferecer cobertura nas microáreas, com o desejo de atingir 100% de cobertura.

Integrando as ações da Atenção Básica, temos o Programa Primeira Infância Melhor (PIM). Esse programa foi idealizado e é cofinanciado pela Secretaria Estadual de Saúde, através de uma política pública estadual (Lei nº 12. 544/06) para a promoção do desenvolvimento infantil. Consiste em um modelo de intervenção abrangente e sistemático de visitas domiciliares e atividades comunitárias realizadas semanalmente por Visitadores capacitados pelo Programa junto às famílias selecionadas, destina-se, prioritariamente, a famílias em situação de vulnerabilidade e risco social, onde há gestantes e crianças de até seis anos de idade. O objetivo do trabalho é orientar as famílias, a partir de sua cultura e

experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, desde a gestação até os seis anos de idade.

O desenvolvimento infantil é trabalhado a partir de indicadores que representam as atitudes esperadas para cada faixa etária, orientam o acompanhamento dos ganhos de desenvolvimento das crianças a partir de seu ingresso no Programa, com atividades voltadas para as quatro áreas de desenvolvimento sendo elas a linguagem, motora, socioafetiva e cognitiva. A equipe é composta por 13 visitadoras, uma monitora, uma coordenadora administrativa e uma coordenadora técnica. Além de compor a atenção básica, construiu um grupo de trabalho composto pelas áreas da: Assistência Social, Educação e Saúde.

Segundo o relatório do serviço municipal, desde a implantação foram atendidos: 425 Gestantes, 981 Crianças, 850 Famílias com uma média de atendimentos por ano de 15.600 atividades realizadas. Como meta, o Programa atingiu 100% de visitas de acompanhamento às gestantes internadas na Casa de Gestante da Santa Casa de São Lourenço do Sul, Nascidos Vivos de alto risco indicados pela Vigilância Epidemiológica municipal. Além disso, são atendidas crianças portadoras de necessidades especiais com acompanhamento especializado de centro de referência - APAE e ainda a ampliação à Zona Rural do município com ênfase nas áreas de abrangência nas quais se situam Comunidades Quilombolas (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2015).

Integrando as ações da atenção básica, o município possui uma composição de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo I, que é composta por sete (07) profissionais, das áreas de Educação Física, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social (DATASUS, 2015).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diversos núcleos profissionais ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas, agregando práticas, na atenção básica, que ampliem ações às equipes, para melhor atender os usuários. O trabalho do NASF possibilita uma retaguarda especializada para as equipes que são generalistas, utilizando duas dimensões básica, técnico assistencial e técnico pedagógico (BRASIL, 2014).

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Para contextualizar nossa apresentação dos dados, é importante apresentar o histórico de cobertura de equipes de atenção básica no município, no período de 2005 a 2012.

Esse modelo de avaliação proposto apresentado no gráfico 1 tem a finalidade de permitir a análise de aspectos estruturais, expressos pelo número equipes de saúde da família credenciada e implantada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Tabela 1: Número de equipes de atenção básica no município de São Lourenço do Sul, entre 2005 e 2012.

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Número de equipes de saúde da família	4	5	5	6	6	7	7	9

Fonte: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

Essa trajetória, embora tenha sido homogênea, teve períodos de inflexão, mais precisamente entre 2005-2007, 2008-2009 e 2010-2011, dando um salto em 2012, quando passou para nove (09) Equipes de Saúde da Família, refere também interesse da gestão municipal na ampliação e estruturação dessa modalidade de atenção.

O período de crescimento é intimamente ligado ao momento vivido na saúde brasileira, de fomento a ampliação do programa de estratégia de saúde da família. Com o lançamento da Política Nacional de Atenção Básica em 2006 em que no contexto da Atenção Básica (AB), a Estratégia Saúde Família (ESF) configura-se como lugar privilegiado para a atenção às pessoas em situações de violência, devendo considerar a família como unidade de cuidado, uma ferramenta de aproximação e garantia de acesso ao serviço de saúde generalista próximo ao seu local de residência.

A cobertura de equipes de atenção básica pode-se inferir que aumenta o acesso à população a saúde, a partir dos registros nos sistemas de informação da atenção básica, garante a assistência às gestantes, crianças, idosos, mulheres e homens, nos seus mais diferentes ciclos vitais e uma gama de necessidade e complexidade, tais como: pré-natal e puerpério, puericultura, cuidados a doenças crônicas degenerativas, coleta de exame citopatológico, acesso a mamografia, entre outros.

Salienta-se que o investimento em saúde é descentralizado, cabendo responsabilidade de todos os entes federativos, a saber: 8% da união, 12% dos estados e 15% dos municípios. No caso do município de São Lourenço do Sul, segundo os dados do SIOPS, para manutenção dos programas de saúde foi necessário investimento de 21,72 % do orçamento, no ano de 2014.

Tabela 2 - Cálculo das Despesas Próprias em Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Município de São Lourenço do Sul, Conforme LC 141/2012.

Itens	Cálculo das Despesas Próprias em Ações e Serv. Pub. de Saúde
Despesas com Recursos de Impostos e Transferências Const. e Legais (XVII)*	11.511.309,84
(-) RP's não processados inscritos em 2014 sem disponibilidade financeira (XVIII)	0,00
Disponibilidade Financeira em Saúde - em 2014	484.874,91
Restos a Pagar Não Processados Inscritos em Saúde - 2014	0,00
(-) Despesas Custeadas com Disponibilidade de Caixa Vinculada aos Restos a Pagar Cancelados (XIX)	0,00
(-) Despesas Custeadas com Recursos Vinculados à Parcela do Percentual Mínimo que não foi Aplicada em ASPs** em Exercícios Anteriores (XX)	0,00
(=) Despesas com Recursos Próprios (XXI = XVII - XVIII - XIX - XX)	11.511.309,84
% de Recursos Próprios aplicados em ASPs** Fonte (XXII = XXI / IV)	21,72
Despesa mínima a ser aplicada em ASPs (XXIII = IV x 15% LC 141)	7.949.610,99
Despesa mínima a ser aplicada em ASPs (XXIV= IV x % Lei Orgânica ou Constituições)	N/A
Despesa mínima a ser aplicada em ASPs (XXV)	7.949.610,99
Limite não cumprido (XXVI)	0,00

Fonte: SIOPS

Os programas de Saúde, na envergadura da PNAB, só é possível devido a conjugação de investimentos dos três entes federativos, impactando diretamente na ampliação das Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e outros programas de saúde, assim em 2004, quando se consolida o modelo chamado “Fundo a Fundo”, exigindo qualidade nos sistemas de informações com qualidade (LIMA, 2007).

Ainda como analisador, também podemos ter e destacar que os municípios são dependentes da união, devido a descentralização fiscal ocorrida, desde os meados da década de 80, sendo um cenário complexo, onde as discrepantes formas de arrecadação e tributação, apontam para uma disparidade regional muito grande, onde o cenário para investimento no setor saúde se coloca, (LIMA (2011) *apud* GODINHO (2014)).

Como elemento importante ao se pensar ampliação de serviços na rede de Atenção Básica é importante considerar também, a cobertura de EACS e equipes de Saúde Bucal descrito no gráfico 2.

Tabela 3: Número absoluto de agentes comunitários de saúde e Equipes de saúde bucal

Nº Absoluto	2005	2007	2009	2011	2012
Agentes Comunitários de Saúde	30	35	42	52	70
Equipes de Saúde Bucal	5	6	7	7	9

Fonte: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

No período de 2005 a 2011 houve variações na cobertura de Agentes Comunitários de Saúde e cobertura de Saúde Bucal, tendo um aumento em 2012, intimamente ligado ao momento que a cobertura de Equipes de Estratégia de Saúde da Família atingira 9 (nove) equipes do referido programa.

A organização da atenção básica vem sendo objeto de trabalho do Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica (DAB) que integra a Secretaria de Atenção à Saúde. As atribuições e competências do DAB são definidas pelo Decreto 7530/2011 que estabeleceu a estrutura regimental do Ministério da Saúde e pela Portaria 2488/2011 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica. Esse departamento tem o papel de elencar as prioridades de ação e rever periodicamente, de forma pactuada, com as entidades representantes dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Tais ações devem observar os princípios e diretrizes do SUS, com garantia de fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica, estabelecer as diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da saúde. Entre outras ações o Departamento também, normatiza e coordenada à implantação de políticas e programas estratégicos no âmbito do Ministério da Saúde, com maior destaque no território municipal a Estratégia Saúde da Família (que compõe a Política Nacional de Atenção Básica), o Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal); Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde; Programa

Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB); Programa Telessaúde Brasil Redes; Programa Saúde na Escola (PSE), (BRASIL, 2015).

Tabela 3: Proporção de cobertura municipal de Atenção Básica

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
% população coberta	31%	38%	30%	46%	48%	56%	48%	72 %

Fonte: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

Assim, os serviços de atenção básica têm uma boa capacidade instalada, contendo em suas equipes profissionais das áreas de: Medicina, enfermagem, Técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal e Agentes comunitários de saúde.

A cobertura populacional foi variável entre 2005 e 2008, quando teve uma ascendente, com exceção de 2011, ano de uma catástrofe natural no município (CUNHA, 2010), influenciaram diretamente no monitoramento dos dados de saúde Cunha (2011), em 2012 saltou para 70% de cobertura, construindo as bases para alcançar 100% de cobertura.

Pensando esses indicadores de cobertura e de programas implantados, faz-se importante traçar um paralelo com os indicadores de saúde, conforme os indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): Cobertura populacional, % de crianças com aleitamento materno exclusivo, % de consultas de pré-natal, desnutrição, taxa de hospitalização por pneumonia e taxa de hospitalização por desidratação.

Tabela 4- Indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica:

Ano	Cob. Pop.	% de crianças c/ esq. vacinal básico em dia	% de crianças c/aleit. materno exclusivo	% de cobertura de consultas de pré-natal	Prevalência de desnutrição	Taxa hospitalização por pneumonia	Taxa hospitalização por desidratação
2005	19.114	99,0%	73,9%	98,2%	0,8	20,0	10,0
2006	23.033	98,5%	73,2%	96,2%	0,5	31,5	6,0
2007	23.703	99,4%	74,4%	97,7%	0,6	6,7	1,5
2008	23.626	99,3%	74,6%	95,1%	1,4	11,8	3,1
2011	38.525	99,0%	71,0%	94,0%	0,7	12,9	2,9
2012	40.250	100,0%	81,0%	97,5%	0,5	12,7	2,4

Fonte: SIAB

Os dados do sistema de informação da atenção básica, demonstra que a medida que aumentou o número de serviços da atenção básica, concomitantemente observa-se uma melhora no que se refere a cobertura e acesso aos serviços de saúde.

Para Merhy (1998) a unidade de saúde, ao utilizar na sua prática diária, ações que tem como foco o usuário, necessariamente deve incorporar mais tecnologias leves como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

A cobertura populacional expressa a possibilidade de buscar a integralidade em nossa prática cotidiana, esse aumento de cobertura que vem expandindo-se com o sistema único brasileiro tem se focado na atenção básica. O conceito de “porta de entrada” ou “primeiro contato” no contexto da organização de sistemas de serviços de saúde em atenção primária, secundária e terciário-quaternária. A atenção primária, deve responder a cerca de 85% das necessidades de saúde dos usuários, é considerada a mais adequada porta de entrada ao sistema de saúde para a maioria das demandas. Os Serviços de emergência não se

caracterizam como um “nível” de atenção à saúde e a proporção de necessidades a que foram modeladas para responder (as emergências) é em menor número, no conjunto de necessidades das populações (BRASIL, 2007).

Os profissionais da atenção básica utilizam em sua prática recursos que os possibilitem a capacidade de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (COTTA et al, 2006).

Percebe-se que à medida que a população coberta aumenta os indicadores do SIAB, acompanha esse crescimento, mantendo índices aceitáveis no que se refere a adesão ao aleitamento materno e a adesão as consultas de pré-natal, configurando importante ações de promoção a saúde. Já no fator assistência à saúde nota-se uma mudança importante em duas questões: taxa de hospitalização por pneumonia e desidratação. A cobertura de serviços de base territorial possibilitou que a taxa de internação em crianças por pneumonia 20,0, passasse a 12,0, e a taxa de hospitalização por desidratação foi de 10 para 2,4 entre 2005 e 2012.

Tabela 5 - Indicadores do Pacto pela Saúde de 2007-2011

Método do Cálculo	Ano	2007	2008	2009	2010	2011
%	Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	36,36	38,19	45,78	56,48	56,87
	Proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal	62,50	66,97	69,53	72,63	68,23
	Taxa de Internações por diabetes mellitus e suas complicações	16,17	17,51	13,94	8,45	10,15
	Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)	9,48	8,17	9,29	3,95	7,89
	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade	2,26	3,33	2,64	2,77	1,75
	Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela Atenção Básica	69,31	73,29	87,67	52,36	49,37
	Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família	30,16	47,64	47,61	48,02	48,02

Fonte: DATASUS

A proporção da população cadastrada pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família saltou de 36,36, para 56,87 entre os anos de 2007 e 2011. Nesses dados de pactuação, não ocorre impactos e variações, visto que o número de estratégias nesse período, assim, justificando o aumento de mais duas equipes de saúde da família em 2012.

Tabela 6 – Indicadores de estado de saúde – Conforme Pacto pela Saúde

Indicador	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nascidos Vivos	621	604	572	516	543	548	530	518
Coefficiente de mortalidade infantil	9	9	10	2	6	6	4	9
Mortalidade Materna	0	0	0	0	0	0	0	0
Casos de Sífilis congênita	0	0	0	0	0	0	0	0
Óbitos de crianças residentes menores de 28 dias	0	0	10	1	5	3	3	8

Fonte: DATASUS

Os indicadores demonstram resultados em números absolutos. O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) tem sido, ao longo do tempo, utilizado como um bom indicador das condições de vida da população. É simples de ser calculado e reflete o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população: os menores de um ano (Duarte, 2007). Nesse caso, medido pelo número absoluto por se tratar de município de menos de 50 mil habitantes. Valores altos refletem, em geral, níveis precários de saúde, condições de vida e desenvolvimento socioeconômico, e até mesmo marcador da capacidade de acesso aos serviços de saúde.

Segundo dados oficiais, entre 1990 e 2000, a mortalidade infantil estimada com base nos censos demográficos e na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios apresentou uma queda de 31%. Esta notícia causou certa perplexidade entre os estudiosos. O desempenho do indicador pareceu surpreendente diante do contexto observado na década de deterioração dos níveis de crescimento econômico, de renda e de trabalho e do aumento da taxa de desemprego (DUARTE, 2007, p. 2).

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou o entendimento sobre os seguintes objetivos específicos: Descrever a capacidade instalada constatou-se que a atenção básica está organizada no município, através da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica Tradicional, Equipes de Saúde Bucal, Programa Primeira Infância Melhor e Núcleo de Atenção à Saúde da Família. Embora sendo uma análise de oito (08) anos, é possível visualizar a evolução de um sistema de saúde, durante um período de duas gestões municipais. O Município com grande área geográfica assumiu o desafio de fortalecer a atenção básica, como elemento que possibilita acesso e atendimento de saúde próximo ao território aonde as pessoas vivem, cumprindo uma das vocações da Estratégia de Saúde da Família, que é levar assistência à saúde a áreas distantes dos grandes centros urbanos.

A descrição dos serviços de saúde da atenção básica e conseqüentemente o aumento da cobertura populacional por esses serviços, demonstra um comprometimento com a garantia de acesso a saúde da população e a possibilidade de fomentar a construção em outros locais. Assim esses serviços existentes têm como missão valorizar e contribuir com consolidação do SUS.

Quanto ao objetivo específico de descrever os principais indicadores de saúde no período de 2005 a 2012 destacou-se: Cobertura populacional da atenção básica, porcentagem de crianças com o aleitamento materno exclusivo, % de cobertura de consultas de pré-natal, prevalência de desnutrição, taxa de hospitalização por pneumonia e taxa de hospitalização por desidratação. Outros dados relevantes na atenção básica identificados foram: nascidos vivos, coeficiente de mortalidade infantil, mortalidade materna, número absoluto de casos de sífilis congênito e número absoluto de óbitos de crianças residentes menores de 28 dias de idade. Com a elaboração desse trabalho, foi possível perceber que a Rede de Atenção básica de São Lourenço do Sul, impactou positivamente nos indicadores de saúde do município, no que se refere ao Pacto pela Saúde, segundo os parâmetros estaduais e nacionais.

Referente ao objetivo específico de relacionar a implementação da Política Nacional de Atenção Básica com o desempenho dos principais indicadores municipais de saúde constatou-se que estão intimamente ligados, pois a ampliação de acesso, representados pela ampliação de cobertura de equipes de atenção básica, bem como, com outras composições integrantes da Política de Atenção Básica.

Como objetivo geral, que foi analisar a relação entre a implantação da Política Nacional de Atenção Básica e os resultados dos indicadores de saúde da população de São Lourenço do Sul, concluiu-se que a implantação da Política Nacional de atenção básica, possibilitou que a gestão do Município de São Lourenço do Sul, entre os anos de 2005 e 2012, tivesse como prioridade a construção e efetivação de serviços de base comunitários no município, pois a cada ano novas Equipe de Saúde da família e de Saúde Bucal foram criadas, novos agentes comunitários de saúde ingressaram em seu trabalho no território, possibilitando ampliar a cobertura de serviços de saúde ao conjunto da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo foi possível, a partir da análise dos instrumentos de gestão, como o Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão e os sistemas de informação disponíveis na plataforma do DATASUS.

Existem muitas dificuldades no acesso aos dados, devido à complexidade dos sistemas de informação em saúde, o que prejudica o compartilhamento de experiências bem sucedidas. Ainda assim, oportuniza uma reflexão cotidiana entre usuários e serviços de saúde, sendo o grande divisor de águas para garantia de atores capazes de influenciar e transformar a realidade, nesse caso, o modelo de atenção à saúde. Espera-se que esse trabalho auxilie a elucidar a necessidade de investimento nesse setor objetivando qualificar e consolidar a Atenção Básica como elemento estruturante das Redes de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

BERRETTA, Isabel Quint, LACERDA, Josimari, Telino de, CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n°27, p. 2143-2154, nov, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/08.pdf>>. Acesso em 30 de março de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Política Nacional de Atenção Básica**, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 10 de setembro de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais do pacto pela vida e de gestão**, Portaria n° 699/GM, de 30 de março de 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html. Acesso em 08 de maio de 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf. Acesso em 12 de maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** Ministério da Saúde, 2012, Disponível em: <189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 12 de março de 2015.

COELHO, I. B., Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistências em saúde, In: CAMPOS, G.W. S, GUERRERO, A.V.P, **Manual de práticas de atenção básica**, Saúde ampliada e compartilhada, Editora Hucitec, 2008.

COSTA, F.L.; CUNHA, A.P.G. Pensar o desenvolvimento a partir do local: novo desafio para os gestores públicos. In: VERGARA, S.C.; CORRÊA, V.L.A. (Org.). **Propostas para uma gestão pública municipal efetiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 217-221, 2004.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre, et al. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, UFV, Viçosa, 2006.

CUNHA, Iago Gonçalves. **Narrativa de São Lourenço do Sul: da arte de andar nas ruas Lourencianas**, Programa de Residência Integrada Saúde Mental Coletiva, Educasaúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

DATASUS, Disponível em : <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 09 de março de 2015.

DUARTE, Cristina Maria Rebelais, Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: Revisão da literatura sobre a última década. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(7): 1511-1528, jul, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0307/pdfs/IS27%283%29076.pdf>. Acesso em 26 de abril de 2015.

FOUCAULT, Michel, **O Nascimento da clínica**. Editora: Forense Universitária, 252 pág, Rio de Janeiro, 2012.

FRANCO, Túlio, MERHY, Emerson. **PSF Contradições e novos desafios**. UNICAMP, Campinas 1999. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>>. Acesso em 22 de abril de 2015.

JUNQUEIRA, Tulio Da Silva, et al. Dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26 (5):918-928, Maio, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n5/14.pdf>>. Acesso em 12 de maio de 2015.

LEVCOVITZ, Eduardo, LIMA, Luciana Dias, MACHADO, Cristiani Vieira, Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2), p.269-291, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>>. Acesso em 08 de abril de 2015.

LIMA, Daiane. **Limites e possibilidades da gestão em Saúde Mental em Sapucaia do Sul: Desafios do Cuidado**. UAB, UFRGS, Novo Hamburgo, 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67673/000870009.pdf?sequence=1>>, Acesso em 08 de abril de 2015.

MENDES, Eugenio Vilaça, **Texto extraído do livro a atenção primária no SUS**, 2002.

NUNES, J.A. B, Para além dos muros da Nossa Casa, a construção de uma história em movimento. **Revista eletrônica de Psicologia**, v.06, n.3, p.293-298, set-dez, São Lourenço do Sul, 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1400/1100>>. Acesso em 08 de abril de 2015.

SALA, Arnaldo, MENDES, Jose Dínio Vaz. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.912-926, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S010412902011000400009>>. Acesso em 23 de Maio de 2015.

SÃO LOURENÇO DO SUL, Secretaria Municipal de Saúde, **Projeto de ampliação da Estratégia de Saúde da Família**, 2013.

SÃO LOURENÇO DO SUL, Secretaria Municipal de Saúde, **Plano Municipal de Saúde**, 2014.

SÃO LOURENÇO DO SUL, Secretaria Municipal de Saúde, **Projeta de Realização do 11º Mental Tchê**, 2015.

SIOPS, disponível em: siops.datasus.gov.br, acesso em 10 de maio de 2015.

VERGARA, Sylvia Constant & CORRÊA, Vera Lúcia de Almeida (orgs). **Propostas para uma gestão pública municipal efetiva**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2003.

ANEXO A - TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

O Sr. ARILSON DA SILVA CARDOSO, Gestor da Secretaria Municipal de São Lourenço do Sul, está de acordo com a realização da pesquisa, Rede de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): Uma análise do Município de São Lourenço do Sul de responsabilidade do(a) pesquisador(a) Diego Elias Rodrigues dos Santos, aluno(a) de curso de Pós Graduação Gestão em Saúde EAD, no Departamento da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul -UFRGS em parceria com a Universidade Aberta do Brasil UAB.

O estudo envolve a realização de utilização de dados secundários de sistemas de informação, da Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul.

Eu, Arilson da Silva Cardoso, Secretário Municipal da Secretaria Municipal de Saúde, declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança dos dados os quais serão coletados.

Porto Alegre, 02 de fevereiro de 2014.



ARILSON DA SILVA CARDOSO
SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO LOURENÇO DO SUL

