

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SOBRAL: OITO ANOS CONSTRUINDO UM MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Family Health Strategy in Sobral: eight years building an integral health care model

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Médico. Mestre em Saúde Pública. Doutorando em Saúde Coletiva. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC/Sobral/CE). Secretário de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral/CE. Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Médica. Doutoranda em Pediatria. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC/Sobral/CE). Diretora de Ensino e Pesquisa da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Sobral/CE.

Neusa Goya

Assistente Social. Assessora do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Tomaz Martins Júnior

Odontólogo. Mestre em Gestão e Modernização de Políticas Públicas. Assessor da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Sobral/CE.

Sinopse

O presente artigo tem como objetivo apresentar a experiência de Saúde da Família no município de Sobral/CE de 1997 a 2004. Entendida como uma estratégia estruturante do modelo de atenção à saúde, compreendendo a equipe de saúde da família como um dos pontos de atenção da rede horizontal e complexa que é o sistema municipal de saúde. Para tanto, são aprofundados, na experiência do município de Sobral, aspectos como a concepção, a organização e o funcionamento da Estratégia Saúde da Família, que apontam para uma prática inovadora, consubstanciada em saberes e conhecimentos construídos a partir da própria prática vivenciada pelos diferentes atores que atuam no território da Saúde da Família. A experiência, portanto, evidencia e sistematiza inovações como um processo de trabalho construído por uma equipe interdisciplinar e de forma intersetorial; realização de uma gestão participativa seja pelo funcionamento do Conselho Municipal de Saúde como pelos Conselhos Locais de Saúde, ou ainda, através da implantação de mecanismos internos de co-gestão, referenciados no Método da Roda, preconizado por CAMPOS, 2000. Além desses aspectos, este trabalho aponta a melhoria de uma série de indicadores de saúde, resultante das bases teóricas, da lógica de organização e do trabalho das equipes de saúde da família.

Palavras-chave:

Saúde da família; sistema municipal de saúde; modelo de atenção.

Abstract

This current article has the objective of presenting the Family Health experience in the municipal of Sobral - Ceará from 1997 to 2004. It is understood as a structuring strategy of the health care model, consisting of a family health team as one of the concentration points of the horizontal network and complex as is the municipal health system. For which, in the experience in the municipal of Sobral, aspects like conception, organization and operation of the Family Health Strategy are analyzed in greater depth, which point to an innovating practice experienced by the different actors who perform in the Family Health area. The experience, however, evidences and systemizes innovations as a work process built by an interdisciplinary and of intersectorial form team; fulfillment of participative management either through the Municipal Health Council operation as through Local Health Councils, or even, through implantation of internal mechanisms for co-management, indicated in the Group Method, preconized by CAMPOS, 2000. Other than these aspects, this work points to an improvement in a series of health indicators, result of theoretical bases, logical organization and family health team work.

Key words:

Family health; municipal health system; care model.

INTRODUÇÃO

O município de Sobral, encontra-se situado na zona do

sertão centro-norte do Ceará, Brasil, estando distante de Fortaleza, capital do estado, 224 Km. É constituído por onze distritos, com uma área territorial de 1.729 Km². Dispõe de uma população de 163.835 habitantes, sendo 51,5% do sexo feminino e 48,5% masculino. Da população total do município 86% reside na zona urbana e 14% na rural.

A construção do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, enquanto um conjunto de serviços coordenados por gestão local, com área geográfica definida e metas para melhoria da situação de saúde da população claramente estabelecidas iniciou-se em 1997. O primeiro passo foi a realização de um diagnóstico de saúde do município com base em dados secundários, logo em seguida, a realização de um Seminário de Planejamento Estratégico Participativo, organizado pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde do Município (SDSS).

Até então, o modelo de atenção à saúde do município concentrava-se em serviços hospitalares, na demanda espontânea e em ações curativas centradas no profissional médico. Este modelo de atenção refletia negativamente na qualidade de vida da população, que apresentava elevadas taxas de desnutrição e mortalidade infantil, baixa cobertura vacinal e de assistência pré-natal, enfim, ausência de acesso da grande maioria da população as ações de Atenção Primária à Saúde (APS).

OBJETIVOS:

Durante o Seminário de Planejamento Estratégico realizado em 1997 foram definidos os seguintes objetivos para a organização do Sistema Municipal de Saúde:

- Inversão do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, então vigente, para um modelo baseado na atenção integral à saúde;
- Utilização da estratégia de promoção da saúde no novo modelo, articulando ações intersectoriais e privilegiando a atenção primária de saúde;
- Adoção dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecidos na Constituição Brasileira de 1988;
- Estruturação dos serviços de APS com base na **Estratégia Saúde da Família (ESF)**.

METODOLOGIA

Estruturação do Sistema Municipal de Saúde

O município de Sobral, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/2002, encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, conferindo a SDSS a responsabilidade pela gestão do sistema local de saúde.

O modelo de atenção à saúde está organizado com base nos princípios e diretrizes do SUS. A concepção de saúde adotada em Sobral é abrangente e positiva, não se limitando à atuação do setor saúde, mas requerendo o exercício de práticas intersectoriais e interdisciplinares, construídas a partir da contribuição de diferentes atores e áreas do conhecimento.

A lógica de funcionamento do sistema de saúde está ancorada em estratégias como a Promoção da Saúde e a

Estratégia Saúde da Família (SOBRAL, 2001). A base de organização do sistema está constituída a partir dos territórios de atuação das equipes de saúde da família (ANDRADE, L.O.M. e MARTINS Jr., 1999).

O sistema de saúde dispõe de uma rede física capacitada para a realização de serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, o que faz com que o município, no modelo estadual de reorganização da saúde, seja referência em âmbito micro e macrorregional¹.

O município dispõe de 61 unidades de saúde credenciadas ao SUS, sendo 56 ambulatoriais e 5 hospitalares. Do total de unidades que operam no SUS, 45 são municipais e 16 privadas contratadas. A maior parte das unidades municipais é do tipo ambulatorial. Dos hospitais apenas um é municipal, os outros quatro, dois são filantrópicos e dois privados, todos conveniados ao SUS. Entre os conveniados, destaca-se o Hospital da Irmandade Santa Casa de Misericórdia, que presta serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade, com um total de 335 leitos. Também vinculado à Irmandade, existe o Hospital do Coração, serviço de alta complexidade, especializado em doenças cardiovasculares (SOBRAL, 2001).

A partir dessa rede física, a SDSS tem estruturado os serviços de atenção primária, secundária e terciária. A assistência primária é prestada através das equipes de saúde da família que, na medida do necessário, encaminham os pacientes para os serviços secundários ou terciários. O agendamento das consultas ambulatoriais especializadas e exames complementares é feito por meio da Central de Marcação de Consultas, implantada em 1998, pela SDSS. Além dos pacientes do próprio município, a Central agenda os atendimentos para todos os municípios da micro e macrorregião de Sobral, com referências devidamente programadas durante a Programação Pactuada e Integrada - PPI.

Implantação da Estratégia Saúde da Família em Sobral

Princípios norteadores

As concepções sobre a ESF adotadas pelo município são frutos de consensos da área de Saúde Coletiva no Brasil, dos quais participaram vários técnicos que desde 1997 vêm participando da

¹ Segundo o Plano Diretor de Regionalização do Ceará, o estado encontra-se dividido em 21 microrregiões e três macrorregiões de saúde. A microrregião de Sobral está constituída por uma população de 549.257 habitantes (inclui a população de Sobral e de mais dez municípios circunvizinhos) e a macrorregião por 1.418.663 habitantes (engloba as microrregiões de Sobral, Acaraú, Tianguá, Crateús e Camocim, totalizando 21 municípios, além do próprio município de Sobral).

construção do Sistema Municipal de Saúde (VIANA & DAL POZ, 1998; ANDRADE, 1998; GOYA, 1996).

- I. A ESF é estruturante do SUS e como modelo de organização da atenção primária resultante da sua evolução histórica tem como princípios doutrinários, os mesmos do Sistema Único: a Universalidade, a Integralidade e a Equidade.
- II. A ESF também mantém coerência com os princípios organizativos do SUS: Acessibilidade, Resolubilidade, Regionalização, Descentralização, Hierarquização, e a participação popular. Sendo o componente do sistema responsável pela atenção primária de saúde da população com potencialidade de resolver até 90% das demandas as Unidades de Saúde da Família (USF) e com uma capacidade racionalizadora da demanda originária do seu território para a média e a alta complexidade.

A concepção de saúde adotada em Sobral é abrangente e positiva, não se limitando à atuação do setor saúde, mas requerendo o exercício de práticas intersetoriais e interdisciplinares, construídas a partir da contribuição de diferentes atores e áreas do conhecimento.

- III. A ESF prioriza em suas bases teóricas a promoção da saúde, o que não significa desprezar a clínica, visto que a integralidade da atenção é um dos seus princípios norteadores, além do que, todas as ações de saúde (promoção, prevenção, cura e reabilitação) estão embutidas no conceito amplo utilizado pela estratégia promocional;
- IV. A ESF tem o coletivo como seu foco de atenção, entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família e esta última em um determinado grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente, e, conseqüentemente, só uma abordagem coletiva poderá efetivamente provocar um impacto profundo e duradouro neste processo. Isto não

- significa que a abordagem individual deverá ser desprezada.
- V. A ESF sendo historicamente muito recente, não se constitui em um modelo acabado, pelo contrário, está em pleno processo de aprofundamento de suas bases conceituais e criação de uma nova praxis entre os trabalhadores integrantes das equipes. Tal construção ocorre concomitantemente ao seu crescimento quantitativo. É preciso lembrar ainda, que este crescimento está sendo estimulado por uma grande aceitação popular, haja vista sua aprovação em centenas de Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde realizadas no Brasil no processo de implementação do SUS (BRASIL, 2000).

Territorialização na Estratégia Saúde da Família em Sobral

Na construção da ESF a concepção de território assumida pelas equipes de saúde da família (esf) não foi exclusivamente a espacial e quantitativa, mas a de território geográfico onde estão coletivos humanos com modos de vida, relações sociais, culturais, políticas e históricas, que são singulares de cada cidade e dentro desta, de cada bairro, vila ou favela (MENDES e DONATO, 2003). Para que as equipes de saúde se apropriassem desta singularidade, além de estudar mapas e realizar o diagnóstico de saúde de cada área, foram identificadas as redes sociais e as lideranças locais. A partir de então estes atores sociais foram convidados a participar da construção do modelo de atenção integral à saúde.

Para definição do número de equipes de saúde da família e da distribuição destas equipes no território do município foi elaborada uma divisão por Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS). A divisão do município em Áreas Descentralizadas de Saúde foi realizada através de um processo de territorialização, do qual participaram os agentes de saúde, lideranças comunitárias e técnicos da SDSS. Para adscrever uma determinada população à uma Unidade de Saúde específica, foram consideradas características geográficas, proximidade do grupo populacional à Unidade, meios de transporte que facilitassem o acesso, aspectos econômicos e culturais. O processo de territorialização no Sistema Municipal de Saúde é um processo dinâmico, sendo constantemente atualizado, respondendo à própria dinamicidade do município, que sendo pólo da região noroeste do Ceará, vem passando por um processo de expansão demográfica e econômica. Atualmente o município está dividido em 27 ADS (Tabelas 1).

Tabela 1 – Distribuição de equipes do PSF segundo situação do domicílio e razão equipes por habitantes e equipe por famílias em Sobral. Situação de novembro/2003.

FONTE – População – Datasus 2003 e Coordenação de Vigilância à Saúde da SDSS.

Outro aspecto importante foi o fato da Coordenação Municipal da ESF ter aplicado o princípio da equidade na distribuição das equipes no território do município. Os bairros onde a população era mais desfavorecida economicamente e a mortalidade infantil mais elevada, como a área do Padre Pallhano e dos Terrenos Novos, foram contemplados com um número relativamente maior de equipes, do que os bairros onde a situação sócio-econômica da população era melhor.

Abordagem da família e da comunidade

SOBRAL	Urbano	Rural	Total
População	140.896	22.937	163835
Número de famílias	31.311	5097	36408
Nº de equipes PSF em funcionamento	27	13	40
Equipe por habitantes	1 / 5218		1 / 4095
Equipe por famílias	1 / 1.159	1 / 392	1 / 910

A ESF incorpora intervenções que têm como foco a família e a comunidade. Estas novas abordagens são condição essencial para cumprir o princípio da integralidade da atenção e implicam a necessidade de um importante processo de aprendizagem dos membros das equipes de saúde da família, formados apenas para a atenção individual.

Em Sobral, as equipes de saúde da família vêm passando por este processo de aprendizado, que no âmbito da atenção à família envolve o domínio de conceitos e técnicas como ciclos de vida familiar, heredograma, visita domiciliar, internamentos domiciliares e outros.

No âmbito da comunidade, têm sido realizadas experiências de criação e desenvolvimento de redes sociais, como os grupos de idosos, os grupos de gestantes, os grupos de adolescentes; e de redes já existentes, como os grupos de vizinhança e de auto-ajuda, por exemplo, os “Alcoólicos Anônimos”. Também estão sendo desenvolvidas técnicas como a da Terapia Comunitária, que estimula a formação de redes sociais e auxilia no apoio a membros da comunidade que convivem com situações as mais diversas, como ansiedade, alcoolismo, dependência de drogas, violência familiar dentre outras (BARRETO, 2003). Foram formados 20 terapeutas comunitários e 20 massoterapeutas dentre trabalhadores de saúde e lideranças comunitárias de Sobral.

Organização dos Centros de Saúde da Família: Humanização da Estrutura Física

A ênfase na doença, característica do modelo hegemônico de atenção à saúde, se reflete de forma contundente nos espaços físicos onde se dá a prestação dos serviços assistenciais. Estas estruturas físicas, no geral, caracterizam-se por serem física e esteticamente pobres, transmitindo um sentimento de tristeza

e falta de apreço. Na ESF de Sobral transformar este aspecto físico tornou-se uma prioridade da gestão municipal de saúde. Foi desenvolvido um projeto de estrutura física aberta, confortável, adequado ao clima local, com espaços destinados às novas atividades a serem desenvolvidas pela esf, como uma sala específica para trabalho com grupos, e que prevê também espaços confortáveis para toda equipe multiprofissional de saúde da família (ANDRADE e COELHO, 1997). Este espaço físico recebeu uma decoração alegre, com obras de artistas locais, e um bonito projeto de jardinagem. Enfim a Estrutura Física da Unidade fala por si só: “Saúde é qualidade de vida” e “Sejam bem-vindos”, para a população e os profissionais de saúde”.

A GESTÃO PARTICIPATIVA NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A gestão do sistema de saúde de Sobral está ancorada no Conselho Municipal de Saúde, nos Conselhos Locais de Saúde e nos Conselhos Gestores.

O Conselho Municipal de Saúde, instância máxima de deliberação da política de saúde do município, funciona com 24 conselheiros titulares e o mesmo número de suplentes, mantendo reuniões mensais e extraordinárias, sempre que necessário. A presidência do Conselho atualmente é de responsabilidade do representante dos usuários, que é membro da Associação de Moradores do Bairro Padre Palhano, o que significou um avanço rumo à gestão participativa.

Desde 1997, a SDSS estimulou a formação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), que atuam nos territórios das equipes de saúde da família. São um total de 22 Conselhos, com representação paritária. Através dos CLS, são discutidas as necessidades e as potencialidades das comunidades e de seus atores para a resolução dos problemas enfrentados. Trata-se de uma instância de participação e construção da política de saúde mais próxima da comunidade, portanto, com grande poder de mobilização, de organização e de regulação social.

Co-gestão de coletivos: A implantação do método da roda no Sistema Municipal de Saúde de Sobral

A Co-gestão de coletivos, conhecida como Método da Roda, proposta por CAMPOS, 2000, é um método para a construção de processos de co-gestão e democratização das relações de poder, constituindo, ao mesmo tempo, espaços de ensino-aprendizagem; de elaboração e de organização de processos de trabalho e tomada de decisões e de atenção às subjetividades, desejos e relações interpessoais (CAMPOS, 2000).

Desde agosto de 2001, a SDSS faz uso desta metodologia de organização e de trabalho. Assim, cada unidade de saúde tem uma roda, que reúne, no mínimo mensalmente e, em alguns casos, semanalmente, seus trabalhadores e sua gerência. As

decisões sobre os problemas cuja governabilidade está na esfera são tomadas na roda da própria unidade de saúde, as demais, são encaminhadas para o Conselho Gestor, que se constitui na roda que congrega todos os coordenadores da SDSS.

No presente momento compõem o Conselho Gestor da SDSS o Secretário titular e o Secretário-adjunto de saúde, a coordenação de serviços de saúde, a coordenação de vigilância à saúde, a coordenação de controle e avaliação, a coordenação da Central de Assistência Farmacêutica, a coordenação do setor de compras e almoxarifado, a coordenação do Fundo Municipal de Saúde, a direção da Escola de Formação em Saúde da Família, e uma representação do Conselho Municipal de Saúde (CMS). As decisões mais importantes tomadas pelas diferentes rodas, relativas à política de saúde, são encaminhadas para aprovação final no CMS. Há também uma articulação, no âmbito do território das esf, entre a roda da unidade de saúde e o Conselho Local.

INTERDISCIPLINARIDADE NA ESF: SUPERANDO O MODELO TECNO-ASSISTENCIAL BIOMÉDICO

Dentre os princípios norteadores da ESF, a integralidade, aqui definida como abordagem do indivíduo e/ou da comunidade em visão totalizadora, requer preocupações com os aspectos sociais, culturais e econômicos da população adstrita. Assim sendo, cabe a esf enfrentar, além dos problemas individuais e biológicos de saúde, os problemas coletivos e sócio-culturais dos indivíduos e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária. Para isto, outras categorias profissionais, além do médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem que tradicionalmente trabalharam em Centros e Postos de Saúde, tornaram-se necessárias.

O trabalho de várias categorias profissionais dentro de um mesmo serviço de saúde não é novidade. Todas as grandes serviços hospitalares possuem médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, e outros profissionais de saúde que surgiram, em última instância, do próprio desenvolvimento e incorporação de tecnologias pelo modelo tecnoassistencial-biomédico. Entretanto, como o conhecimento científico racionalista trabalha com o indivíduo e sua compartimentalização, nos espaços acima referidos às várias categorias profissionais trabalham paralelamente, havendo pouca ou nenhuma discussão e elaboração das várias categorias entre si, resultando em uma atenção fragmentada aos pacientes. Cada categoria desenvolve seu campo de conhecimento e sua prática isoladamente das outras.

Na ESF este modelo não responde aos problemas complexos que necessitam serem enfrentados cotidianamente pela equipe de saúde. Partindo de uma visão sistêmica, o indivíduo é um todo que faz parte de uma família, inserida em uma comunidade, em determinado bairro ou distrito, cidade ou país, em um determinado tempo histórico. Assim sendo, torna-se necessária

uma abordagem totalizante para que se alcance o objetivo de promover saúde entendida como qualidade de vida. As várias categorias profissionais, neste caso, necessariamente devem trabalhar em conjunto, havendo espaço para aplicação do campo de conhecimento exclusivo de cada uma em muitas situações. Entretanto muito frequentemente ocorrem situações complexas na comunidade que necessitam de abordagem interdisciplinar. Os novos e inusitados problemas exigem na prática a construção de um “Novo Campo” de saber “Comum a Todas Categorias” dentro da ESF. Esse “Novo Campo de conhecimento para a ESF”, vai sendo criado a partir da “intersecção dos conhecimentos, habilidades e práticas de cada categoria”, com o objetivo de responder adequadamente às necessidades de saúde da população, promovendo qualidade de vida.

Na experiência de Sobral, várias categorias profissionais da saúde vêm desenvolvendo ações de muita importância e impacto na qualidade de vida da população, dentro da ESF, em parceria com os membros da equipe mínima, médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde. Foram incluídos nas equipes: assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos e terapeutas ocupacionais. O impacto da atuação desta equipe multiprofissional já começa a ser sentido, como ocorreu na formação de sessenta grupos de idosos que realizam atividades físicas e atividades de lazer a partir da articulação dos educadores físicos com a equipe básica de saúde da família, ou nas dezenas de grupos terapêuticos ou de interesse, como grupos de gestantes e adolescentes, que estão sendo formados com apoio dos psicólogos e assistentes sociais.

PRODUTOS E RESULTADOS ALCANÇADOS: O IMPACTO DA ESF NA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE SOBRAL

A evolução dos indicadores de saúde do município a partir da implantação da ESF em 1997 evidenciou o impacto positivo que este novo modelo de organização do Sistema Municipal de Saúde tem trazido para a qualidade de vida da população. Discutiremos este impacto analisando a evolução da saúde das crianças, de dois agravos transmissíveis, dengue e hanseníase, e de um agravo crônico não transmissível, hipertensão arterial e uma de suas complicações mais frequentes, o acidente vascular cerebral.

IMPACTO DA ESF NA SAÚDE DAS CRIANÇAS

Os resultados concernentes à evolução desses indicadores, no período de 1995 a 2002, foram extraídos da Tese de Doutorado de SILVA, 2003². Na referida Tese foram analisados os indicadores de saúde relacionados com gestantes e crianças menores de cinco anos de Sobral, com base nos sistemas oficiais de informação.

O percentual de gestantes que não compareceu a nenhuma consulta foi reduzido de 9,9%, em 1995, para 1,0% em 2002 ($p=0,001$); já o percentual de gestantes que realizaram mais de seis consultas aumentou de 18,6%, em 1995, para 59,7% em 2002 ($p=0,019$) (GRÁFICO 1).

A média mensal das gestantes visitadas pelos agentes de saúde no período estudado aumentou de 807 para 1420 ($p=0,003$). Simultaneamente o percentual de gestantes que compareceu à consulta nos últimos trinta dias cresceu significativamente, de 73,9%, em 1995, para 95,1% em 2002 ($p=0,001$).

Gráfico 1. Evolução do Número de Consultas de Pré-Natal, no Município de Sobral-CE, no Período de 1995 a 2002

Fonte: SILVA, 2003 – dados do SINASC – Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral

O percentual de crianças com aleitamento materno exclusivo até o 4º mês de idade variou significativamente ($p=0,001$) de 53,0%, em 1995, para 69,4% em 2002.

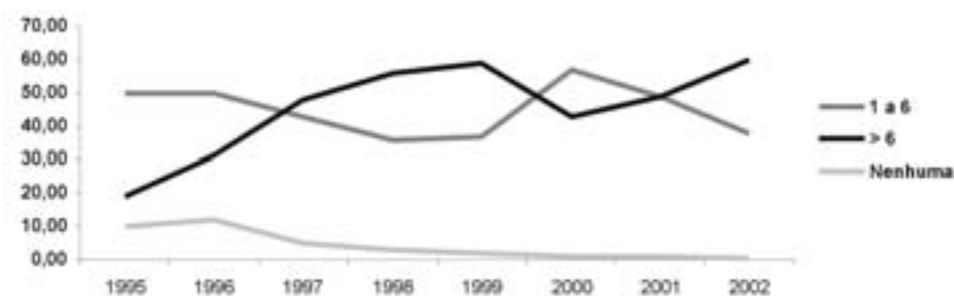
Mortalidade Infantil

A redução da taxa de mortalidade infantil (TMI) no período estudado foi estatisticamente significativa ($p=0,000$), de 61,4 no início do estudo para 19,0 por mil nascidos vivos (NV). Conforme é possível verificar na TABELA 2, a captação de dados sobre NV e óbitos em menores de um ano apresentava uma subnotificação - 1530 nascidos vivos, 94 óbitos e TMI 61,4‰. Essa falha na coleta dos dados passou a ser corrigida e em 1998 foram notificados 4209 NV e 157 óbitos infantis com taxa de mortalidade infantil de 37,3‰. No ano de 2002 foram notificados 3422 NV e 65 óbitos em menores de um ano com TMI decrescente de 19‰.

Observou-se uma redução significativa em relação à mortalidade neonatal de 26,8‰ para 15,5‰.

² Tese da Profa. Dra. Ana Maria Cavalcante e Silva, intitulada “O IMPACTO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL - CEARÁ: UMA ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DA SAÚDE DAS CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS DE IDADE NO PERÍODO DE 1997-2001”, aprovada pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP em setembro de 2003.

(0 a 27 dias) e pós-neonatal de 34,6% para 3,5% (28 dias a 11 meses), respectivamente $p=0,014$ e $p=0,000$. A mortalidade nas



primeiras 24 horas de vida também teve uma redução de 6,5% para 3,2%, porém não foi significativa ($p=0,097$) (GRÁFICO 2). No

caso da redução da Mortalidade Neonatal, temos que chamar atenção para a importância do Projeto Trevo de Quatro Folhas³. Trata-se de um projeto de intervenção, que propõe a reorganização da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao primeiro ano de vida. No ano de 2001, foram identificados os principais problemas relacionados à mortalidade neonatal: início tardio do pré-natal; parto prematuro por impossibilidade da gestante cumprir o repouso médico prescrito; dificuldade das mães para cuidar do bebê. Com o Projeto Trevo o apoio às gestantes e mães é dado pela mãe social e pela madrinha/padrinho social. A mãe social é alguém que reside próximo à família e assume as tarefas domésticas nas situações em que a mãe estiver impossibilitada, recebendo uma diária do projeto. A madrinha/padrinho social é uma pessoa da sociedade que assume a criança como afilhada, contribuindo para o financiamento das mães sociais (SUCUPIRA, 2003). As equipes de saúde da família têm papel importante na identificação dos casos de risco, comunicação com o Projeto Trevo e o acompanhamento clínico das gestantes e crianças.

Em relação às causas de morte no primeiro ano de vida, observou-se uma redução importante das doenças infecto-parasitárias, representadas sobretudo pelas doenças diarreicas: de 26,6% para 4,6% (82,7%); bem como das doenças do aparelho respiratório: de 12,8% para 1,5%. No mesmo período cresceu a importância relativa das afecções no período neonatal (GRÁFICO 3).

Tabela 2 - Mortalidade Infantil/1000 Nascidos Vivos, no Município de Sobral-CE, 1995 – 2002

Fonte: SILVA, 2003 – dados do SIM e SINASC – Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral

Município de Sobral-CE, no Período de 1995 a 2002

Fonte: SILVA, 2003. Dados do SIM e SINASC, Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral.

Gráfico 3. Causas de Óbitos em Crianças Menores de 1 Ano no Município de Sobral, no Período de 1995 a 2002

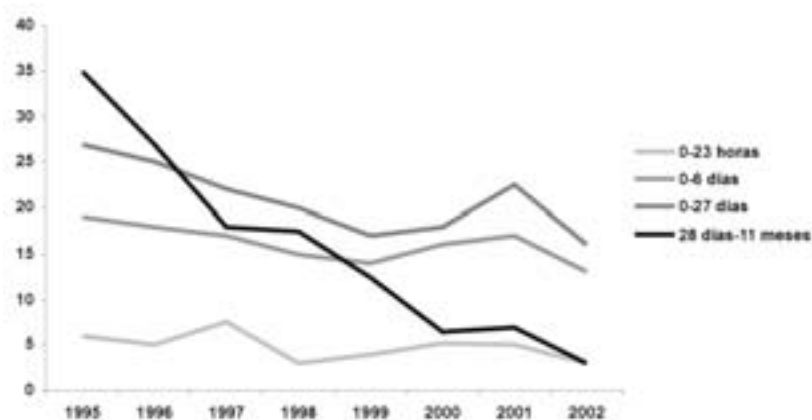
O percentual de óbitos hospitalares cresceu ao longo do período estudado: de 88,3%, em 1995, passou para 95,4%; o percentual de óbitos infantis no domicílio diminuiu de 6,4%, em

Ano	Nº de internamentos	População	Incidência
1997	154	141.327	10,9
1998	109	143.653	7,6
1999	108	146.005	7,4
2000	82	155.376	5,3
2001	59	158.515	3,7
2002	86	161.123	5,3

1995, para 4,6% em 2002, porém não foram significativas estas mudanças ($p=0,104$; $p=0,267$, respectivamente).

³ Projeto elaborado e supervisionado pela Profa. Dra. Ana Cecília Lins Sucupira, chefe do ambulatório de Pediatria do Hospital da Criança - Faculdade de Medicina da USP e consultora da SDSS de Sobral.

Gráfico 2. Evolução dos Componentes da Mortalidade Infantil, no



SÍNTESE DA VARIAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER DE 1995 À 2002

O **Gráfico 4** sintetiza as mudanças que ocorreram relacionadas à saúde da criança, comparando-se os dois momentos: 1995 e 2002. Alguns indicadores apresentaram redução expressiva: desnutrição no primeiro ano de vida, mortalidade neonatal, mortalidade infantil geral e por diarreia. As variações positivas em relação ao pré-natal, ao aleitamento materno e à imunização no primeiro ano de vida foram também bastante significativas.

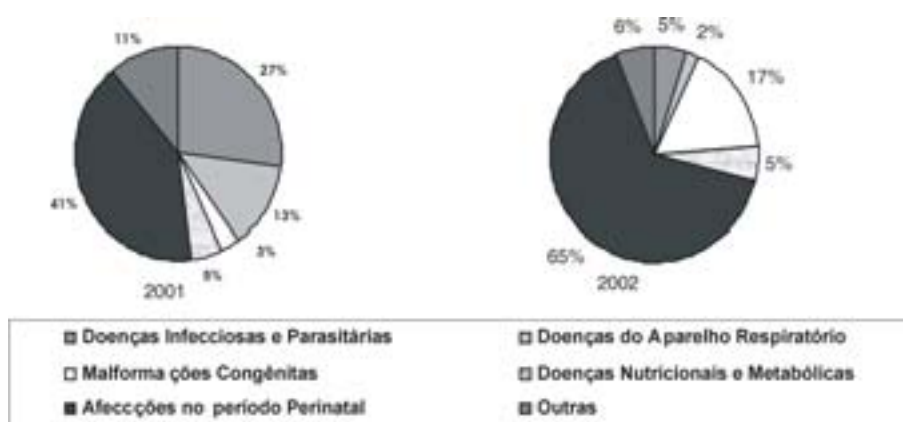


Gráfico 4 - Variação dos Indicadores de Saúde da Criança e da Mulher, no Município de Sobral-CE, no Período de 1995 a 2002

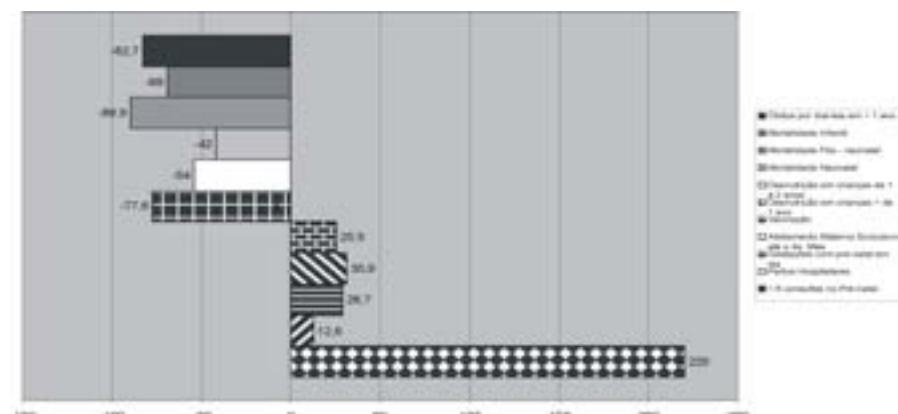
Fonte: SILVA, 2003 – dados do SIM, SINASC e SIAB – Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

a. Dengue

As estratégias para o combate ao *Aedes Aegypti* e o controle de dengue do município, desde maio de 2002 tem partido da concepção de que não existe uma ação que isoladamente seja capaz de resolver o problema. Para se lograr êxito as ações devem ser executadas de forma articulada, obedecendo às especificidades e hábitos da população, condições e estruturas locais e os atores envolvidos na ação. Foi realizado um diagnóstico por áreas de endemias através de informações que pudessem traçar o perfil de cada área. A integração da atenção básica nas medidas de combate ao vetor da dengue, com destaque no envolvimento de todos os profissionais que atuam neste nível de atenção desenvolvendo ações de educação em saúde e mobilização da comunidade, somada

à participação de outros setores da administração municipal, como os serviços de limpeza pública, urbanismo e obras, além das



escolas de ensino fundamental e médio, parecem ter influenciado na redução da incidência de dengue em Sobral.

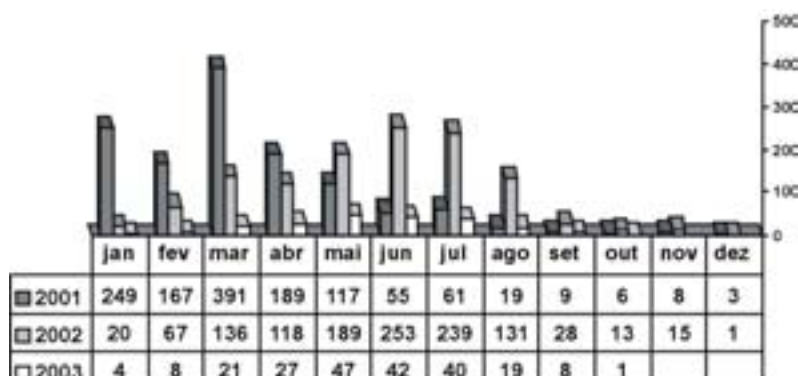
No Município de Sobral, no ano 2002 foram confirmados 1.210 casos de Dengue (**Gráfico 5**) o que correspondem à incidência de 750 casos por 100.000 habitantes, em 2001 foram confirmados 1.274 casos de Dengue, 64 casos menos do que no ano anterior. Observa-se também, que houve uma maior incidência nos meses de maio, junho e julho, enquanto que em 2001, a incidência maior foi nos meses de janeiro a maio, correspondente ao período de chuvas. No ano 2003, até o mês de outubro foram confirmados 210 casos de dengue. A redução do número de casos deste ano foi de 82,6% em relação ao ano de 2002 no mesmo período, o que representou uma queda significativa na incidência da doença no município.

Gráfico 5 - Número de casos confirmados de Dengue por mês, no município de Sobral em 2001, 2002 e até junho de 2003

Fonte: SINAN, Sec Desenv Social e Saúde de Sobral.
* Dados até 30/06/2003

b. Hanseníase

Até 1999, os portadores de hanseníase eram atendidos em uma única Unidade de Saúde, referência inclusive para vinte e cinco municípios da região norte do Estado. A partir de então se iniciou um processo de descentralização do atendimento de casos que compreendeu a capacitação dos profissionais de saúde da família: agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros de família. Houve ainda uma intensa mobilização social que contou com o envolvimento de escolas, clubes de serviço, rádios, lideranças comunitárias e espirituais, como as rezadeiras e curandeiros. Esse processo levou a efetiva descentralização de todas as ações de controle da doença para os Centros de Saúde da Família, com aumento do Coeficiente de detecção de casos novos de 7:10.000 habitantes em 1998 para 11,4 : 10.000 em 2002. A taxa de abandono era de 19,9% em 1998, em 2002 não houve nenhum



caso de abandono de tratamento. O objetivo da equipe é detectar e tratar todos os casos prevalentes para eliminar a Hanseníase como um problema de saúde pública do município até 2005 (**Gráficos 6 e 7**).

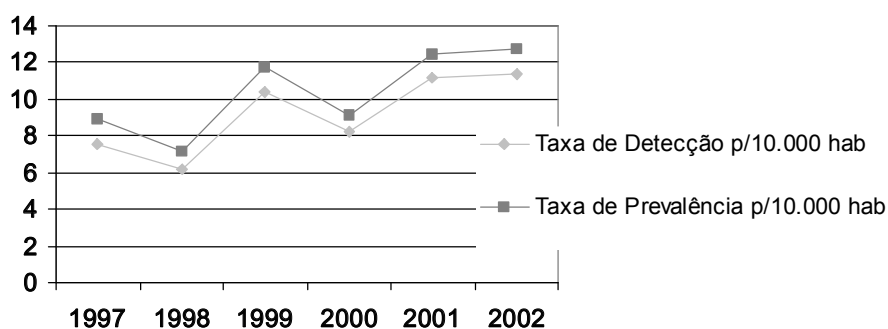
Gráfico 6 – Taxas de detecção e prevalência de Hanseníase, Sobral, 1997-2002

Gráfico 7 - Percentual de abandono de pqt/oms entre os casos que deveriam ter completado tratamento (coorte) em Sobral – CE, 1997 a 2002

DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

a. Evolução dos internamentos por AVC de 1997 a 2002

Observou-se uma tendência de queda linear no período de 1997 a 2002 com redução de 44% no número absoluto de internamentos por AVC no ano 2002 comparado a 1997 (Gráfico 8). Quanto ao coeficiente de incidência de internamentos por AVC observou-se uma redução muito significativa de 10,9 para 3,7 por 10.000 habitantes, respectivamente em 1997 e 2001. Em 2002 houve um incremento no Coeficiente em relação ao ano anterior tendo ficado em 5,3 por 10.000 habitantes. A tendência no total do intervalo observado, entretanto, é de queda (Tabela 3).



Observou-se um aumento, também linear, de 86,8% no número de hipertensos acompanhados pelo PSF no período de 1999 a 2002 (Gráfico 9).

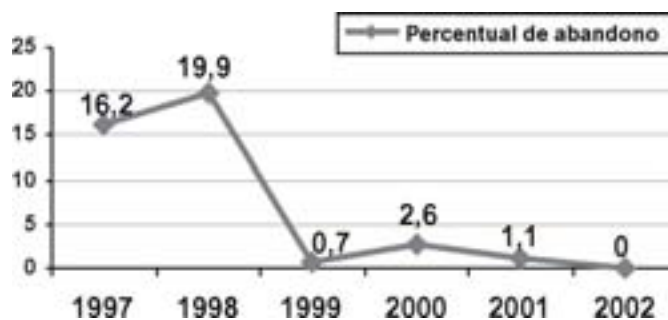


Gráfico 8 - Número de Internações por AVC de residentes em Sobral de 1997 a 2002

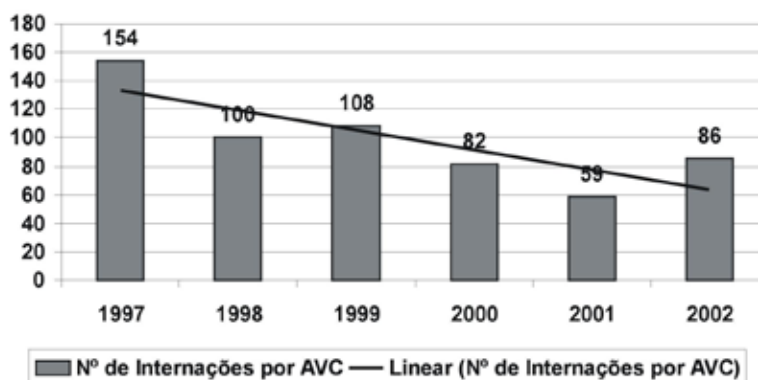
Fonte: DATASUS – SIH

Tabela 3 – Coeficiente de Incidência de Internamentos por AVC por 10.000 habitantes no município de Sobral, 1997 – 2002.

Fontes: IBGE e DATASUS – SIH.

Gráfico 9 - Média mensal de hipertensos acompanhados pelas equipes do PSF de Sobral de 1999 a 2002

Fonte: Coordenação de vigilância à Saúde de Sobral – SIAB

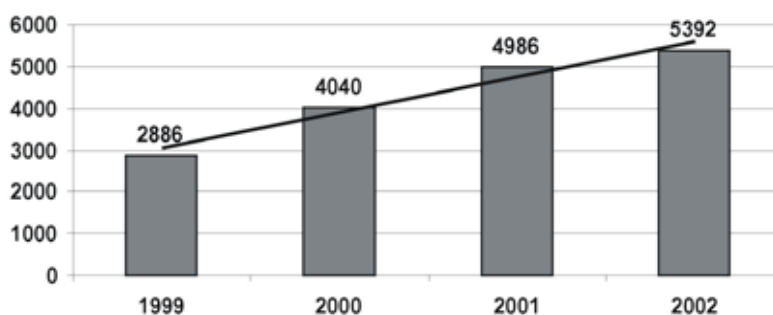


LIÇÕES APRENDIDAS

A organização da atenção básica estruturada a partir da Estratégia Saúde da Família aliada à gestão participativa e estratégica do Sistema Municipal de Saúde na perspectiva de operacionalizar os princípios do SUS, a articulação de ações intersetoriais e a

Ano	Nº de internamentos	População	Incidência
1997	154	141.327	10,9
1998	109	143.653	7,6
1999	108	146.005	7,4
2000	82	155.276	5,3
2001	59	158.515	3,7
2002	86	161.123	5,3

mobilização social parecem ter grande potencia para intervenção nos mais diversos problemas de saúde. Esta talvez seja uma das contribuições da experiência de Sobral.



Segundo SANTOS, 1999, “*O todo somente pode ser conhecido através do conhecimento das partes e as partes somente podem ser conhecidas através do conhecimento do todo. Essas duas verdades são porém parciais. Para alcançar a verdade total, é necessário reconhecer o movimento conjunto do todo e das partes, através do processo de totalização*”.

Procurando aplicar este pensamento, no caso de Sobral, o impacto positivo alcançado na saúde da população foi fruto do processo político e histórico ocorrido nos últimos anos, e não pode ser entendido como resultado de apenas “uma das partes” isoladamente, senão, como resultado do movimento de todas as partes em conjunto.

BIBLIOGRAFIA

A organização da atenção básica estruturada a partir de equipes de saúde da família aliada a gestão participativa e estratégica do Sistema Municipal de Saúde na perspectiva de por em prática os princípios do SUS, a articulação de ações intersetoriais e a mobilização social parecem ter grande potencia para intervenção nos mais diversos problemas de saúde. Esta talvez seja uma das contribuições da experiência de

BARRETO, A. **Pistas para uma ação comunitária.** Mimeo, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2000. P.124-26.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições:** o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

GOYA, N. **O SUS que funciona nos municípios do Ceará.** Fortaleza, Ceará, 1996. p.170.

LINHARES, P.H.A. **Gestão Participativa e co-gestão de coletivos no Programa de Saúde da Família no município de Sobral:** um estudo exploratório. Monografia apresentada ao Curso de Administração da UVA para obtenção do título de bacharel em administração. Sobral - CE, julho de 2003.

MENDES, R.; DONATO, A.F. Território: Espaço Social de Construção de Identidades e de Políticas. In: **Sanare - Revista Sobralense de Políticas Públicas**, ano IV, n. 1, p.39-42. Sobral, Ceará: Prefeitura Municipal de Sobral, 2003.

SANTOS, M. **O Espaço e a Noção de Totalidade.** In: A Natureza do Espaço: espaço e tempo: razão e emoção, capítulo 4. 3ª. edição. São Paulo: HUCITEC, 1999. p. 91 - 100.

SILVA, A.M. **O Impacto do Programa de Saúde da Família no Município de Sobral - Ceará:** Uma Análise da Evolução da Saúde das Crianças Menores de Cinco Anos de Idade no Período de 1995-2002. Tese de Doutorado em Pediatria aprovada pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Outubro, 2003.

SOBRAL. Secretaria de Desenvolvimento Social e da Saúde. **Plano Municipal de Saúde.** Mimeo. Sobral, Ceará, 2001.

SUCUPIRA, A.C.L.; SANTOS, J.; PEREIRA, A.; ANDRADE, L.O.M. Projeto trevo de 4 folhas: uma estratégia para redução da mortalidade materna e infantil. **Anais do Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.** Brasília - DF, 2003.

VIANA, A.L. d'Á; DAL POZ M.R. A reforma do sistema de saúde do Brasil e o Programa Saúde da Família. *In: Physis - Revista de Saúde Coletiva.* 8(2):11-48, 1998.

ANDRADE, F.M.O. **O Programa Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento.** Fortaleza, Ceará, 1998. p.220.

ANDRADE, L.O.M.; MARTINS JÚNIOR, T. Saúde da Família: Construindo um novo modelo - A experiência de Sobral. *In: Sanare - Revista Sobralense de Políticas Públicas*, ano I, n.1, v.1, out/nov/dez, p.7-17. Sobral, Ceará: Prefeitura Municipal de Sobral, 1999.

ANDRADE, L.O.M. **A Estratégia Saúde da Família no Sistema Municipal de Saúde de Sobral.** Mimeo. Sobral, Ceará, 2000.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; MARTINS JÚNIOR, T. Por que a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, n. 5, maio, p.75-80. BRASIL: Ministério da Saúde, 2002.

ANDRADE, L.O.M. & COELHO, A. **Unidade de Saúde da Família:** nova concepção de sua arquitetura. MIMEO. Sobral, 1997.

• • •