IRIS JERONIMA DA SILVA FURTADO DE MENDONÇA

A atenção materna nos diferentes modelos de atenção básica em saúde em um município de médio porte da região de Sorocaba – SP, no período de 2008 a 2010.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo

2013

IRIS JERONIMA DA SILVA FURTADO DE MENDONÇA

A atenção materna nos diferentes modelos de atenção básica em saúde em um município de médio porte da região de Sorocaba – SP, no período de 2008 a 2010.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Programas e serviços no âmbito da política de saúde

Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior

São Paulo

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Mendonça, Iris Jeronima da Silva Furtado de
A atenção materna nos diferentes modelos de atenção básica em saúde em um município de médio porte da região de Sorocaba/SP, no período de 2008 a 2010./ Iris Jeronima da Silva Furtado de Mendonça. São Paulo, 2013.
Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
Área de Concentração: Programas e Serviços no Âmbito da Política de Saúde.
Orientador: Nivaldo Carneiro Junior

1. Atenção primária à saúde 2. Cuidado pré-natal 3. Saúde da família 4. Avaliação de serviços de saúde

BC-FCMSCSP/21-13

Agradecimentos

Agradeço a Nossa Senhora, a quem recorri muitas vezes para fortalecer a fé na vida, em conversas que me religaram a minha força feminina, muitas vezes enfraquecida e diminuta, diante dos múltiplos papéis de mulher.

A meus pais, Severino e Luiza, que com imenso amor e paciência me ensinaram sobre respeito e justiça, ampliando meu olhar sobre as coisas simples da vida e a importância das escolhas Certamente isso definiu os caminhos que percorri na psicologia e na saúde pública.

Ao amado Arnaldo, admirador e companheiro de tantos anos, que com amor aliou compreensão e dureza para me estimular nos momentos de desânimo e por contribuir com seus conhecimentos médicos sobre a saúde da mulher e a gestão pública.

A meus filhos Lucas, Bernardo e Barbara que me ensinaram ainda mais sobre o amor e com entusiasmo e perspicácia me incentivaram e contribuíram, tornando-se excelentes conselheiros de uma mulher e mãe que tentava se recompor a cada instante.

À Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP) por essa oportunidade que me foi dada com o financiamento de meu curso de mestrado na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. À Coordenação da Atenção Básica que agradeço na pessoa da Dra Marta Campagnoni Andrade. Ao Departamento Regional de Saúde de Sorocaba (DRS) que agradeço na pessoa do Diretor Dr. João Marcio Garcia e da Diretora de Planejamento Silvia Ferreira Abrahão,o que demonstraram sua confiança ao me indicar e liberar para as atividades do mestrado.

Aos colegas de trabalho do DRS de Sorocaba que colaboraram fortalecendo algumas de minhas convicções, até então no plano intuitivo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Porto Feliz, campo dessa pesquisa, que agradeço na pessoa da secretária de saúde Dra. Claudia da Costa Meirelles e da coordenadora de gestão, Juliana Segato.

À Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e, em especial, à direção do curso de mestrado profissional em saúde Coletiva da Faculdade e ao corpo docente. Fiquei imensamente lisonjeada ao conviver e aprender com pessoas que, a despeito

de sua humildade e disponibilidade, são internacionalmente reconhecidos como grandes pensadores e pesquisadores.

Aos funcionários da Faculdade que colaboraram, especialmente os profissionais da secretaria acadêmica e da Biblioteca, sempre atenciosos, tolerantes e prontos.

Aos colegas do curso de mestrado profissional, pelo convívio descontraído e solidário de curiosidades e incertezas no qual fomos nos apoiando e fortalecendo.

Aos Gestores e trabalhadores de Saúde com quem convivi, tanto na Região de Itapeva como na Região de Sorocaba.

À minha irmã Valeska e aos amigos, que me apoiaram e pacientemente aguardam meu retorno à vida social, especialmente à Ângela, Fernando, Luciana, Martha, Silvia e Sonia, por suas idéias e conforto nas horas mais difíceis.

À Flávia pela revisão do texto, uma contribuição que não se deteve apenas no seguimento das regras de apresentação.

Ao Prof. Dr. Oziris Simões por sua pronta e precisa elaboração do parecer científico e pelas breves e oportunas conversas de grande auxílio.

À Prof. Dra. Rita de Cássia Barradas Barata, por suas generosas contribuições.

À Prof. Dra. Carla Luppi, Prof. Dra. Maria Cristina e à Prof. Dra. Tania Lago por suas observações e críticas construtivas quando de minha qualificação, contribuindo nos rumos do projeto da pesquisa. E à Prof. Dra. Elen Rose Castanheira que, mesmo impossibilitada de comparecer, carinhosamente se empenhou.

Ao Professor Dr. Nivaldo, a quem sou grata por sua orientação, contribuindo com sabedoria e conhecimento inconteste da saúde pública. Agradeço suas provocações que causaram as inquietudes e inseguranças necessárias à construção dessa pesquisa. Sua intolerância afetuosa foi determinante nesta minha trajetória, ao longo da qual pude conhecer também uma pessoa extremamente generosa.

A ATENÇÃO MATERNA NOS DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DA REGIÃO DE SOROCABA/SP, NO PERÍODO DE 2008 a 2010.

IRIS JERONIMA DA SILVA FURTADO DE MENDONÇA

DISSERTAÇÃO, 2013

Resumo

Atenção primária à saúde (APS) tem sido considerada pelos formuladores e gestores de políticas públicas de saúde como um importante nível reorientador da organização dos Sistemas Nacionais de Saúde, potencializando e garantindo o acesso qualificado aos serviços de saúde. No Brasil, no contexto do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional da Atenção Básica elegeu como modelo de APS a Estratégia Saúde da Família (ESF). Hoje no estado de São Paulo, em decorrência de políticas de saúde anteriores ao SUS, há uma heterogeneidade de modelos de organização da APS. O objetivo deste estudo é analisar comparativamente os dois principais modelos de APS no estado de São Paulo: “programático” e estratégia de saúde da família. Como eixo para desenvolver este objetivo, foi escolhida a atenção materna. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, por meio de estudo de caso, realizado em um município de médio porte, localizado no interior paulista, região de Sorocaba. Foram utilizados dados do SISPRENATAL, no período de 2008 a 2010, como idade gestacional na primeira consulta, quantidade de consultas de pré-natal e puerpério, imunização, realização de exames entre outros. Os resultados demonstram que os registros da assistência ao ciclo gravídico-puerperal nas unidades de saúde analisadas acompanham satisfatoriamente as diretrizes preconizadas pelos gestores do SUS: 7 consultas de pré-natal, exames solicitados, 100% de consulta de puerpério, entre outros. Pequenas diferenças nos indicadores foram encontradas, mas sem grande distinção, revelando não haver superioridade de um modelo sobre o outro. Isto nos leva a concluir que é possível a convivência dessas duas modalidades de organização da APS.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Cuidado pré-natal; Saúde da família; Avaliação de serviços de saúde

THE MATERNAL HEALTH CARE ON DIFFERENTS MODELS OF PRIMARY HEALTH CARE IN A MEDIUM-SIZED COUNTY IN THE SOROCABA/SP REGION, FROM THE YEARS OF 2008 TO 2010.

IRIS JERONIMA DA SILVA FURTADO DE MENDONÇA

Abstract

The Primary Health Care (PHC) has been considered by the policymakers and managers of public health care policies as an important reorienting level in the organization of the National Health Systems, enhancing and ensuring qualified access to the health care services. In Brazil, in the context of Sistema Único de Saúde (SUS – Brazil's Unified National Health), the National Primary Health Care policy elects as a model of Primary Health Care the Family Health Strategy. Nowadays in the State of São Paulo, as a result of health care policies prior to Unified National Health (SUS), there is a heterogeneity in models of organization of the PHC. The aim of this study is to analyze and compare two main models of Primary Health Care (PHC) at the State of São Paulo: "programmatic" and Family Health Strategy. The maternal attention was chosen as a way to develop this objective. This is a descriptive, cross-section and through case study, carried out in a medium-sized city located in the interior region of Sorocaba at the State of São Paulo. Data from SISPRENATAL, such as gestational age at first consultation, amount of prenatal and puerperium consultation, immunization and exams, dated from 2008 to 2010 were used in the study. Results show that the records of assistance to the prenatal-postpartum cycle in the analyzed health care units satisfactorily follow the guidelines recommended by managers of the Unified National Health (SUS): seven prenatal consultation, requested exams and 100% puerperium consultation. Minor differences in the indicators were found, but without great distinction, showing no signs of superiority from one model to another. This leads us to the conclusion that the coexistence of these two kinds of organization for the Primary Health Care is possible.

Key words: Primary health care; prenatal Care; Family Health; Health services evaluation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 1
   1.1. Construção do campo teórico e prático da APS a partir de Alma-Ata 1
   1.2. A Atenção Primária à Saúde no Brasil no Contexto do SUS 10
   1.3. A Atenção Primária à Saúde no estado de São Paulo 16
2. JUSTIFICATIVA E OJETIVOS DA PESQUISA 24
   2.1. Justificativa 24
   2.2. Objetivos 26
3. METODOLOGIA 27
   3.1. O Caso Estudado: Município de Porto Feliz 27
   3.2. Procedimentos Metodológicos 29
      3.2.1. Material 29
      3.2.2. A Atenção às Gestantes e Puérperas 31
      3.2.3. Plano de Análise 36
   3.3. Aspectos Éticos 39
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 40
5. CONCLUSÕES 48
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 51
7. ANEXOS 57

1. INTRODUÇÃO

1.1. CONSTRUÇÃO DO CAMPO TEÓRICO E PRÁTICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A PARTIR DE ALMA-ATA

A trajetória da Atenção Primária à Saúde como política de reorganização do modelo assistencial tem sido tema recorrente de estudos e pesquisas em diversos países.

Embora este estudo não tenha como objetivo principal a revisão histórica ou conceitual sobre a atenção primária à saúde, alguns destaques sobre sua trajetória no mundo e no Brasil são fundamentais para compreensão do recorte feito sobre as diferentes modalidades de organização da atenção básica em São Paulo no contexto da atual política nacional, que tem a estratégia da saúde da família como prioritária na sua reorganização.

Também não se deterá na diferença denominativa entre atenção primária e atenção básica, considerando esta última a denominação adotada no Brasil. Em publicação recente o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde considera que "a atenção básica é a expressão brasileira da atenção primária em saúde, sem que os seus conteúdos signifiquem uma atenção limitada destinada a populações de excluídos sociais" (CONASEMS, 2011: 8).

De acordo com Mello (2009), no Brasil, esta discussão ganha contornos especiais, pois "... em contraste com a tendência internacional do uso 'Atenção Primária' (AP), a expressão 'Atenção Básica' (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais" (p. 205). Entretanto o autor identifica que, mesmo nesses documentos, as expressões são utilizadas alternadamente.

Giovanella, Mendonça (2008) referem que a atenção primária à saúde (APS) é entendida como um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que, no Brasil, durante a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominada atenção básica em saúde.

No contexto mundial, a Conferência de Alma-Ata (1978) constituiu-se em um marco histórico da atenção primária à saúde pelo questionamento dos modelos

verticais da Organização Mundial de Saúde (OMS) para os países em desenvolvimento, especialmente na África e na America Latina, com programas e intervenções seletivas e descontextualizadas, assim como do modelo hegemônico baseado em especialidades médicas. O Brasil esteve ausente nesta Conferência, que contou com a presença de 134 governos e teve seu documento final ratificado em 1979 pela Assembléia Geral da OMS, lançando no âmbito mundial a “Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000” (Giovanella, Mendonça, 2008).

Esse período teve a seu favor um contexto mundial no qual predominavam os governos social-democratas em países europeus. Esses movimentos traziam consigo as críticas ao modelo biomédico hegemônico e propostas de novas abordagens na atenção à saúde que considerassem os determinantes sociais dos processos saúde-doença e que fossem capazes de articular as práticas populares, enfatizando os valores locais e a democratização do conhecimento médico (Giovanella, Mendonça, 2008).

Essa discussão teve como antecedente a renovação da OMS em 1973, quando sua direção foi assumida pelo médico Halfdan Mahler, com experiência em saúde pública em países em desenvolvimento. Conhecido por seu acentuado senso de justiça social, Mahler começou a desenvolver abordagens “alternativas” para a intervenção em saúde. A crítica central sobre as intervenções verticais da OMS referia-se ao fato de que essas não respondiam às principais necessidades de saúde das populações e que seria preciso avançar desenvolvendo concepções mais abrangentes, dentre elas a APS. (Giovanella, Mendonça, 2008).

A Declaração da Conferência de Alma-Ata expressou o reconhecimento das desigualdades do estado de saúde nos povos de diferentes nações e no interior dessas, enfatizando a saúde como um direito humano fundamental, entendida não apenas como ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, introduzindo a importância da promoção e proteção da saúde. Expressava também o direito e dever da participação individual e coletiva no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Para Giovanella, Mendonça (2008), “a concepção de atenção primária expressa na Declaração de Alma-Ata é abrangente, pois considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico” (p. 579).

Vale destacar nessa Declaração a importância atribuída aos cuidados primários para atingir as metas sociais:

> “os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social, - definindo esses - como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento... fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (Declaração de Alma-Ata, 1978).

No ano seguinte, isto é, em 1979, essa Declaração recebeu fortes críticas de Agências Internacionais, culminando em uma reunião na Itália promovida pela Fundação Rockefeller com a colaboração de outras agências como o Banco Mundial, a Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e Desenvolvimento e a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento. Essas críticas referiam-se à Declaração de Alma-Ata como muito abrangente e pouco propositiva. Isso coincidia com um contexto internacional adverso, de baixo crescimento econômico e de maior presença de governos conservadores, que intensificou um embate entre duas concepções sobre atenção primária à saúde: “’APS integral’ e ‘APS restrita’, tendo prevalecido a última, conhecida como ’atenção primária à saúde seletiva’, termo que se refere a intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres” (Giovanella, Mendonça, 2008).

Nos países de industrialização avançada, principalmente os europeus, a atenção primária continuou sendo desenvolvida como um dos níveis de atenção de fundamental importância para o sistema de saúde, mas com ênfase nos cuidados individuais, tanto preventivos como curativos, destacando-se a garantia de acesso universal aos serviços de saúde (Giovanella, Mendonça, 2008).

Após essa síntese sobre as origens das concepções sobre APS, tendo como marco a Conferência de Alma-Ata, suas abordagens e repercussões conforme o

grau de desenvolvimento dos países e de seus contextos políticos e socioeconômicos ao longo do século XX, será feita uma apreciação de reflexões e propostas atuais no contexto do século XXI, especialmente para os países das Américas, com repercussões sobre as formas de organização da APS no Brasil.

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) publicou, em 2007, um documento de posicionamento sobre a "Renovação da Atenção Primária em Saúde (APS) nas Américas", fruto de discussões realizadas em diversos países, que tinham como referência a Declaração de Alma-Ata e que versavam sobre os sistemas de saúde e suas relações com os determinantes de saúde (OPAS/OMS, 2008: i).

> "Ao examinar conceitos e componentes de APS e a evidência de seu impacto, este documento se baseia no legado de Alma-Ata e no movimento de atenção primária em saúde, refina as lições aprendidas com a APS e com as experiências de reforma sanitária, e propõe um conjunto de valores, princípios e elementos essenciais para a construção de sistemas de saúde com base na APS. Pressupõe–se que tais sistemas serão necessários para lidar com a "agenda inconclusa da saúde" nas Américas, assim como para consolidar e manter o progresso alcançado e estar à altura dos novos desafios e compromissos de saúde e desenvolvimento do século vinte e um" (OPAS/OMS, 2008:iii).

O documento não apresenta um molde rígido para que os países se encaixem, antes serve de referência, cabendo a cada país construir e fundamentar sua estratégia de abordagem da atenção primária à saúde fortalecida por sistemas de atenção em saúde a pessoas de áreas urbanas e rurais, independentemente de gênero, idade, etnia, nível social ou religião (OPAS/OMS, 2008).

Enfatiza a saúde como um direito fundamental, apontando para os princípios da universalidade do acesso e da equidade, garantidos pelo sistema de saúde.

> "Um sistema de saúde baseado na APS está conformado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que garantem a cobertura e o acesso universal aos serviços, os quais devem ser aceitáveis para a população e promovem a equidade. Presta atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e a promoção e garante o primeiro contacto do usuário com o sistema, tomando as famílias e as comunidades como bases para o planejamento e a ação. Um sistema de saúde baseado na APS requer um sólido marco legal, institucional e organizacional, além de recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados e sustentáveis. Emprega práticas ótimas de organização e gestão em todos os níveis do sistema para obter qualidade, eficiência e efetividade e desenvolve

> mecanismos ativos com o fim de maximizar a participação individual e coletiva em matéria de saúde" (OPAS, 2008: IV).

Destaca, ainda, a importância de colocar a APS na agenda mais ampla de equidade e desenvolvimento humano, vinculando a renovação da APS aos esforços para fortalecer os sistemas de saúde, promovendo a participação da comunidade e a colaboração intersetorial e investindo no desenvolvimento de recursos humanos. Conclama que se aprenda com as experiências passadas, tanto positivas quanto negativas, difundindo e articulando os papéis e responsabilidades que se esperam de países, organismos internacionais e grupos da sociedade civil envolvidos no processo de renovação.

Assinala que as reformas em saúde envolvem mudanças fundamentais nos processos e no poder políticos, sendo necessários recursos consideráveis aplicados na implementação da visão dos sistemas de saúde com base em uma abordagem renovada de APS.

Esse documento da OPAS/OMS acentua a importância das entidades que apoiam esse empreendimento, as quais trabalham atualmente em ou com APS, como as organizações não governamentais, prestadores de serviços de saúde que trabalham em unidades de atenção primária, associações profissionais que apoiam a APS, alguns governos que apoiam a abordagem abrangente de APS, associações públicas de saúde, universidades e outras lideranças acadêmicas em APS, que podem defender mudanças e a renovação da APS. O processo contínuo de consultas nacionais e regionais da OPAS/OMS nacional já sensibilizou os interessados em renovar a APS e a próxima etapa é criar novos defensores, enfatizando que a Declaração do Milênio e a APS são estratégias complementares. O documento assinala que "infelizmente, a maioria dos 'defensores natos' da APS não está em posição de grande poder político e geralmente possui recursos financeiros limitados" e ressalta que a "APS é uma abordagem essencial para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, uma vez que defende a visão do sistema de saúde como uma instituição social que reflete valores da sociedade" (OPAS/OMS, 2008: 19-20).

Como se vê, há uma diversidade na implantação da APS nos sistemas nacionais de saúde. Essa diversidade também se pode observar no próprio emprego

da expressão atenção primária à saúde. Giovanella, Mendonça (2008) apontam para a falta de uniformidade no uso do termo, identificando três linhas de interpretação:

1) um programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços;
2) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população;
3) de forma abrangente, uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde.

A identificação dessa falta de uniformidade também é expressa, por Boerma (2010):

1- Atenção primária à saúde – ampla estratégia social estabelecida na Conferência de Alma-Ata em 1978, focada na colaboração intersetorial ao lidar com os problemas da comunidade.
2- Atenção primária – prestada por um médico de família e comunidade, responsável por resolver a maioria das necessidades pessoais de saúde em parceria com os pacientes, com a família e com a comunidade.
3- 'Atenção primária estendida' – resposta profissional, quando os pacientes fazem o primeiro contato com o sistema de saúde, entendida como um subconjunto de funções ou serviços prestados no contexto dos sistemas de saúde. Embora esta seja mais limitada que o conceito intersetorial da atenção primária à saúde promulgada na Declaração de Alma-Ata, se bem concebida, pode servir a objetivos mais amplos que o atendimento prestado por um médico de família e comunidade.

Segundo Boerma (2010), essa abordagem "estendida" quanto à atenção primária é a categoria intermediária que está no centro do desenvolvimento da atenção primária em muitos países europeus, e tem sido o foco dos esforços para melhorar a coerência e a coordenação na prestação de serviços de atenção à saúde.

Esse autor discute até que ponto fortalecer a atenção primária pode ser viável para melhorar a coerência do cuidado em saúde e a condução dos sistemas de saúde, uma vez que a atenção primária tem se demonstrado inadequada "por

parecer não haver ninguém ao volante". Coerência e coordenação insuficientes em atenção à saúde têm sido as principais causas de falta de respostas às necessidades da população. Ao analisar a condução de sistemas, o autor observa que as combinações nem sempre fornecem uma resposta bem organizada para os problemas de saúde em uma sociedade e que suas características relevantes não são evidentes. A falta de coordenação e coerência dos vários elementos da atenção à saúde implica prejuízos organizativos do processo de trabalho com metas operacionais nem sempre compartilhadas.

Para Boerma (2010),

> "Em vários países a experiência tem mostrado que a distância entre as necessidades da população e as respostas institucionais pode ser enfrentada no ponto onde normalmente os pacientes ingressam nos sistemas de saúde, no qual seus problemas de saúde são analisados e as decisões sobre que recursos devem ser mobilizados para resolvê-los são tomadas: esse lugar é a atenção primária" (p. 26).

E destaca ainda que incentivos para o trabalho em equipe podem melhorar a qualidade e as habilidades no cuidado individual, mas isto não garante que haja uma maior coordenação entre os diferentes níveis de complexidade dos sistemas e setores de atendimento, isto é, outras medidas específicas serão necessárias para se estabelecer novas formas de suporte que garantam interfaces contínuas, como cadeias de atenção ou redes de atenção integradas (Boerma, 2010).

Conill (2008) apresenta uma trajetória da Atenção Primária à Saúde (APS) em diversos países, especialmente as experiências norte-americana, as de Quebec (Canadá) e os Primary Care na Inglaterra. E, embora identifique diferenças organizativas nessas experiências, a autora observa ser comum a noção de distrito territorial, bem como a existência de dificuldades no acesso, hierarquização, integralidade e regionalização. Considera ainda que "o papel crescente da atenção primária se deveria, em parte, à transferência de cuidados hospitalares para o nível ambulatorial havendo grande diversidade nas formas de organizar e de prestar estes serviços" (Conill, 2008: S10).

Barbara Starfield, médica e pesquisadora em saúde pública, contribuiu significativamente nas áreas de política e gestão de serviços de saúde, sempre enfatizando a importância da atenção primária nos sistemas de saúde. Starfield teve sua obra difundida e reconhecida internacionalmente por especialistas nessa área, inclusive no Brasil, destacadamente pela cooperação técnica entre a Organização

das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Ministério da Saúde. (Starfield, 2002).

A abordagem por ela desenvolvida, para caracterizar a atenção primária abrangente, encontra-se bem sistematizada no estudo de Giovanella, Mendonça (2008), no qual é apresentado um quadro sobre os atributos essenciais específicos da APS, resumidos a seguir:

- Primeiro contato: serviços procurados cada vez que o paciente necessita. Porta de entrada do sistema de saúde que funciona como ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados;

- Longitudinalidade: assunção de responsabilidade pelo paciente com continuidade da relação clínico–paciente ao longo da vida;

- Abrangência ou integralidade: reconhecimento de necessidades biológicas, psíquicas e sociais para todas as faixas etárias, com garantia de acesso a todos os tipos de serviços preventivos e curativos, e encaminhamentos quando necessários;

- Coordenação: entre as diversas ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas;

- Orientação para a comunidade: conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive, bem como da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis, com participação da comunidade nas decisões;

- Centralidade na família: consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro, os quais devem conhecer seus problemas de saúde;

- Competência cultural: reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde–enfermidade (Giovanella, Mendonça, 2008).

Este capítulo demonstrou as diferentes concepções e abordagens sobre a atenção primária à saúde no contexto mundial, diante da pauta recorrente sobre a saúde como um direito fundamental e de seu potencial para responder às principais necessidades individuais e coletivas. A partir da Declaração de Alma-Ata, todos os países foram conclamados a incluir em suas agendas políticas o desenvolvimento de ações voltadas aos cuidados primários de saúde como uma forma de atingir a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”.

No capítulo a seguir, é feita uma reconstituição do desenvolvimento da atenção primária à saúde no Brasil na formulação de políticas e organização do Sistema Nacional de Saúde (SUS).

1.2. A Atenção Primária à Saúde no Brasil no Contexto do Sistema Único de Saúde - SUS

O desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil ocorreu, basicamente, por meio de dois grandes modelos de organização de suas ações: o modelo da Programação em Saúde, na década de 1970, e o modelo do Programa de Saúde da Família, na década de 1990. (Sala et al, 2011).

Conill (2008) aponta as diversas iniciativas ocorridas a partir da década de 1970 que, no Brasil, visavam ampliar as práticas tradicionais de prestação de serviços a populações pobres nos centros de saúde. Assinala que "os conhecimentos acumulados com novos modos de práticas e formação de recursos humanos em nível local não encontraram eco no movimento sanitário, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas e do direito à saúde" (p. S10-11).

De acordo com Fausto, Matta (2007), no Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. "Isto significa afirmar que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas e planejamento em saúde" (p. 43).

A leitura dos textos normativos do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Atenção Básica e estratégia de saúde da família (Brasil, 2006c e Brasil, 2011) e sobre o programa de humanização no pré-natal e nascimento (Brasil, 2000a e b) denota as influências das discussões internacionais, tratadas anteriormente, e nacionais, com destaque para o movimento da reforma sanitária.

Essas discussões foram incorporadas no escopo legal do Sistema Único de Saúde (SUS) e, especialmente, sobre a estratégia de saúde da família, encontram-se ao menos em princípios, explícitos ou propositivos, os atributos da APS elencados por Barbara Starfield.

No contexto do SUS, pode-se considerar que, a partir de 1996, houve um incentivo na política de descentralização e da atenção básica com melhores definições a respeito de repasses financeiros federais:

> "A confluência de um conjunto de fatores parece explicar a emergência do Programa Saúde da Família (PSF) nesse momento: a experiência bem sucedida das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste e o vazio programático para a questão assistencial no SUS [Sistema único de Saúde]. É possível também que oferecer um incentivo financeiro para contratação de equipes se configurasse como uma medida operacionalmente viável para estimular o reordenamento da atenção básica. Se no primeiro documento ministerial elaborado em 1994 o PSF é entendido como um programa, no referencial que se segue passa a ser considerado uma estratégia para reorientação do modelo assistencial com caráter substitutivo das práticas convencionais[1]" (Connil, 2008: S11).

Nessa trajetória, a Norma Operacional Básica de 1996, redefiniu o modelo de gestão do SUS e normatizou o repasse de recursos financeiros aos municípios, tendo como base um valor *per capita* denominado Piso de Atenção Básica (PAB). Essa composição foi redefinida em 1997, desmembrando o PAB em um componente fixo e um componente variável, este destinado ao incentivo de programas estratégicos como o PACS e o PSF.

Paim et al (2011) nos assinala que:

> "o desenvolvimento da atenção primária – ou atenção básica, como é chamada no Brasil – tem recebido muito destaque no SUS. Para isso, têm sido utilizadas diversas estratégias de repasse de recursos (p. ex., o PAB) e organizacionais, em particular o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF). Esses dois programas fizeram parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS. Criado inicialmente como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco, o PSF tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998" (p. 21).

A considerável expansão da cobertura pelo PSF em todas as regiões do Brasil entre 1998 e 2004 é identificada por Conill (2008) como tendo maior ampliação nos municípios menores e maiores coberturas em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). De acordo com a autora, poucos são os trabalhos que avaliam a estrutura física das unidades, assim como os custos e o financiamento e faz referência a um estudo comparativo Nordeste/Sul no qual os trabalhadores referiram baixa satisfação com essa estrutura em ambas as regiões e

[1] Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Saúde que não implantaram essa estratégia passaram a ser denominadas 'UBS convencional' ou 'UBS tradicional'.

modelos de atenção, e a principal diferença entre as equipes do PSF e as tradicionais foi decorrente da presença dos agentes comunitários. Quanto ao desempenho, o programa tende a favorecer um trabalho territorializado, com participação em atividades na comunidade e bons resultados na cobertura de ações programáticas. No entanto, em algumas cidades estudadas no estado do Rio de Janeiro, notou-se que a ação setorial focalizada não parecia modificar a 'lei do cuidado inverso': quanto pior a condição econômica do município pior a cobertura e a qualidade do atendimento (Conill, 2008).

Outros estudos de avaliação demonstram uma discreta superioridade das atividades da estratégia de saúde da família sobre as unidades tradicionais, pois ainda permanecem dificuldades no acesso, na estrutura física, na formação das equipes, na gestão e na organização da rede. Dificuldades estas relacionadas ao baixo financiamento público, segmentação do sistema e frágil integração dos serviços de atenção básica com outros níveis de atenção (Conill, 2008).

Conill (2008) identifica também a presença de duas concepções predominantes de Atenção Primária à Saúde (APS): "a de cuidados ambulatoriais na porta de entrada e a de uma política de reorganização do modelo assistencial, quer seja sob forma seletiva ou ampliada".

De acordo com Fausto, Matta (2007), o PACS e o PSF foram programas que deram expressão à APS na agenda política de saúde nos anos 1990 e, inicialmente guardavam semelhanças com os programas formulados nos anos de 1970.

Ao analisar a trajetória do PACS e do PSF, esses autores apontam dois momentos diferentes do programa: o primeiro, fase de formulação e implantação, no qual ocupava posição marginal na política global de saúde com características de focalização, e o segundo, no qual o PSF surge como proposta organizativa da APS, sendo considerado estratégico para a reorientação do modelo de atenção no SUS (Sistema Único de Saúde). A institucionalização do PACS e do PSF estava associada também à ação do governo federal para enfrentar os altos índices de morbimortalidade infantil e de algumas epidemias em algumas regiões do Brasil, priorizando áreas de maior vulnerabilidade social (Fausto, Matta, 2007).

Desde então, a estratégia de saúde da família tem se expandido, chegando em 2010 a cobrir 98 milhões de pessoas em 85% dos municípios brasileiros (Paim et al, 2011).

A Atenção Básica em Saúde vem assumindo cada vez maior destaque no âmbito jurídico-político. Em 2006, houve a aprovação tripartite do Pacto pela Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 648/2006), que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a sua organização, considerando que a expansão do programa de saúde da família (PSF) o transformou em uma estratégia nacional que se consolidou como prioritária para a sua reorganização, assinalando seu caráter substitutivo em relação à Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes de saúde da família atuam (Brasil, 2006c).

Para o Ministério da Saúde (2006c), a atenção básica caracteriza-se por:

> "um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência 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. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural 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, Portaria GM/MS nº 648, 2006c)

E sobre a Estratégia de Saúde da Família, nesse documento do Ministério da Saúde, encontra-se:

> "além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve estar dirigida à sua reorganização no País, realizando cadastramento domiciliar e diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos ao longo do tempo, de maneira pactuada.
>
> I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
>
> II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo,

> mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
> III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
> IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
> V - ser um espaço de construção de cidadania.
> (Brasil, Portaria GM/MS nº 648, 2006c)

Para o Brasil (2011d):

> "a Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família"

Há, portanto, expectativas de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) publicou, em 2011, um documento intitulado "A Atenção Básica que Queremos", no qual refere que a atenção básica é uma expressão brasileira da atenção primária à saúde, sem que os seus conteúdos signifiquem uma atenção limitada destinada a populações de excluídos sociais. Acentua que a experiência brasileira tem se demonstrado exitosa apesar das limitações estruturais tanto no financiamento como na gestão do trabalho (CONASEMS, 2011).

Nesse documento, ao reconhecer que algumas expressões são utilizadas com diferentes significados em publicações de diversos países e pesquisadores, contextualiza e explica o sentido adotado pelo CONASEMS sobre o conceito de atenção básica e de seus atributos: "... o CONASEMS prefere respeitar a história de construção do SUS e suas lutas contra-hegemônicas, mantendo o uso do termo Atenção Básica – AB" (CONASEMS, 2011 p. 8-9). E sobre os pressupostos dessa concepção de atenção básica, enfatiza que seja estruturante do sistema, ordenadora da rede de atenção e coordenadora do cuidado em saúde.

Ao abordar a Estratégia de Saúde da Família, esta é considerada ainda insuficiente, quer pela abrangência, quer pela pouca resolutividade. São apontadas também as diversas dificuldades enfrentadas pelos municípios na melhoria de sua cobertura, como a insuficiência de profissionais com formação adequada, principalmente médicos, os limites da lei de responsabilidade fiscal no tocante ao percentual de gasto com pessoal na área da saúde, a falta de financiamento solidário tripartite que dê sustentabilidade à estratégia, dentre outras. Ao concluir, sinaliza que a ESF não seja a única estratégia nacional de implementação da atenção básica, mas que se deva garantir também recursos para outras estratégias que considerem e respeitem as diferentes e assimétricas realidades do País, possibilitando uma melhor resposta para as necessidades da população (CONASEMS, 2011).

1.3. A Atenção Primária à Saúde no estado de São Paulo

Os dois grandes modelos de organização da Atenção Primária à Saúde, o de "Programação em Saúde" e o da "Estratégia de Saúde da Família", tiveram e ainda têm uma convivência peculiar no estado de São Paulo.

A peculiaridade de organização da atenção primária à saúde no estado de São Paulo exige uma breve retomada histórica de sua conformação. Essa recuperação é feita por Maria Inês Batistella Nemes (1990), na citação reproduzida a seguir, apoiada no conceito de 'modelo de organização tecnológica do trabalho', desenvolvido por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1988), entendido como o esquema operatório nuclear do trabalho:

> "enquanto forma variável e contraditoriamente adequada de organizar 'internamente' certas práticas referidas à saúde e à doença, ao mesmo tempo em que forma variável e contraditoriamente adequada de suportar a articulação dessas práticas na totalidade social histórica" (Nemes,1990:66).

Nemes (1990) descreve a constituição de um modelo de prática programática em serviços de saúde operado em um momento histórico específico no estado de São Paulo – entre o final dos anos 1970 e a primeira metade dos anos 1980 – inferindo de suas características tecnológicas as concepções acerca da prática que instrumentalizaram o modelo pensado e o modelo concretamente operado da prática programática.

O olhar de Nemes (1990) sobre as práticas sanitárias paulistas busca identificar os momentos históricos de inflexões substanciais no saber que operou o trabalho. Sobre o conceito de "organização tecnológica do trabalho" aponta para uma interconexão entre duas dimensões dessas práticas: a dimensão externa relacionada ao modo como a prática de saúde se articula com as demais práticas sociais e se estrutura para responder aos requerimentos dessa articulação, e a dimensão interna relacionada às particularidades de seu objeto com estrutura e prática próprias; ambas delimitam um determinado processo técnico de trabalho com particulares conexões entre o objeto, os agentes e os instrumentos de trabalho. Uma outra dimensão é a conexão entre o saber e a técnica na construção dos modelos operatórios do trabalho em saúde e a autora destaca que o saber

epidemiológico traz para o interior do saber técnico a pertinência das questões do social (Nemes,1990).

Ao discorrer sobre os grandes modelos de organização tecnológica de saúde pública, identifica quatro grandes fases em São Paulo: a primeira – “Fase Emílio Ribas”, de 1889 a 1925, com a introdução dos fundamentos bacteriológicos; a segunda – “Fase da Educação Sanitária”, de 1925 a 1960, com a primeira reforma administrativa empreendida por Geraldo Paula Souza em 1925, caracterizada por mudanças na concepção do objeto de trabalho: a prevenção da doença e a promoção de saúde sobre o indivíduo; a terceira – “Fase do modelo da programação em saúde”, iniciada em 1967 e a quarta – “Fase da substituição do modelo da Programação”, a partir de 1983 (Nemes, 1990).

No presente estudo, o interesse no “modelo da programação em saúde” se deve à sua particular e ímpar construção no estado de São Paulo, com forte influência no desenvolvimento subsequente de modos de organização das ações de assistência médico–sanitária. Esse é tido como o terceiro grande modelo na análise de Nemes (1990), constituindo-se em um marco institucional a partir da reforma administrativa da Secretaria estadual de Saúde nos anos 1967-1969, também conhecida como “Reforma Leser”, em alusão à primeira gestão de Walter Leser na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

> Essa reforma administrativa promoveu uma desconcentração técnico-administrativa e reorganizou todos os equipamentos de Secretaria de Saúde unindo em um único local, o Centro de Saúde, todas as ações executadas anteriormente por 25 serviços especializados ‘verticais’ (dispensários de lepra, tuberculose, tracoma, postos de puericultura, Centros de Saúde, etc.) (Nemes, 1990. p. 73).

.

E sobre os princípios que dirigiam a reforma de 1967-1969, aponta o que considera características tecnológicas do modelo:

> “ em primeiro lugar, a eleição do Centro de Saúde enquanto unidade ‘sob comando único responsável pelos problemas de saúde pública da comunidade a que serve’, ... a centralização normativa e a criação de sistemas de informação (Nemes, 1990. p.73).

Leser esteve à frente da secretaria estadual de saúde nos anos de 1964-1968 e 1975-1979. Nesse segundo período, retomou a implantação dos programas básicos para os Centros de Saúde. Mota, Schraiber (2011) reproduzem a

importância dada por Leser para essa retomada e a criação de novos Centros de Saúde (CS), por ele considerados como âncoras do Sistema de Saúde, uma primeira porta de atendimento, para depois eventualmente passar para um segundo ou terceiro nível (Mota, Schraiber, 2011).

Foi na segunda metade da década de 1970 que houve a "ampliação da assistência médica individual nos CS paulistas com a implantação da "Programação em Saúde", justamente na segunda gestão de Leser", inspirado na idéia do "modelo programático" inicialmente difundido pela OPAS (Mello et al, 2011. p. 859).

Nos anos 1970 a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e as Secretarias Municipais foram incentivadas a reorganizar seus serviços sob a forma de Programas de Saúde: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde mental, saúde bucal e programas especiais para atendimento à tuberculose e hanseníase, desenvolvidos nos Centros de Saúde da rede estadual. Incentivo este voltado à constituição da ação da Saúde Pública em uma base territorial com acompanhamento das pessoas ali residentes, reduzindo a atenção à demanda espontânea (Sala et al, 2011).

A proposta da Programação em Saúde como política oficial do Estado de São Paulo para a implantação da atenção primária tratou-se de um projeto de extensão de acesso, primeiro nível do sistema de saúde e produção de cuidados específicos. Segundo Mota, Schraiber (2011), essa foi uma formulação original no país, na qual a direção das unidades de saúde foi assumida por médicos sanitaristas (carreira extinta em 1987), de acordo com os princípios da Medicina Integral Preventiva, e a assistência à população usuária dos Centros de Saúde foi pautada na proposta de uma integração médico–sanitária, que articulava a assistência médica e as ações em Saúde Pública (Mota, Schraiber, 2011).

A constituição desse modelo, impulsionado por movimentos sociais e acadêmicos na capital, estendeu-se ao interior, pois se tratava de uma política oficial do estado que investiu em uma infraestrutura própria de Centros de Saúde. É de se destacar a expansão econômica ocorrida nesse período em algumas regiões do interior paulista.

> "O processo de desconcentração industrial no estado de São Paulo, iniciado na década de 1970, alterou profundamente seu mapa e território: a mancha metropolitana da capital se expandiu em direção ao Vale do Paraíba, Sorocaba e às regiões de Campinas e Ribeirão Preto, conglomerados urbanos especializados se

> formaram ao longo de uma densa malha rodoviária e as cidades médias assumiram a liderança do mercado em seu entorno. “O interior não é mais um espaço plano. Tem ‘relevo’ econômico”, afirma Sposito (2012).

Essa experiência da APS no modelo de Programação em Saúde ficou conhecida, mais recentemente, como “modelo tradicional”. Foi disseminada em vários municípios do estado de São Paulo, mantendo-se até hoje como uma das formas predominantes de organização dos serviços de atenção primária paulista (Sala et al, 2011:949).

Jatene (2010) conta que ao assumir, em 1979, o cargo de Secretário Estadual da Saúde, houve nas áreas periféricas mais carentes da cidade de São Paulo, um forte movimento popular, coordenado pelas comunidades eclesiais de base, que reivindicava atendimento aos problemas de saúde mais elementares, como a existência de centros de saúde que garantissem a vacinação das crianças da área. Jatene comprovou o fato comparecendo em muitas dessas assembléias populares.

> “Esse contato, por vezes conflituoso, com a população, que, além das assembléias nos bairros, dirigia-se frequentemente, por ônibus fretados, à sede da Secretaria, onde eram invariavelmente recebidos pelo Secretário, ensinou-me a verdadeira situação de carência que verbalizei com algumas frases como: ‘O problema do pobre não é ele ser pobre, mas o de que seus amigos também são pobres’, ou ‘Só tem assistência quem puder chegar ao posto de atendimento com seu próprio meio de locomoção, o que para a maioria da população quer dizer ‘a pé’, ou ainda ‘Política não é a arte do possível, mas a arte de tornar possível o necessário’. Levantar o necessário obrigou a Secretaria a realizar planejamento abrangente, que, só para a área metropolitana, resultou na proposta de 490 centros de saúde e 40 hospitais (Jatene, 2010. p.12).

Essa experiência em São Paulo contribuiu para que Jatene, ao ingressar no Ministério da Saúde, em 1995, acolhesse a proposta de criação do Programa de Saúde da Família. “Talvez tenha sido esta a maior contribuição que pude dar quando Ministro. O programa, apesar das limitações, progrediu” (Jatene, 2010).

Com o avanço da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica passou a ser responsabilidade dos municípios, que assumiram a gestão de serviços, de equipes e de estruturas preexistentes.

De acordo com Barata (2010), o processo de municipalização no estado de São Paulo teve início em 1987, antes da criação do SUS, quando os Centros de

Saúde estaduais foram municipalizados em todo o estado, exceto na capital, cujo processo findou em 2002. O estado já possuía considerável rede de unidades de saúde de atenção primária, constituída desde meados da década de 1950 e que contava, nos anos 1970, com cerca de 700 centros de saúde. Essa rede era constituída de diferentes tipos de unidades de saúde, algumas com estruturas físicas e equipes reduzidas e outras maiores que desenvolviam mais programas como os de controle de tuberculose, hanseníase, saúde mental, oftalmologia, além das áreas tradicionais de saúde da criança, das gestantes, de vacinação e de vigilância epidemiológica (Barata, 2010. p. 72).

Ainda de acordo com Barata (2010), como o estado de São Paulo já possuía uma grande rede de UBS convencionais, anteriormente ao PSF, muitos municípios mantiveram mais de uma estrutura assistencial de atenção básica: UBS tradicional e PSF, resultando em uma paradoxal desorganização de parte dos programas de saúde existentes, uma vez que não foi possível ao novo modelo substituir adequadamente todas as atividades da rede básica, verificando-se perdas de qualidade na atenção.

Houve, portanto, uma heterogeneidade de modelos de organização da atenção básica em saúde no estado e conflitos decorrentes dessa coexistência. A partir da década de 1990, novos incentivos financeiros do governo federal se dirigiam exclusivamente às estratégias de saúde da família e de agentes comunitários de saúde.

> "A instituição do Piso de Atenção Básica (PAB fixo e variável) possibilitou a retomada e o fortalecimento da política da atenção primária no nível local, mas paradoxalmente num fluxo de centralização normativa federal, principalmente representada no desenvolvimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF). A participação dos estados claramente se viu enfraquecida nesse processo, passando a concentrar suas ações na provisão de serviços na área hospitalar e no apoio e produção e distribuição de medicamentos" (Mello et al, 2011. p. 861).

Por um bom tempo a gestão estadual deixou de assumir responsabilidades ao não tomar para si a gestão da atenção básica. E o "modelo programático", que seguia sem novos incentivos, permaneceu cada vez mais enfraquecido, sem que tenha ocorrido sua plena substituição pelo modelo de estratégia de saúde da família.

Mais recentemente, a responsabilidade estadual sobre a gestão da atenção básica reapareceu com o Projeto de Articuladores da Atenção Básica.

O Projeto de Articuladores da Atenção Básica em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

O Projeto de Articuladores da Atenção Básica teve início em 2009, e previa contar com cerca de noventa articuladores. Profissionais universitários do quadro efetivo da SES/SP foram selecionados para desenvolver ações de apoio, relacionadas à atenção básica, junto aos gestores municipais das 64 Regiões de Saúde do estado, priorizando os municípios com população até cem mil habitantes e mantendo a perspectiva de integração loco-regional.

Esse Projeto, que se constitui um Programa da SES-SP, é resumido a seguir por artigo de autoria de duas médicas sanitaristas, que tiveram papel de destaque na elaboração e condução desse Programa, partilhando da intenção de resgate do papel de apoio estadual aos municípios:

> "Com os processos de regionalização no final dos anos 1990, os estados iniciam um resgate de seu papel político para enfrentamento da fragmentação do sistema público de saúde. Nesse processo, as secretarias estaduais de saúde, representadas pelo Conselho nacional de Secretários de Saúde, passam, a redefinir as funções do Estado junto à Atenção Básica. Na histórica atuação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) na atenção primária, uma das marcas refere-se à expertise profissional nesse campo, que com o processo de municipalização migrou para os municípios ou redefiniu suas áreas de atuação na própria SES-SP. Esse capital humano foi em parte resgatado a partir de 2009 com o Programa Articuladores da Atenção Básica... , uma política de apoio da SES-SP para os municípios, com o objetivo de auxiliar os gestores municipais na qualificação dos serviços de Atenção Básica, com fortalecimento desse nível de atenção... Toma como objeto de trabalho o reconhecimento de prioridades de saúde locais e dos obstáculos para a melhoria da atenção à saúde, na construção conjunta de estratégias e alternativas de enfrentamento dos problemas identificados" (Andrade, Castanheira, 2011. p. 980).

No contexto do Programa de Articuladores, duas iniciativas da Coordenação da Atenção Básica da SES/SP contaram com a participação dos articuladores na comunicação e estímulo à adesão junto aos gestores e equipes de saúde municipais: o "Projeto QualiAB – Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica"[2] e o "Manual para a implantação da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera"[3] (São Paulo, 2010a e b).

O "QualiAB" tem como foco a organização das práticas no cotidiano dos serviços e destina-se aos serviços de atenção básica, organizados segundo diferentes modelos de atenção (Castanheira et al, 2011).

Em julho de 2010, os manuais da Linha de cuidado da gestante e puérpera e o Técnico do pré-natal e puerpério foram editados pela SES/SP e sua distribuição teve por base levantamento das Unidades de Saúde feito pelos articuladores, garantindo que cada unidade de saúde tivesse ao menos um impresso e que cada Gestor municipal tivesse o manual de orientação para a implantação da Linha de Cuidados.

O ano de 2010 foi repleto de iniciativas e eventos da atenção básica no estado de São Paulo. A Secretaria de Estado da Saúde - SES/SP e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) produziram o Documento Norteador para fortalecimento da política de atenção básica no Estado de São Paulo, o qual, em sua redação final aponta:

> "as diretrizes aqui colocadas na forma de "idéias força" serão apreciadas pela Comissão Intergestores Bipartite e, em seguida, encaminhadas aos gestores Nacional, Estadual e Municipal para definir o desencadeamento de ações de fortalecimento e apoio á construção da Política de Atenção Básica no Estado de São Paulo" (São Paulo, 2010c. p. 10).

Nesse Documento está expressa a análise sobre uma organização heterogênea da atenção básica nesse estado, com uma cobertura em torno de 30%

---

2 A avaliação do projeto Quali-AB para a região de Sorocaba foi objeto de tese de doutorado defendida por Stella Brasil –Pisatto em 2011 na UNESP Botucatu, sob orientação de Elen Rose Loudeiro Castanheira.

3 O Manual Técnico SUS/SP foi elaborado com base no texto do Manual Técnico do Pré-Natal e puerpério, editado pelo Ministério da Saúde em 2006. Grande parte do texto reproduz exatamente o original, introduzindo algumas mudanças para adequá-lo à realidade específica do estado de São Paulo, principalmente ao enfrentamento dos fatores que se relacionam às causas mais frequentes de mortalidade materna e neonatal nas várias regiões de saúde do Estado. Suas propostas estão em consonância com as recomendações dos órgãos regulatórios brasileiros e da Organização Mundial de Saúde (OMS). O Manual do Gestor foi elaborado para orientar os gestores do SUS no estado de São Paulo na implantação de Linhas de Cuidado para as gestantes e puérperas nas redes regionais de atenção á saúde.

pela ESF, uma grande quantidade de Unidades Básicas tradicionais e algumas que utilizam os princípios norteadores da ESF, mas que se estruturam a partir de outros arranjos organizacionais. Há uma importante fragmentação não só entre os níveis de atenção, mas também por dentro da própria rede da ABS, trazendo, desse modo, dificuldades para o funcionamento eficaz do SUS (SÃO PAULO, 2010c).

A Resolução SS Nº 61, de 14/06/2011, do governo do estado de São Paulo, dispõe sobre o Programa de Apoio Técnico à Atenção Básica em Saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde - SUS no estado de São Paulo, monitoramento e avaliação da Atenção Básica. Para a SES/SP, é de sua responsabilidade, na política e desenvolvimento do SUS em São Paulo, o papel de reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica em Saúde; sendo de sua competência prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica em Saúde e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos e tecnológicos (São Paulo, 2011).

2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1. Justificativa

O Projeto de Articuladores da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP) possibilitou uma aproximação com os municípios da região de Sorocaba, remetendo a perguntas sobre a diversidade de modelos de atenção básica em saúde, as quais este estudo pretende compreender.

Por trata-se de um mestrado profissional, buscou-se aliar a atuação na atenção básica com as indagações daí advindas. As discussões regionais sobre a atenção à saúde materno-infantil geralmente foram desencadeadas por normatizações legais e pelos indicadores de mortalidade infantil. Entretanto, as discussões sobre o processo de trabalho nas unidades de saúde são recentes na região.

O Projeto de Articuladores da Atenção Básica trouxe essa oportunidade de discussão com as equipes de saúde das UBS, independentemente do modelo adotado. A participação nos Encontros estaduais de Articuladores, promovidos pela Coordenação da Atenção Básica, foi fundamental, pois, ao mesmo tempo em que se formava esse novo grupo de profissionais da SES/SP, a Coordenação nos inseriu no conhecimento e colaboração do Projeto Quali-AB (2010) e das propostas corroboradas nos Manuais Técnico e de Orientação aos Gestores na Linha de Cuidados do Pré-Natal e Puerpério para o estado de São Paulo.

A partir do ano de 1998, houve um grande empenho da Divisão Regional de Sorocaba voltado à implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como uma estratégia inicial em direção à implantação do Programa de saúde da Família (PSF), estimulando e contribuindo tecnicamente com os municípios no conhecimento e providências para essa nova proposta. O aceno com incentivos federais e estaduais, técnicos e financeiros, foi determinante para uma ampla adesão.

O apoio técnico estadual, além de providências regionais para capacitações de equipes, incluía a assessoria na elaboração e consecução de processos seletivos dos profissionais que deveriam se aproximar do perfil previsto na política nacional. Esse perfil já havia demonstrado sua pertinência em experiências bem sucedidas no

país e região metropolitana de São Paulo. Essa assessoria foi uma constante no início e perdurou, ainda que menos acelerada, uma vez que as administrações municipais iam incorporando os conhecimentos necessários à seleção e contando com profissionais já capacitados em estratégia de saúde da família, facilitando a organização e a capacitação de novas equipes.

A implementação do PSF na região do DRS de Sorocaba, ao longo da década de 2.000, ocorreu de modo heterogêneo e cíclico, tanto na comparação entre municípios como internamente, com demonstrações ainda frágeis de mudança de modelo.

A nova composição da equipe, sem os profissionais das especialidades básicas, anteriormente presentes nas Unidades conhecidas como “Centro de Saúde” ou “Posto de Saúde”, parecia trazer à clientela a percepção de que perdera, especialmente no atendimento à gestante e à criança. Havia, por parte de alguns gestores, profissionais das unidades de saúde e de conselheiros de saúde, referência de queixas de mulheres e mães querendo o retorno dos atendimentos por médicos ginecologistas e obstetras e de médicos pediatras para seus filhos. Essas queixas eram mais frequentes nos municípios de médio e grande porte, uma vez que dispunham de especialistas nos anteriores Centros de Saúde que permaneciam na lógica programática, ou de atendimento à demanda espontânea. Além disso, o Programa tinha início em algumas áreas consideradas mais carentes, com um foco seletivo, gerando no imaginário dessa “população alvo” a impressão de que se tratava de algo simplificado para os mais carentes, enquanto aqueles que tinham uma condição social melhor permaneciam se beneficiando do acesso a especialistas. Isto porque, uma vez que o PSF era implantado, as portas das outras unidades de saúde se fechavam para o primeiro contato e, a partir de então, a referência ou não aos especialistas se tornava uma decisão da equipe de saúde, não mais do usuário.

Já nos municípios de pequeno porte, essas queixas eram menores ou inexistentes, e o PSF até veio responder, em parte, às necessidades de saúde e da gestão municipal, pois a garantia de profissionais, antes mais difíceis de se fixarem na região, foi uma realidade a partir de sua implantação. Antes do PSF, muitos sofriam com lacunas, especialmente no atendimento médico, que chegavam a durar meses, tendo que recorrer a serviços dos municípios próximos, em geral de maior porte. Ficavam assim à mercê dessa oferta e abertura, uma vez que, na pactuação

entre gestores, esse mínimo deveria estar garantido por cada gestor municipal, o que era tema recorrente e gerador de tensões e conflitos em reuniões regionais.

Portanto, diante dessa diversidade de modelos no Brasil, particularmente no estado de São Paulo, este estudo pretende contribuir para as discussões sobre a organização da atenção básica, levando em conta a coexistência desses distintos modelos, utilizando como campo de estudo um município de médio porte da região de Sorocaba – interior paulista. Para tanto, elegeu-se a análise dos registros de acompanhamento à gestante e puérpera dispostos na Política Nacional de Humanização do pré-natal para verificar se há diferenças entre as UBS organizadas sob a estratégia de saúde da família e as UBS organizadas no modelo programático. Considerando o que está posto pela política estadual e nacional da atenção básica, pressupõe-se que a ESF tenha um melhor desempenho no cuidado da gestante e puérpera.

2.2. Objetivos

1. Estudar as duas modalidades de organização da atenção básica em saúde: no modelo programático e no modelo de saúde da família em um município de médio porte do interior de São Paulo.
2. Avaliar, comparativamente, os registros de acompanhamento das gestantes e puérperas no modelo programático e no modelo de saúde da família em um município de médio porte do interior de São Paulo.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal, realizada por meio de um "estudo de caso", em um município de médio porte da região de Sorocaba/SP, no período de 2008 a 2010. O foco da pesquisa é a atenção ao ciclo gravídico-puerperal desenvolvido na atenção básica, organizada nas modalidades programática e de saúde da família.

3.1. O Caso Estudado: Município de Porto Feliz/SP

Porto Feliz é um município de médio porte do interior do estado de São Paulo, na região de Sorocaba (Anexo 1). Sua localização, história e origem de seu nome são apresentadas na página eletrônica do município (http://www.portofeliz.sp.gov.br/content.php?t=content&id=15&idm=15). É margeado pelo Rio Tietê e sua história está relacionada com as monções, nome dado às expedições fluviais que partiam de Porto Feliz (na época, Porto Geral de Araritaguaba) e se embrenhavam no sertão em busca de ouro. O porto, que sempre foi para os viajantes que voltavam das expedições o fim de perigos e fadigas, passou a ser naturalmente chamado de feliz. O início do povoamento por portugueses e paulistas se deu a partir de 1693 e em 1797 a povoação foi elevada a categoria de vila com o nome de Porto Feliz.

O município apresenta uma população de 48.893 habitantes e densidade demográfica de 88 habitantes por km², segundo dados do IBGE (2010), e compõe com outros 48 municípios a região do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba (Anexo 2).

O Departamento Regional de Saúde - DRS XVI Sorocaba apresenta uma organização departamental criada pelo Decreto Nº 51.433/2006 (São Paulo, 2006). Essa região é conhecida como uma macrorregião, na qual os 48 municípios se distribuem em três regiões menores, cada qual constituindo um Colegiado de Gestão

Regional (CGR): o CGR de Sorocaba com 20 municípios, o CGR de Itapetininga com 13 municípios e o CGR de Itapeva com 15 municípios, totalizando uma população de 2.243.016 habitantes (IBGE,2010 e DATASUS, 2010).

Dos 20 municípios da região do CGR de Sorocaba, quatro são compostos por uma população acima de cem mil habitantes. Ainda segundo dados populacionais do IBGE e DATASUS (2010), só o CGR de Sorocaba totaliza uma população de 1.518.941 habitantes, destacando-se o município de Sorocaba que apresenta cerca de 1/3 do total da população desse CGR, com 586.625 habitantes.

O município de Porto Feliz, acompanhando a política nacional de saúde, escolheu o modelo da estratégia de saúde da família como uma forma de organização de sua atenção básica, a partir do ano 2000.

O Programa de Saúde da Família apresentou uma cobertura em torno de 35% da população total no período de 2001 a 2006. A partir de então, habilitou-se para o aumento das equipes de saúde da família, passando a apresentar um crescimento de cobertura que culminou em torno de 65% da população total no ano de 2010.

Desde a implantação, a gestão municipal estabeleceu parceria com entidades privadas, tendo sido esse um procedimento comum na maioria dos municípios da região do DRS de Sorocaba no final da década de 1990 e início de 2000.

Carneiro Junior (2011) apresenta apontamentos sobre a relação público e privado na organização e prestação de serviços primários em saúde no SUS, assinalando que esse debate surgiu no contexto da reforma do Estado a partir de 1980, com os questionamentos sobre a eficiência do Estado na realização de bens sociais. As instituições sem fins lucrativos colocaram-se como agentes sociais privilegiados para assumir essa função de parceria com o poder público. A flexibilização da centralidade estatal em relação à responsabilidade direta pela APS surgiu no Brasil a partir de 1990 com a ESF na contratação de profissionais, por meio de parcerias com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, o que possibilitou sua implantação e ampliação.

Em 2007, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Feliz estabeleceu um Termo de Parceria com uma OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público). Foi objeto dessa parceria o “Projeto de Consolidação da Assistência Ambulatorial da Secretaria de Saúde do município de Porto Feliz”, que priorizava a estratégia saúde da família na organização da atenção básica (ISAMA, 2013).

No período estudado, essa parceria se manteve. A OSCIP foi responsável pela contratação de profissionais que compõem as equipes de estratégia de saúde da família no município.

O município de Porto Feliz apresenta cinco Unidades de Saúde com equipes de estratégia de saúde da família, uma Unidade Básica de Saúde com especialidades básicas no modelo programático, um ambulatório de especialidades, um centro de especialidades odontológicas, um ambulatório de saúde mental e um hospital geral com atendimento obstétrico, que dispõe de sete leitos para atendimento ao SUS, realiza partos de risco habitual e tem como referência para o alto risco os municípios de Sorocaba e Itu.

São nove equipes na estratégia de saúde da família, sendo uma UBS com três equipes, uma UBS com duas equipes e quatro três UBS com uma equipe cada.

Foram objeto deste estudo a Unidade de Saúde denominada “PSF Dr. Francisco Moreira Junior”, que possui uma equipe na estratégia de saúde da família, e a “UBS Dr. José Sacramento e Silva”, organizada na modalidade programática.

Para a assistência nas áreas rurais do município, existe uma UBS com estratégia de saúde da família em área de assentamento e uma equipe na estratégia de agentes comunitários de saúde.

3.2. Procedimentos Metodológicos

3.2.1. Material

Foram utilizados dados secundários disponíveis em sistemas oficiais de informação. Tendo como foco a atenção básica em saúde da gestante e puérpera, o sistema consultado foi o SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), por ser um sistema utilizado por ambas as unidades de saúde. O SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), por se tratar de um sistema adotado exclusivamente pelas equipes de saúde da família, serviu como instrumento de apoio para consulta às informações disponíveis no relatório do consolidado anual das famílias cadastradas, gerado pelo sistema da base municipal. Documentos oficiais da Secretaria de Saúde do Estado (SES/SP) e da Secretaria Municipal, relacionados ao tema, bem como relatórios

desses sistemas gerados na base de dados estadual e municipal também foram utilizados.

Neste estudo foram analisados os Indicadores de Processo elencados no Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (Brasil, 2006):

> "- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o 4º mês, em relação à população alvo;
> - Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal.
> - Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.
> - Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos.[4]
> - Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.
> - Percentual de gestantes inscritas que receberam imunização antitetânica (no mínimo duas doses durante o pré-natal ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, ou nenhuma dose nas mulheres com imunização completa).
> - Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a imunização antitetânica" (Brasil, 2006a:12)

Para efetuar a análise, foram verificados os relatórios anuais de indicadores do SISPRENATAL no Componente I – Incentivo à Assistência Pré-Natal, no período de 2008 a 2010. Esse relatório possibilita visualizar o percentual de gestantes inscritas no município e por Estabelecimento Assistencial de Saúde, segundo os indicadores anteriormente descritos.

[4] Exames básicos da gestante: grupo sanguíneo e fator RH, sorologia para sífilis (VDRL), urina tipo I, hemoglobina e hematócrito (Hb/HT), glicemia de jejum, teste anti-HIV, sorologia para hepatite B (HBsAg), sorologia para toxoplasmose, colpocitologia oncótica (papanicolau), (Brasil, MS, 2006a - Manual Técnico).

3.2.2. A atenção às gestantes e puérperas

A escolha da atenção à saúde das gestantes e puérperas considerou a sua posição central nos distintos modelos de organização da atenção básica, alvo de programas governamentais ao longo da história.

Cecatti et al (2004) referem-se à assistência à gestante como uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no Brasil, tendo sido, por muitos anos, especialmente orientada para a melhoria dos indicadores de saúde infantil. Os autores afirmam que um novo paradigma na atenção à saúde da mulher teve como origem a associação entre movimentos de mulheres e profissionais de saúde que foram traduzidos, em 1983, no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde.

Ao instituir o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no ano 2000, o Ministério da Saúde dispôs sobre a execução articulada com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios no desenvolvimento e ampliação do acesso as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos (Brasil, 2000a)

O PHPN é constituído por três componentes: a - Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal; b- Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal; c- Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto (Brasil, 2000a).

O Componente I, de incentivo à assistência pré-natal, trazia como objetivo estimular os estados e municípios a incrementar a qualidade do acompanhamento pré-natal, promovendo o cadastramento de suas gestantes e a articulação com a assistência ao parto e puerpério, seguindo princípios e critérios[5] (Brasil, MS, 2000b).

De acordo com Serruya (2003):

> ‘‘O estabelecimento de critérios buscava municiar os municípios de um modelo básico para a assistência, com as atividades consideradas indispensáveis. A questão em foco era que cada mulher realizasse todas as ações e não que a assistência fosse pensada como uma soma delas: tantas consultas, tantas vacinas, tantos exames. A mudança desta lógica foi fundamental, uma vez que até o momento a questão era de produção de serviços, sem discussão de qual impacto deveria ter (Serruya, 2003: 41).

[5] O Componente I, de assistência ao pré-natal, foi instituído pela Portaria nº 570 na mesma data da Portaria 569 (Brasil, MS, 2000b).

O Ministério da Saúde instituiu o Componente I - Incentivo à Assistência Pré-Natal por meio de ato legal específico, a Portaria 570/2000, que, em seu art. 4º, estabeleceu que a adesão dos municípios a esse componente estava condicionada ao cumprimento dos seguintes requisitos:

> "a - dispor de sistema de assistência pré-natal, ao parto, puerpério e neonatal devidamente organizado, com definição de unidades de referência para o diagnóstico, assistência ambulatorial e hospitalar;
>
> b - dispor de rede ambulatorial para realização do pré-natal e consulta no puerpério;
>
> c - dispor de laboratórios vinculados à sua rede para realização dos exames básicos ou garantir acesso;
>
> d - dispor de Unidade(s) de Referência para o Atendimento Ambulatorial e Hospitalar à Gestante de Alto Risco ou garantir acesso;
>
> e - estabelecer mecanismos de vinculação pré-natal/parto;
>
> f - estabelecer mecanismos de cadastramento no pré-natal das gestantes até o 4° mês da gestação e garantir a realização dos seguintes procedimentos:
>
> 1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4° mês da gestação;
>
> 2. Realizar, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
>
> 3. Realizar 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
>
> 4. Realizar os seguintes exames laboratoriais[6]:
>
> a- ABO-Rh, na primeira consulta;
>
> b- VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
>
> c- Urina – rotina, (elementos anormais e sedimentos) - um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
>
> d- Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
>
> e- HB/Ht, na primeira consulta.
>
> 4.2 Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta;
>
> 4.3 Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante (segunda do esquema recomendado) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
>
> 4.4 Realização de atividades educativas;
>
> 4.5 Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;

[6] O Ministério da Saúde atualizou o Manual Técnico em 2006, incluindo nos exames de rotina a sorologia para hepatite B e a sorologia para toxoplasmose.

> 4.6 Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco"

Nesse ato, o Ministério da Saúde já sinaliza a disponibilização de um sistema de informação – o SISPRENATAL – elaborado pelo DATASUS, com base nos princípios e nas diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, que serviria tanto como um instrumento de gestão, como de acompanhamento da execução dos requisitos condicionados ao incentivo, e poderia ser utilizado pelos níveis de gestão nacional, estadual, regional, municipal, inclusive nas Unidades de Saúde que contavam com o programa instalado.

Para o recebimento do Incentivo à Assistência Pré-Natal, o Ministério da Saúde estabeleceu formas de operacionalização, dispostas no art. 8º da Portaria 570/2000, elencadas a seguir:

> " 1 – O município cadastra as gestantes na 1ª consulta de pré-natal (até o 4º mês de gravidez), através da Ficha de Cadastramento da Gestante do Componente I - Incentivo a Assistência Pré-natal ...;
>
> 2 - A Ficha de Cadastramento da Gestante deverá alimentar o SISPRENATAL ...;
>
> 3 - A Ficha de Cadastramento da Gestante conterá os dados de alimentação obrigatória (Anexo 3) ...;
>
> 4 – A Ficha de Cadastramento será emitida em 02 (duas) vias, uma a ser arquivada no prontuário da gestante na unidade onde a mesma realizou a primeira consulta pré-natal ou consulta de cadastramento, e a outra, encaminhada para digitação das informações no SISPRENATAL;
>
> 5 – Após a alimentação do SISPRENATAL com a Ficha de Cadastramento, o próprio sistema gerará automaticamente um BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) magnético específico, para importação no SIA/SUS, considerado executado se todos os campos estiverem preenchidos e feita a alimentação do SISPRENATAL;
>
> 6- O SISPRENATAL tem duas saídas: uma para alimentar o SIA/SUS e outra para formação da Base de Dados Nacional do próprio sistema.
>
> 7 – No término do pré-natal, após a realização do parto e da consulta do puerpério, com o SISPRENATAL devidamente alimentado, é gerado um BPA magnético que possibilita o pagamento do incentivo – Conclusão da Assistência Pré –natal". (Brasil, MS, 2000b)

Vale destacar a operacionalização desse componente nas unidades de saúde: a cada consulta de pré-natal, o profissional deve preencher a "Ficha de

Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes no SISPRENATAL" (anexo 4), que alimentará o sistema programado para consolidar esses dados.

Por se tratar de uma pesquisa com base em dados secundários, a escolha da atenção à gestante e puérpera foi pautada, também, por ter uma correspondência com o SISPRENATAL, um sistema de informação que apresenta ampla adesão nos municípios e estados do país desde a sua implantação em 2001. Com atualizações frequentes por meio de versões que foram incorporando as inovações de outros sistemas de informação e os avanços do conhecimento técnico-científico sobre o ciclo gravídico-puerperal, O sistema ainda tem como característica importante para a pesquisa a variedade do banco de dados e dos relatórios gerenciais de acompanhamento.

O município de Porto Feliz fez adesão ao Programa PHPN em janeiro de 2002 e iniciou o cadastramento das gestantes em fevereiro. Nesse mesmo ano o SISPRENATAL permitia cadastrar as gestantes que ingressassem no Programa com mais de 120 (cento e vinte) dias de gestação.

Essas informações sobre adesão foram obtidas no Banco do SISPRENATAL Regional de Sorocaba, por meio dos relatórios "Totais de Gestantes por Competência (Data da Primeira Consulta)", e "Municípios Aderidos ao SISPRENATAL em SP" (SISPRENATAL).

Para o período estudado, verificou-se que se realizavam as atividades de pré-natal e puerpério em todas as unidades básicas de saúde, independentemente da modalidade, com a rotina dos respectivos registros no SISPRENATAL.

Como visto anteriormente, o SISPRENATAL foi implantado em 2001 como um instrumento da política nacional para viabilizar a captação e o acompanhamento da gestante, bem como o gerenciamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. O atrelamento desse sistema com a geração de BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) surgiu inicialmente como um forte incentivo[7] e a tradição de ações direcionadas à atenção às gestantes, independentemente do modelo,

[7] As Portarias GM/MS Nº 569 e 570, ambas de 1º de junho de 2000, dispõem sobre incentivos financeiros no Componente I - Incentivo a Assistência Pré-Natal, após a alimentação das fichas de cadastro da gestante, e outro no término do pré-natal, após a realização do parto e da consulta do puerpério. Desde que devidamente inseridos no SISPRENATAL gerará BPA magnético específico. O procedimento da assistência pré-natal é considerado concluído quando realizadas as 6 (seis) consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios, a imunização anti-tetânica, a realização do parto e da consulta do puerpério nas gestantes cadastradas no SISPRENATAL.

facilitaram ao longo do período posterior a sua implantação e a adesão ao registro no sistema.

Gordis (2010), ao abordar a utilização de dados de base populacional, considera como vantagem o fato de minimizar problemas de “representatividade ou generalização”, além de custos bem menores do que no uso de dados primários, e, como desvantagens fatores relacionados à forma de coleta dos dados para fins tributários e administrativos. Os dados podem ser muito limitados pela falta de informações clínicas, detalhes das intervenções e por códigos de diagnósticos inconsistentes.

A alimentação de dados no SISPRENATAL, na maioria dos municípios da região de Sorocaba, apresenta como limitação o fluxo adotado para efetuar o registro, que tem início na UBS com o preenchimento manual da ficha individual da gestante. Em seguida, as fichas são encaminhadas ao setor administrativo da secretaria municipal de saúde (SMS) que recebe as fichas de todas as unidades de saúde que realizam o pré-natal. Na sede da secretaria, os registros são inseridos no SISPRENATAL, instalado em um computador que tem o sistema gerador do BPA.

Disto decorre que, se o preenchimento das fichas estiver incompleto ou incorreto, poderá ser reproduzida a incorreção, ou ser gerada uma série de contatos com a pessoa que fez o preenchimento na UBS, até a obtenção do esclarecimento necessário. Uma das motivações para otimizar esse preenchimento é a geração do boletim de produção, feito na administração central, cujos responsáveis têm uma função administrativa dirigida sob a lógica da produção, vinculada ao financiamento e ao cumprimento de prazos e de regras para a inserção de dados consistentes nos sistemas de informação.

Nos dois modelos de unidade de saúde – programática e da estratégia de saúde da família –, a responsabilidade pela verificação e encaminhamento das fichas é assumida pelo enfermeiro da equipe, que é frequentemente também quem a preenche e providencia a análise dos relatórios de acompanhamento individual, desencadeando as ações necessárias junto aos demais membros da equipe, como, por exemplo, a visita do agente comunitário, a coordenação do agendamento da realização de exames, a previsão de realização de exames e de recebimento dos resultados combinados com a agenda das consultas médicas e de enfermagem posteriores, consultas nas quais se deve identificar a condição de risco e providenciar os encaminhamentos necessários.

Neste estudo foram observados os indicadores de processo que compõem o componente I, de incentivo à assistência, gerados por um dos relatórios do SISPRENATAL.

3.2.3. Plano de Análise

A coleta de dados está organizada em tabelas contendo os dados extraídos dos relatórios gerados pelo SISPRENATAL[8], discriminados por Unidade de Saúde e seu respectivo modelo de atenção e totais por ano no período estudado, os quais estão relacionados abaixo:

a. “Ficha Consolidada das Gestantes – Acompanhamentos Concluídos”,
b. “Ficha Consolidada das Gestantes – Acompanhamentos Não Concluídos”,
c. “Gestantes com Acompanhamento Interrompido no SISPRENATAL” (anexo 5).
d. “Relatório de Indicadores do SISPRENATAL”

Foram analisados os registros dessas fichas do SISPRENATAL realizados no período entre 1º de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2010, em duas unidades de saúde: uma UBS organizada sob o modelo programático com especialidades básicas de clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia (UBS programática), e uma UBS organizada sob a estratégia de saúde da família, com uma equipe constituída por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (UBS com ESF).

Para facilitar a visualização nas tabelas adotou-se a seguinte denominação: “UBS programática” e “UBS da ESF”.

Em ambas as fichas consolidadas das gestantes, seja a “Ficha de Acompanhamentos Concluídos” como a “Ficha de Acompanhamentos Não Concluídos”, constam os registros dos indicadores de processo para acompanhamento e avaliação da assistência pré-natal, dispostos no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

[8] Relatório gerado na versão 2.17 (2012), utilizando o Banco de dados Regional do DRS XVI – Sorocaba e do Município de Porto Feliz.

Foram utilizados os indicadores de processo do Relatório de Indicadores do SISPRENATAL e atualizados na edição do manual Técnico do MS, 2006 : “Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica”.

Caracterização das Unidades Básicas de Saúde

Algumas informações sobre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Porto Feliz/SP constam no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS 2012).

As unidades de saúde estudadas são equidistantes da área central da cidade e têm em parte de seus territórios áreas rurais correspondentes. Algumas das pessoas dessas áreas rurais são atendidas como demanda espontânea, conforme proximidade ou outros fatores. Há uma área de influência da estratégia de saúde da família sobre uma parte dessa área rural, caracterizando uma certa invasão.

A escolha desta unidade da estratégia de saúde da família foi decidida após consultas a profissionais da secretaria municipal que possibilitaram a identificação de semelhanças nas condições sociais e culturais em relação à unidade programática.

Não foi possível incluir nesta decisão a semelhança de percentual de mulheres em idade fértil, pela dificuldade de obter esse dado na unidade programática, uma vez que não é adotada a lógica da territorialização com o cadastro da população adscrita, nem é requisito a utilização do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

Como o SIAB é um sistema desenvolvido para uso das equipes da estratégia de saúde da família, verificou-se que, na unidade de saúde com essa estratégia, o percentual de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), representa 30,91% da população feminina cadastrada na UBS organizada ESF.

Unidade “PSF Dr. Francisco Moreira Junior” – Bairro Vila América:

A unidade está localizada em área periférica urbana, próxima do centro da cidade e apresenta cerca de 1.180 famílias e de 3.850 pessoas cadastradas, das quais 2.033 são mulheres, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, referentes ao ano de 2010 – SIAB Municipal (Sistema de Informação da Atenção Básica), números que estão aumentando desde 2008.

Seu cadastro como estabelecimento de saúde no CNES teve início em fevereiro de 2003. De acordo com dados do SISPRENATAL, a unidade acumula um total de 938 gestantes cadastradas.

O atendimento é realizado por uma equipe da Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal, com a seguinte composição de profissionais: um médico generalista, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um auxiliar de cirurgião dentista, três auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, recepcionistas e auxiliar de limpeza.

A unidade apresenta estrutura física em boas condições, com salas suficientes para as atividades. Para o atendimento às mulheres e gestantes conta com um consultório com banheiro e mesa ginecológica.

UBS Dr. José Sacramento e Silva – Bairro Bambu

A unidade está localizada na região urbana periférica, também próxima à área central da cidade e seu cadastro como estabelecimento de saúde no CNES, teve início em maio de 2004.

A população atendida é de aproximadamente 7.500 habitantes, no modelo programático, com atendimento de demanda espontânea por ordem de chegada e agendamento por especialidade. Sua equipe é constituída por médicos nas especialidades básicas de clínica médica, pediatria e um ginecologista-obstetra, dois enfermeiros, dois cirurgiões dentistas, um auxiliar de dentista, dois auxiliares de enfermagem, dois técnicos de enfermagem, recepcionistas, auxiliares administrativos e de serviços gerais. O pré-natal e a consulta de puerpério são realizados por médico ginecologista-obstetra e por enfermeiro.

A unidade apresenta estrutura física em boas condições, com salas suficientes para as atividades. Para o atendimento às mulheres e gestantes conta com um consultório com banheiro e mesa ginecológica.

3.3. ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de uma pesquisa que utiliza dados secundários disponibilizados em sistemas de informação oficiais do SUS.

Entretanto, por se tratar de estudo de caso em um município, foi obtida uma carta de apoio Institucional da Secretaria de Saúde do município de Porto Feliz, declarando oferecer apoio necessário e conhecimento dos objetivos da pesquisa (Anexo 6).

Essa carta foi precedida por uma carta da pesquisadora que se comprometia a disponibilizar os resultados da pesquisa para utilização a bem do serviço, contribuindo para a condução das políticas de saúde do município e para seu acervo histórico.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Científica do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSC/SP), sem a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 7).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas tabelas 1, 2 e 3 estão dispostos os dados extraídos da "Ficha Consolidada das Gestantes": "Acompanhamentos Concluídos", "Acompanhamentos Não Concluídos" e " Acompanhamentos Interrompidos", das unidades de saúde pesquisadas - a UBS programática e a UBS na ESF.

Foram consultados os relatórios gerados no sistema com base nas fichas das gestantes cadastradas no SISPRENATAL, incluindo a "Ficha de cadastramento da interrupção do acompanhamento" (Anexo 5).

TABELA 1. Total de gestantes e puérperas analisadas nas UBS incluídas no estudo, UBS programática e UBS na ESF, Porto Feliz/SP, período de 2008 a 2010.

	UBS Programática	UBS na ESF
Ano	**Total Gestantes**	**Total Gestantes**
2008	**85**	**73**
2009	**82**	**43**
2010	**101**	**61**
TOTAL	**268**	**177**

Fonte: SISPRENATAL

No período analisado temos um total de 268 gestantes e puérperas com acompanhamento concluído na UBS programática e um total de 177, da UBS na ESF. Na unidade na ESF houve uma diminuição do total de gestantes, entre 2008 e 2010, o que também ocorre entre 2008 e 2009 na unidade programática. Mas não temos certeza se estes totais são de mulheres da abrangência da unidade, pois é reconhecido que há demandas e a vinda de mulheres de outras áreas (Tab. 1).

TABELA 2. Total de gestantes e puérperas analisadas nas UBS incluídas no estudo, por tipo de acompanhamento, Porto Feliz/SP, período 2008 a 2010 .

Ano	Quanti-Dade	Acompanham. Concluído	Acompanham. Não Concluído	Acompanham. Interrompidos	Total Acompanham.
UBS Programática					
2008	Nº	50	22	13	85
	%	58,9	25,9	15,3	
2009	Nº	45	34	03	82
	%	54,9	41,5	3,6	
2010	Nº	66	26	09	101
	%	65,3	25,7	8,9	
UBS na ESF					
2008	Nº	32	27	14	73
	%	43,8	36,9	19,2	
2009	Nº	24	18	01	43
	%	55,8	41,8	2,3	
2010	Nº	22	24	15	61
	%	36,1	39,3	24,6	

Fonte: SISPRENATAL

TABELA 3. Total de gestantes e puérperas analisadas nas UBS incluídas no estudo, por motivo de acompanhamento interrompido, Porto Feliz/SP, período 2008 a 2010

.

Ano	Abortamento		Mudança domicílio		Outros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
UBS Programática						
2008	03	23,1	03	23,1	07	53,8
2009	00	0,0	03	100,0	00	0,0
2010	05	55,5	02	22,2	02	22,2
Total	13	15,3	03	3,6	09	8,9
UBS na ESF						
2008	08	57,1	04	28,5	02	14,3
2009	01	100,0	00	0,0	00	0,0
2010	05	33,3	02	13,3	08	53,3
Total	14	19,2	01	2,3	15	24,6

Fonte: SISPRENATAL

Ao comparar as duas modalidades de unidade de saúde, observamos que para todos os anos analisados a UBS na ESF apresenta maior número de gestantes

cadastradas que não concluíram o pré-natal, se comparada com a unidade programática. Em 2010 a quantidade de gestantes com acompanhamento não concluído é ligeiramente maior que os acompanhamentos concluídos. (Tab. 2)

No ano de 2009, em cada uma das unidades de saúde os percentuais dos acompanhamentos concluídos e dos não concluídos são muito próximos. (Tab. 3)

Na tabela 3, observa-se que no ano de 2008 as Gestantes que tiveram o acompanhamento interrompido apresentam um considerável percentual em relação ao total de gestantes inscritas em cada uma: 15% na UBS programática e 19% na UBS na ESF. Nos anos seguintes, a UBS programática apresenta uma queda acentuada de gestantes que interromperam o pré-natal. A UBS na ESF teve uma acentuada queda em 2009 – somente uma gestante interrompeu o pré-natal e, em 2010 apresentou uma acentuada elevação no número de gestantes que interromperam o pré-natal, somando 15 do total de gestantes inscritas no SISPRENATAL. É de se observar a coincidência para esse ano de 2010, no qual também foi elevado o número de gestantes inscritas que não concluíram o pré-natal.

As tabelas seguintes, 4 a 9, analisam os indicadores das gestantes que concluíram o acompanhamento do pré-natal e puerpério.

TABELA 4. Total de gestantes e puérperas com acompanhamento concluído, UBS programática e UBS na ESF, Porto Feliz/SP, período 2008 a 2010.

	UBS Programática	**UBS ESF (UBS na ESF)**
Ano	**Total Gestantes**	**Total Gestantes**
2008	**50**	**32**
2009	**45**	**24**
2010	**66**	**22**
TOTAL	**161**	**88**

Fonte: SISPRENATAL

TABELA 5. Gestantes com acompanhamento concluído, segundo captação tardia, nº de consultas de pré-natal e consulta de puerpério, na UBS programática e UBS na ESF, Porto Feliz/SP, período 2008 a 2010.

Ano	Captação tardia	< 6 cons pré-natal	6 consultas pré-natal		7 ou + consultas pré-natal		Consultas Puerpério		Total Gestantes
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	
UBS Programática									
2008	**3**	**0**	**14**	**28,0**	**36**	**72,0**	**50**	**100,0**	**50**
2009	**1**	**0**	**18**	**40,0**	**27**	**60,0**	**45**	**100,0**	**45**
2010	**2**	**0**	**14**	**21,2**	**52**	**78,7**	**66**	**100,0**	**66**
UBS m ESF (UBS na ESF)									
2008	**0**	**0**	**02**	**6,3**	**30**	**93,7**	**32**	**100,0**	**32**
2009	**1**	**0**	**08**	**33,3**	**16**	**66,7**	**24**	**100,0**	**24**
2010	**0**	**0**	**07**	**31,8**	**15**	**68,2**	**22**	**100,0**	**22**

Fonte: SISPRENATAL

Em relação à tabela 5, destacam-se dados com mais consistência no período. Tratando-se de acompanhamento concluído, o mínimo a ser encontrado deve ser de seis consultas de pré-natal. E as duas UBS apresentaram percentual significativamente alto de gestantes com sete consultas ou mais, nos três anos analisados, dado que merece destaque para ambas, confirmando a orientação do "Manual técnico do pré-natal e puerpério" (São Paulo, 2010), que já aponta essa condição para o estado, isto é, considerar como indicador o mínimo de sete consultas.

Em 2010 o percentual de gestantes com sete consultas ou mais foi maior na UBS programática do que na UBS da ESF. Há um indicativo de que a UBS programática ofecere um maior número de consultas de pré-natal. Entretanto, no período anterior de 2008 a 2009, a Unidade com ESF apresentou maiores percentuais. Portanto, há que se considerar estes dados em futuras análises.

Em relação ao puerpério, como demonstra a tabela 5, há que se valorizar o trabalho em ambas as UBS, pois as mulheres voltaram para a consulta de puerpério, concluindo o acompanhamento.

Outro aspecto de importante destaque é a baixa captação tardia. Considera-se, para a avaliação da gestante, que a primeira consulta seja realizada antes de completar os 120 dias de gestação, a partir daí é classificada como captação tardia.

Para verificar se há maior agilidade em captar as gestantes mais precocemente, foi feita uma estratificação em quatro faixas de idade gestacional na primeira consulta, com o objetivo de verificar se há diferenças nas duas modalidades de UBS (Tab. 6).

TABELA 6. Faixas de Idade Gestacional em dias na 1ª consulta de pré-natal de gestantes com acompanhamento concluído na UBS programática e na UBS na ESF, Porto Feliz/SP, período de 2008 a 2009.

UBS Progra-mática	**Ano**	**Idade Gestacional**								**Total Gestantes**
		< 60 dias		60-80 dias		81-100dias		101-120 dias		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
	2008	22	47,8	14	30,4	5	10,8	5	**10,8**	**46**
	2009	24	54,5	12	27,2	7	15,9	1	2,2	44
	2010	38	60,3	14	22,2	7	11,1	4	6,3	63
UBS d na	2008	12	37,5	13	40,6	4	12,5	3	9,3	32
ESF	2009	6	26,0	11	47,8	2	8,6	4	17,3	23
	2010	8	36,3	8	36,3	4	18,1	2	9,0	22

Fonte: SISPRENATAL

Verificamos na tabela 6 que na UBS programática, cerca da metade das gestantes realiza a primeira consulta antes de completar 60 dias de idade gestacional, e que na UBS da estratégia de saúde da família, a maioria faz a primeira consulta na faixa de idade gestacional entre 61 - 80 dias.

Este dado nos fornece algumas questões a serem pensadas e melhor analisadas pois esperava-se que com o trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde houvesse maior captação precoce na unidade da Estratégia de Saúde da Família.

TABELA 7. Gestantes com acompanhamento concluído segundo esquema imunizante, UBS Programática e UBS na ESF, Porto Feliz/SP, período 2008 a 2010.

Ano	Imunização		2ª dose ou reforço		Total Gestantes
	Nº	%	Nº	%	
UBS Programática					
2008	38	76,0	12	24,0	50
2009	39	86,7	06	13,3	45
2010	42	63,6	24	36,4	66
UBS na ESF					
2008	27	84,4	05	15,6	32
2009	20	83,3	04	16,7	24
2010	16	72,7	06	27,3	22

Fonte: SISPRENATAL

Em relação à imunização, na UBS na ESF é relativamente maior o número de gestantes já imunizadas em comparação com a UBS programática. É possível que a UBS na ESF tenha um melhor desempenho na vacinação de rotina, no acompanhamento das “fichas espelho” e na ação dos agentes comunitários (Tab. 7).

TABELA 8. Gestantes com acompanhamento concluído segundo exames básicos e teste anti-HIV, UBS programática e UBS na ESF, Porto Feliz/SP, período 2008 a 2010.

Ano	**Exames básicos**		**Teste anti-HIV**		**Total Gestantes**
	Nº	**%**	**Nº**	**%**	
UBS programática					
2008	**50**	**100**	**49**	**98,0**	**50**
2009	**45**	**100**	**45**	**100**	**45**
2010	**66**	**100**	**65**	**98,5**	**66**
UBS na ESF					
	Exames básicos		**Teste anti-HIV**		**Total Gestantes**
2008	**32**	**100**	**32**	**100**	**32**
2009	**24**	**100**	**24**	**100**	**24**
2010	**22**	**100**	**22**	**100**	**22**

Fonte: SISPRENATAL

Quanto à realização dos exames básicos e o teste anti-HIV, as duas UBS apresentaram um excelente indicador. Todas as gestantes das duas UBS, no

período analisado, realizaram os exames básicos preconizados com a rotina completa, e a grande maioria realizou o teste anti-HIV (Tab. 8).

TABELA 9. Gestantes com acompanhamento concluído segundo Registro de risco gestacional, UBS programática e UBS na ESF, Porto Feliz/SP, período 2008 a 2010.

Ano	Registro de Risco Gestacional				Total Gestantes
	Com Registro		Sem Registro		
	Nº	%	Nº	%	Nº
UBS programática					
2008	03	6,0	47	94,0	50
2009	15	33,3	30	66,7	45
2010	66	100,0	00	0,0	66
UBS na ESF					
2008	22	68,7	10	31,3	32
2009	12	50,0	12	50,0	24
2010	20	90,1	02	9,0	22

Fonte: SISPRENATAL

Foram encontrados baixos registros sobre o risco gestacional em ambas as UBS, nos anos de 2008 e 2009, e uma sensível melhora no ano de 2010, nas duas unidades de saúde (Tab. 9).

O registro nas fichas de atendimento requer profissionais treinados e sensibilizados para a importância e os princípios do Programa – PHPN e de seu sistema de informação - SISPRENATAL. Dada a conhecida rotatividade de profissionais médicos e enfermeiros na região de Sorocaba, tanto na programática como na estratégia de saúde da família, a falta ou frágil transição do processo de trabalho podem interferir na qualidade dos registros, o que nem sempre equivale à falta de um diagnóstico por parte do profissional. Se há avaliação de risco e não é feito o registro, há prejuízos no acompanhamento e seguimentos, uma vez que não foi utilizado o SISPRENATAL como um instrumento de monitoramento, restando dúvidas quanto à qualidade da atenção e do vínculo com a gestante.

No período analisado entre 2008 e 2010, não foram encontradas diferenças significativas que indicassem um melhor desempenho da unidade organizada sob a estratégia de saúde da família em relação à unidade organizada no modelo programático.

A análise dos dados sob a luz dos atributos essenciais da atenção básica assinalados por Barbara Starfield (2002), e que também estão, em grande parte,

colocados como princípios do SUS para a atenção básica, aponta para algumas conclusões.

Consideradas as médias de período gestacional na primeira consulta das gestantes cadastradas nas duas modalidades de unidades de saúde, estas demonstram funcionar como a porta de entrada no sistema de saúde.

As ações de rotina registradas no sistema SISPRENATAL, demonstram uma coordenação de ações e uma integralidade na assistência ao pré-natal e puerpério, pois estão assegurados os serviços de apoio diagnóstico, de imunização e de consultas. Não foi objeto de análise o registro do parto, não sendo possível fazer afirmações sobre a qualidade da integração dos serviços ambulatoriais com os hospitalares.

A longitudinalidade ou o vínculo e continuidade do cuidado e a orientação para a comunidade, atributos que, no Brasil, apresentam-se como princípios a serem seguidos na estratégia de saúde da família, não puderam ser analisado neste estudo.

5. CONCLUSÕES

Os Gestores dos sistemas locais de saúde são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território, devendo acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados (Brasil, MS - Port. nº 648 de 2006).

É de responsabilidade do Estado contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde (Brasil, MS - Port. nº 648 de 2006). Tendo em vista a operacionalização da Atenção Básica, o Ministério da Saúde define a saúde da mulher como uma das áreas estratégicas assim como, a inserção preferencial, de acordo com sua capacidade institucional, da estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços (Brasil, MS - Port. nº 648 de 2006).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (Brasil, MS Portaria 569 de 2000), ao incluir um sistema de informações que permitisse o cadastro e o acompanhamento das gestantes, ao mesmo tempo em que atrelava um rol de ações da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, proporcionou a garantia de uma qualidade mínima nessa assistência às gestantes cadastradas. A captação mais precoce da gestante, anterior aos 120 dias de sua idade gestacional, que até o ano de 2002 constituiu-se em um pré-requisito para o cadastro, pode ter influenciado na incorporação desse critério nas unidades de saúde que realizavam o pré-natal.

As fichas contendo as ações a serem informadas no sistema, serviram também de guia para o que se pretendia atingir, induzindo a busca sobre o conhecimento das rotinas do acompanhamento dispostos no Programa PHPN, ainda que alguns profissionais não tivessem conhecimento do manual técnico editado pelo Ministério da Saúde (2000, 2006).

Os objetivos deste estudo foram estudar as duas modalidades de organização da atenção básica em saúde no modelo programático e no modelo de saúde da família em um município de médio porte do interior de São Paulo e avaliar,

comparativamente, os registros de acompanhamento das gestantes e puérperas nesses modelos.

O atendimento aos requisitos da assistência ao Pré-Natal de quantidade de consultas, rotinas padronizadas para exames e imunização analisados com base em um Sistema de Informação – o SISPRENATAL, forneceu indícios de acesso e de garantia a uma assistência de qualidade.

O limite deste estudo é que a análise foi da qualidade dos registros, não sendo possível afirmar sobre a qualidade da assistência. É reconhecida a existência de outras dimensões nesta avaliação, como a qualidade do vínculo com as mulheres, que inclui e vai além da sua condição materna.

Potencialmente espera-se que, pelo processo de trabalho, o uso do SISPRENATAL possa ser um ganho, dada a agilidade e diversidade de informações que proporciona ao acompanhamento das gestantes e puérperas.

Nesse contexto heterogêneo de modalidades de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com a evidente política nacional de investimento com incentivos para a estratégia de saúde da família, este estudo buscou conhecer, em um determinado território, como se operavam as unidades de saúde e se havia grandes diferenças na assistência por elas oferecida. Escolheu-se como traçador a atenção ao pré-natal e puerpério, por ser mais interiorizado nas práticas assistenciais dessas modalidades de UBS.

Em tese, a análise não permitiu avaliar muitos aspectos sobre a qualidade da assistência, mas proporcionou algumas conclusões sobre a convivência dessas modalidades de organização das UBS.

Não houve grandes diferenças na assistência ao pré-natal e ao puerpério nas UBS analisadas.

Foram identificadas diferenças em alguns indicadores, nos quais a unidade na estratégia de saúde da família foi pior que a unidade programática. Pode ser que se deva a fatores relacionados às equipes ou à população conforme a dinamicidade do território. Assim, a superioridade da estratégia de saúde da família, nesse traçador, não se apresentou.

Considerada a história de organização das unidades básicas de saúde no estado de São Paulo, conclui-se que, em vez da negação de uma ou outra, é possível a convivência das duas modalidades, em uma integração de forma articulada que as potencialize.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, MC, Castanheira, ERL. Cooperação e Apoio Técnico entre Estado e Municípios: a experiência do Programa Articuladores da Atenção Básica em São Paulo. Saúde e Sociedade (São Paulo). 2011;20,4,:980-990.

Barata, LRB, Mendes, JDV, Andrade, MC. O Gestor Estadual e os desafios da atenção básica em saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2010; Brasília.

Boerma, WGW. Coordenação e integração em atenção primária européia. In: Saltmann RB, Rico A, Boerma W editores. Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde - Reforma organizacional na Atenção Primária Européia. Tradução de Newton Lemos. Brasília (DF): Ministério da Saúde - OPAS/OMS (Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas); 2010.

Brasil- Pissatto, SBG. Avaliação da qualidade da atenção básica nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba/SP, 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.203 de 05 de novembro de 1996. Aprova a NOB1/96 do SUS. Diário Oficial da União, de 06/11/1996, Brasília (DF).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.882 de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1997 22 dez.;Seção I:10.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 569 de 1º de junho de 2000a. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 200 08 jun.;Seção I:4.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 570 de 1º de junho de 2000b. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 200 08 jun.;Seção I:4.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal: Manual técnico. 3ª edição. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000c. 66p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica - Diretrizes e Orientações. Brasília (DF); 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n° 5. 3ª ed.; 2006a.

Brasil. Portaria MS/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006b. Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2006 23 fev.;43.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2006c 29 mar. Nº 61; Seção 1;71

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 699 de 30 de março de 2006. Regulamenta as dimensões do Pacto pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2006d 03 abr.:49.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Revoga a Portaria GM/MS 648, de 28 de março de 2006, mantendo em vigor as normas expedidas pelo MS com amparo na Portaria nº 648/ 2006, desde que não conflitem com as disposições constantes desta Portaria. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2011a 24 out.:48.

Brasil. Ministério da Saúde-DATASUS. Manual do SisPreNatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - Versão 2.17. [online] Brasília (DF), 2012 Disponível em: http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01 [Acesso em 02 dez 2012].

Carneiro Junior, N, Marsiglia, RG. Disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do PSF em áreas metropolitanas In: Cohn, A organizador. Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, Fundação Ford; São Paulo: Cedec; 2009, p.93-112.

Carneiro Junior, N; Nascimento, VB; Costa, IMC. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. In: Saúde e Sociedade(São Paulo). out/dez 2011;20,4:971-979.

Castanheira, ERL, Nemes MIB, Almeida, MAS, Puttini, RF, Soares, ID, Patrício, KP, et al. QualiAB: Desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saúde e Sociedade (São Paulo). 2011;20;4:935-947.

Cecatti, JG, Lago, TG, Serruya, SJ. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2004;20(5):1281-1289.

Conill, EM. Ensaio Histórico-conceitual sobre Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2008;24(Supl1):s7-s16. [citado em 15 de agosto de 2012]

Danzon, M. In: Saltmann RB, Rico A, Boerma W editores. Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde - Reforma organizacional na Atenção Primária Européia. Tradução de Newton Lemos. Brasília (DF): Ministério da Saúde - OPAS/OMS (Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas); 2010.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde. 06-12 de setembro de 1978, Alma-Ata, URSS. [online] [citato em 22 de outubro de 2011]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf.

Fausto, MCR, Matta, GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In Morosini, MVGC, Corbo, ADA organizadores. Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: PSJV/Fiocruz, 2007.

Giovanella, L, Mendonça, MHM. Atenção primária à saúde. In.: Giovanella, L, Escorel, S, Lobato, LVC, Noronha, JC, Carvalho, AI organizadores. Políticas e sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008: 575- 625.

Gonçalves, RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.São Paulo: Hucitec, ABRASCO,1994.

Gordis, L. Epidemiologia. Revisão técnica e coordenação da tradução Paulo Cauhy Petry. 4ª edição. Rio de Janeiro: editora Revinter; 2010.

Jatene, A. Desenvolvimento da Saúde da Família no Brasil. In: Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasília (DF), 2010. Série I. História da Saúde no Brasil, p. 12-15

Mattos, RA. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: Pinheiro, R, Mattos, RA organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, ABRASCO, 2005. p.33-46.

Mello, GA, Fontanella, BJB, Demarzo, MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e Diferenças Conceituais. Rev. APS. 2009;12,2;204-213.

Mello, GA, Ibanez, N, Viana, ALA. Um olhar Histórico sobre a questão Regional e os Serviços Básicos de Saúde no Estado de São Paulo. Saúde e Sociedade (São Paulo). 2011;20,4:853-866.

Mota, A, Schraiber, LB. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. Saúde e Sociedade (São Paulo). 2011;20,4:837-852.

Nemes, MIB. Ação Programática em Saúde: Recuperação Histórica de Uma Política De Programação. In: Schraiber, LB. Programação em saúde Hoje. Saúde em Debate – série didática. São Paulo: HUCITEC;1990. p. 65-116.

OPAS/OMS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Ed. Brasileira; 2008.

Paim, J, Travassos, C, Almeida, C, Bahia, L, Macinko, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil 1. Publicado on-line 9 de maio de 2011. Disponível em www.thelancet/com.

Sala, A, Luppi, CG, Simões, O; Marsiglia, RG. Integralidade e Atenção primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saúde e Sociedade (São Paulo). 2011;20,4:948-960

Saltmann, RB, Rico, A, Boerma W, editores. Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: Reforma organizacional na Atenção Primária Européia. Tradução de Newton Lemos. Brasília (DF): Ministério da Saúde - OPAS/OMS (Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas); 2010.

São Paulo (Estado). Decreto nº 51.433 de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado, São Paulo: Imprensa Oficial do Estado. 2006 29 dez.;Seção 1:1.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. Organizado por Tania Lago, Karina Calife, Carmem Lavras. São Paulo: SES/SP, 2010a.

São Paulo (Estado). Manual de Orientação ao Gestor para Implantação da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera. Organizado por Tania Lago, Karina Calife, Carmem Lavras. São Paulo: SES/SP, 2010b.

São Paulo (Estado). Resolução SS Nº 61 de 14 de junho de 2011. Dispõe sobre o Programa de Apoio Técnico à Atenção Básica em Saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde - SUS no estado de São Paulo, monitoramento e avaliação da Atenção Básica e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado, São Paulo: Imprensa Oficial do Estado. 2011 15 jun.;Seção 1:115.

Serruya, SJ. A Experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. Tese (Doutorado). Campinas: UNICAMP; 2003.

SISPRENATAL: Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento [programa de computador]. Versão 2.17. Brasil: DATASUS; 2011.

Sposito, E S. O relevo econômico do interior. [Entrevista à Revista da Fapesp] 2012. [citado em 03 de janeiro de 2013] Disponível em : http://revistapesquisa.fapesp.br/2012/07/16/o-relevo-economico-do-interior/.

Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

SITES CONSULTADOS:

Brasil. Ministério da Saúde-DATASUS/MS. Sistemas e Aplicativos Epidemiológicos. 2011b [citado em 22 de novembro de 2011]. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0403.

Brasil. Ministério da Saúde-DATASUS. Manual do SisPreNatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, versão 2.16, 2011c. [citado em 02 de dezembro de 2012]. Disponível em: http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=0204

Brasil. Ministério da Saúde/SAS/DAB. Atenção Básica e saúde da Família. 2011d [citado em 30 de agosto de 2011]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php.

CNES/DATASUS. 2012 [online] [citado em outubro de 2012] Disponível em: cnes.datasus.gov.br.

CONASEMS. A Atenção Básica que Queremos. Organização de Nilo Brêtas Júnior, 2011. [citado em 11 de novembro de 2012] Disponível em: http://www.conasems.org.br/site/index.php/area-de-arquivos/view.download/5/243.

DATASUS. 2010 [online] [citado em junho de 2012]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popbr.def acesso em junho 2012

Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Cazaquistão, 1978, URSS, 6-12 de setembro de 1978. [citado em 22 de novembro de 2011]. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [on line] Censo demográfico 2010. [citado em 22 de março de 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br

ISAMA. 2013 [online] [citado em 06 de janeiro de 2013]. Disponível em:

http://www.isama.org.br/noticias_ver.php?not_id=56&noticia_destaque=&page=2.

São Paulo. SES/SP e COSEMS/SP. Documento Norteador da Atenção Básica no Estado de São Paulo. São Paulo: SES/SP, 2010c [citado em 12 de janeiro de 2012]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/material-tecnico-de-apoio/documentos-referencias/documento-norteador-da-atencao-basica.

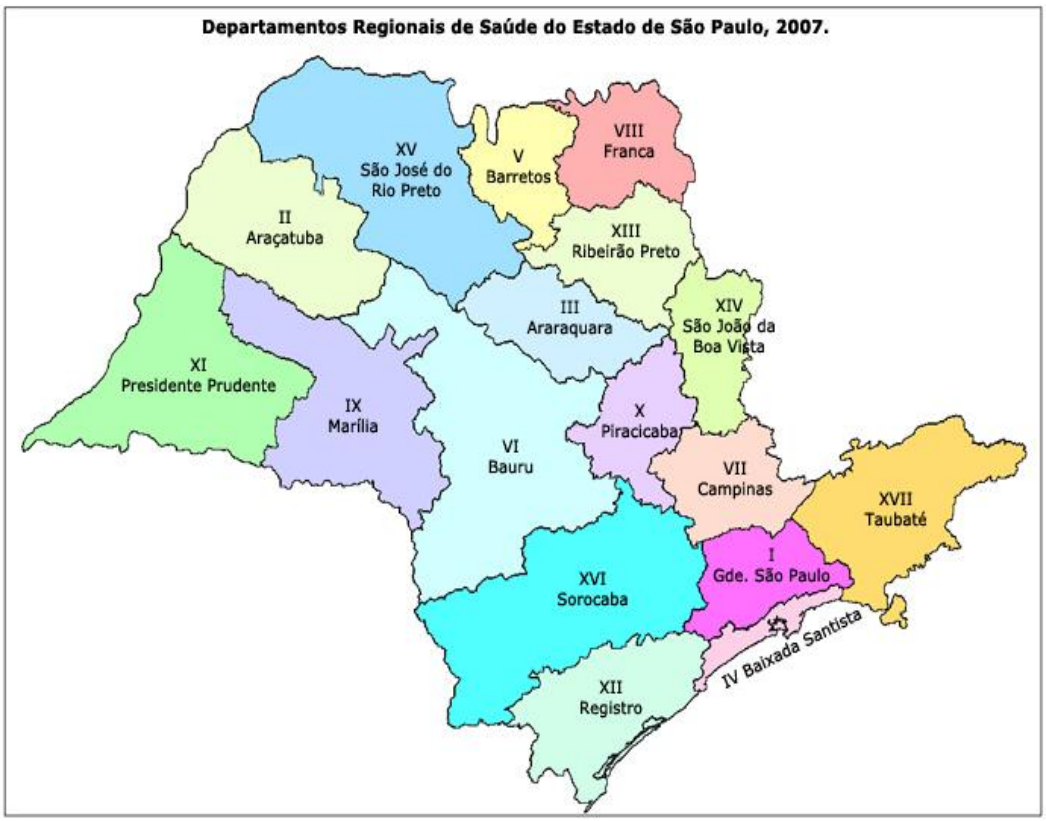
São Paulo, SES/SP. Dados demográficos Tabwin/ DATASUS. [citado em 03 de abril de 2012]. Disponível em: http://sistema.saude.sp.gov.br/tabnet/tabnet.exe?populacao.def.

São Paulo. SES/SP. Documento Norteador para Fortalecimento da Atenção Básica no estado de São Paulo. [citado em 12 de janeiro de 2012]. Disponível em: http://www2.saude.sp.gov.br/resources/geral/destaque_imprensa/diretrizes.pdf).

7. ANEXOS

ANEXO 1

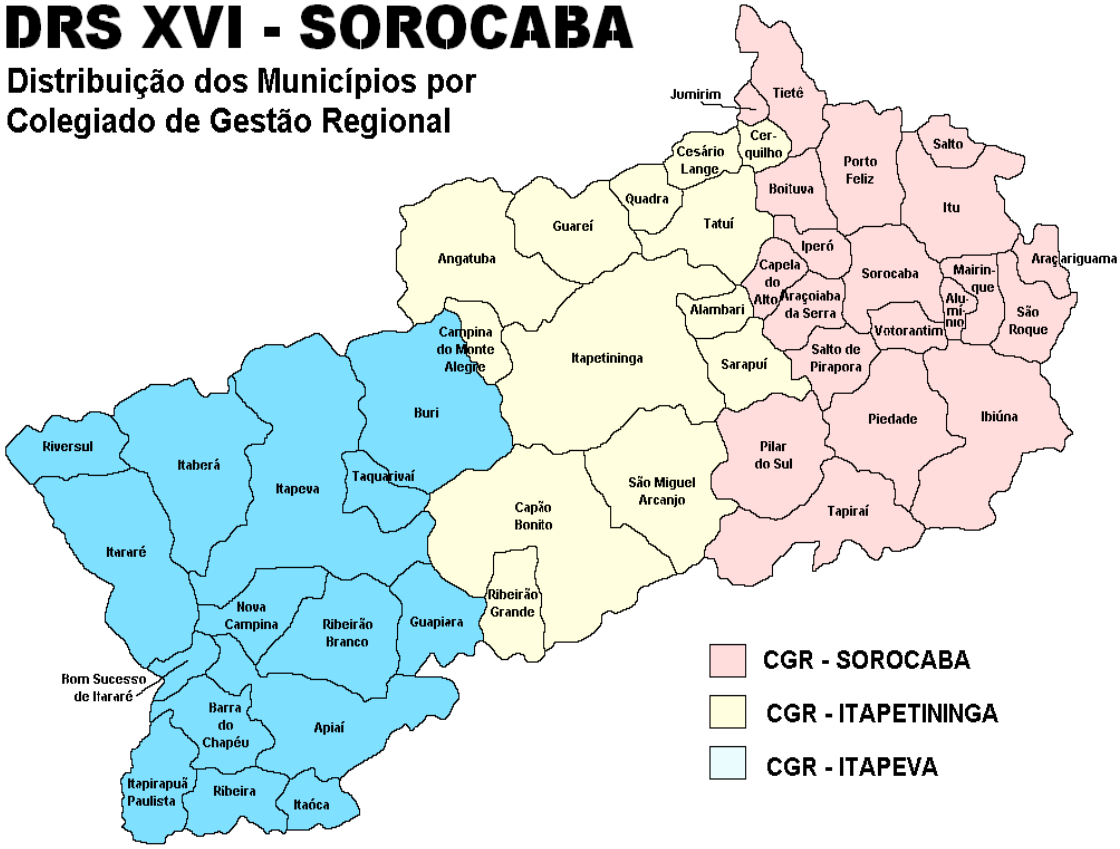
Distribuição geográfica por Departamento Regional de Saúde no Estado de São Paulo, 2007



Fonte: Departamento Regional de Saúde – DRSXVI – Sorocaba/SP, 2010

Anexo 2

Mapa do DRS XVI - Sorocaba/SP



Fonte: Departamento Regional de Saúde – DRSXVI – Sorocaba/SP, 2010

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde	**2.** Código do Estabelec. no CNES
3. Nome do Município	**4.** Código do Município no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

5. Número da Gestação no SISPRENATAL	**6.** Gestante acompanhada pelo PSF	
	Código da Área	Microárea

7. Nome da Gestante	**8.** Data de nascimento
	/ /

9. Nome da Mãe da Gestante	**10.** Raça/Cor

11. Nacionalidade	**12.** Etnia (caso seja índia e brasileira)

13. Endereço Residencial

Número		Complemento	Bairro

Município	CEP	Telefone

Preencher com apenas um dos seguintes documentos

14. Nº do Cartão SUS	**15.** Nº do CPF

16. Certidão de Nascimento ou Casamento

Nome do Cartório		Livro	Folha

17. Identidade

Número	Órgão Emissor

18. Carteira de Trabalho

Número		Série	UF

19. Data da 1ª Consulta de Pré-natal	**20.** Data da Última Menstruação
/ /	/ /

21. Assinatura e Carimbo do responsável pela primeira consulta de Pré-natal	**22.** Código do	Brasileiro Ocupacional resp. pela 1ª consulta	**23.** Cartão Nacional de Saúde do resp. pela 1ª consulta

! Preencher no campo **22** o CBO do profissional do responsável pela primeira consulta, conforme tabela:
223505 - Enfermeira; **225142** - Médico da ESF; **225170** - Médico Generalista.
225125 - Clínica Geral; **223565** - Enfermeira da ESF;
225250 - Ginecologia/Obstetrícia; **223545** - Enfermeira Obstetra;

! No campo **12** a raça/cor, conforme tabela:
1 - Branca; **4** - Parda;
2 - Preta; **5** - Indígena.
3 - Amarela;

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

DATA / /

1. Nome do Estabecimento Assistencial de Saúde		**2.** Código do Estabelecimento no CNES	
3. Nome do Município	**4.** Código do Município no IBGE	**5.** Sigla da UF	**6.** Código da UF no IBGE

Nº	Número da Gestação no Sisprenatal	Nome da Gestante	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	Hiv	Hbs Ag	IgM Toxo	Vacina Anti-tetânica				RG	Consulta Puerperal	LP	TP
													1ª Dose	2ª Dose	Reforço	Imune				
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

Nome e **cartão nacional de saúde (CNS)** do profissional responsável pelo atendimento:

! Preencher as quadriculas "Consulta Pré-Natal e Consulta Puerperal" com o código brasileiro ocupacional (CBO):
223505 - Enfermeira; **225142** - Médico da ESF; **225170** - Médico Generalista.
225125 - Clínica Geral; **223565** - Enfermeira da ESF;
225250 - Ginecologia/Obstetrícia; **223545** - Enfermeira Obstetra;

! No caso dos exames, assinalar com "**X**" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou a consulta naquele dia.
! No caso da vacina anti-tetânica, assinalar com "**X**" de acordo com o Cartão de Imunização da gestante.

! Risco Gestacional, conforme a tabela:
BR - Baixo Risco;
AR - Alto Risco.

! Local do Parto:
PH - Parto Hospitalar;
OE - Out. Est. Saúde;
PD - Parto Domiciliar.

! Tipo do Parto:
PV - Parto Vaginal;
PC - Parto Cesáreo;
FR - Forceps.

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE CADASTRAMENTO DA INTERRUPÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde	**2.** Código do Estabelec. no CNES
3. Nome do Município	**4.** Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	**6.** Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. Número da Gestação no SISPRENATAL	**8.** Gestante acompanhada pelo PSF	
	Código da Área	Microárea

9. Nome da Gestante	**10.** Data de nascimento
	/ /

MOTIVO DA INTERRUPÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO

11. Data da Interrupção	**12.** Selecione o motivo da Interrupção
/ /	☐ Abortamento ☐ Optou por convênio particular ☐ Mudança de Domicílio ☐ Óbito ☐ Outros motivos - (Favor preencher Observações)

13. Observações

14. Assinatura e Carimbo do responsável pela informação da interrupção do Pré-natal	**15.** Código do	Brasileiro Ocupacional resp. pela inf. Interrupção	**16.** Cartão Nacional de Saúde do resp. pela inf. Interrup.

! Preencher no campo **15** o CBO do profissional do responsável pela primeira consulta, conforme tabela:

223505 - Enfermeira;
225125 - Clínica Geral;
225250 - Ginecologia / Obstetrícia;
225142 - Médico da ESF;
223565 - Enfermeira da ESF:
223545 - Enfermeira Obstetra;
225170 - Médico Generalista.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ
ESTADO DE SÃO PAULO
Rua Adhemar de Barros, 529 – Centro – Porto Feliz - SP
Tel\Fax. (15) 3262-3837 –
e-mail:.saude@portofeliz.sp.gov.br

Porto Feliz /SP, 25 de junho de 2012.

CARTA DE APOIO INSTITUCIONAL

Prezados (as) Senhores (as),

Eu, Claudia da Costa Meirelles, RG 12.644.573, Secretária de Saúde de Porto Feliz, venho manifestar meu apoio ao projeto de pesquisa “A Atenção Materna nos diferentes modelos da Atenção Básica em Saúde em um município de médio porte da região de Sorocaba/SP, no período de 2001 a 2010.” de autoria de Iris Jeronima da Silva Furtado de Mendonça junto à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Departamento de Medicina Social.

Esta Secretaria fornece, portanto, total apoio e consentimento a esta pesquisa.

Declaro ainda ter sido informada e estar devidamente esclarecida sobre os objetivos deste estudo.

Atenciosamente,

Drª. Claudia da Costa Meirelles
Secretária de Saúde

Anexo 7

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
COMISSÃO CIENTÍFICA

Parecer No.: 09/2012

Responsável: Prof.Dr. Oziris Simões

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: A Atenção Materna nos diferentes modelos da Atenção Básica em Saúde em um município de médio porte da região de Sorocaba/SP, no período de 2001 a 2010.
Aluno responsável pelo projeto: Iris Jeronima da Silva Furtado de Mendonça.
Nível: Mestrado Profissional
Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Júnior
Data de recebimento de resposta ao parecer 02a/2010:23 de maio de 2012
Data do parecer9/2012:06 de junho de 2012.

2. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS RECEBIDOS

a. Projeto de pesquisa.

3. AVALIAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA SOBRE O PARECER

a. **Título**: adequado.

b. **Introdução e justificativa**: apresenta o tema fazendo uso de revisão da literatura e justificando adequadamente sua pertinência. Sugiro apenas a revisão do texto, para correção de erros de continuidade, em alguns parágrafos e entre os tópicos que compõem a introdução:
Pag1. Segundo paragrafo, ...entre elas, observa ....
Na parte final da introdução, quando são apontadas as justificativas para escolha do município alvo do estudo, poderiam ser apontadas também as qualidades da região, e da cidade que também justificariam a escolha.
O município é de porte médio, apresenta diversidade populacional, tem as variações necessárias no modelo de atenção básica, e, além disso, você tem proximidade e conhecimento do território.
Na pagina 11, o item "1.2. O projeto articulador da ..." aparece sem menção da sua importância para o estudo. Ficam duas alternativas, caso o projeto tenha significado na sua avaliação de realidade, caberia justificar brevemente a sua importância, antes que figure como item da introdução. Em segunda instancia, caso o projeto tenha sido apenas uma forma de tomar contato com a região, então ele pode ser suprimido do contexto.

c. **Objetivos**: adequado.

d. **Método**: Tem detalhamento adequado, contendo os elementos necessários para dar conta dos objetivos. Apenas algumas observações devem ser feitas, o estudo não é descritivo, pois tem a finalidade de identificar a variação dos indicadores de processo, relacionados a atenção primaria a saúde, nos diferentes modelos.
Seria interessante mencionar que dentre os indicadores existentes foram escolhidos os de processo.

Outro aspecto importante é relativo à caracterização socioeconômica e demográfica do município, seria melhor precisar que indicadores serão destacados para verificar a interferência na analise dos dados e até que ponto seria necessária a descrição de dados da região.

Por ultimo, faltou anexar um modelo de termo de consentimento institucional a ser submetido ao secretario municipal de saúde e a demais autoridades regionais e locais de saúde.

e. **Bibliografia**: adequada.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Sugiro que se faça menção e seja apresentado o termo de consentimento institucional, que deve ser apresentado.

5. PARECER FINAL

O projeto de pesquisa foi considerado suficiente para aprovação por esta comissão e indicação de que não há necessidade de submissão do mesmo ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCMSCSP, com as considerações apontadas nos itens anteriores, principalmente a apresentação do termo de consentimento institucional.

Atenciosamente,

_____

Prof. Dr. Oziris Simões

Departamento de Medicina Social