

OFERTA DE SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA

Offer of services in primary health care in a municipality of the state of Bahia

Marluce Maria Araújo Assis¹; Heloíse Canário Sampaio²; Adriano Maia dos Santos³;
Maria Angela Alves do Nascimento⁴; Tairone dos Santos de Oliveira⁵

RESUMO

A organização da rede e a oferta de serviços na Atenção Primária à Saúde (APS) são condições para que qualquer sistema de saúde estruture-se de forma hierarquizada e integral, o que implica em ofertar ações que atendam as demandas/necessidades da população. Este trabalho tem como objetivo caracterizar a oferta de serviços de Feira de Santana-BA (1998-2005), considerando as atividades desenvolvidas por profissionais de nível médio e superior (enfermeiro e médico). Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo. Utilizou-se de dados secundários através das Bases de Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo os resultados apresentados em forma de tabelas e gráficos, articulando a discussão com a produção teórica da área. O município dispõe de 78 estabelecimentos de saúde que compõem a APS, no ano de 2005, com 53,8 % de Unidades de Saúde da Família. Observa-se que a oferta de consultas de enfermagem nos anos de 2001 para 2002 apresenta um aumento superior a 50%; e as consultas médicas clínicas entre os anos de 1998 e 1999 foram ampliadas com uma elevação superior a 50%. Já nos anos de 2001 e 2002, apesar da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), no referido município não houve acréscimo significativo. Conclui-se que houve um aumento considerável da rede e da oferta de serviços na APS com a implantação do PSF no município, a partir de 2002.

ABSTRACT

The organization of the network and the offer of PHC (Primary Health Care) services are necessary conditions so that any health system can be structured in a hierarchical and integral manner. This implies offering services that meet the demands/necessities of the population. This is a quantitative descriptive study having as its objective a depiction of the services offered in Feira de Santana-BA (1998-2005), in relation to the activities developed by the superior and midlevel professionals (doctors and nurses). Secondary data from the Ambulatory Information System of the Unified Health System (SUS) were used, results being presented in the form of charts and graphs, linking the discussion with the theory of the field. The municipality had 78 health centers for PHC services in the year 2005, with 53.8 % of the units using the Family Health concept. One sees that the number of nursing consultations in the years 2001 to 2002 clearly shows an increase superior to 50 %, and the clinical medical consultations between the years 1998 and 1999 showed an increase superior to 50 %. In the years 2001 and 2002, notwithstanding the creation of PSF (the Family Health Program) in the given municipality, there was no significant increase. The conclusion can be drawn that there has been a considerable enlargement of the network and offer of Primary Care services with the implementation of the Family Health Program in the municipality since 2002.

¹ Os dados empíricos analisados neste estudo são partes do Projeto de Iniciação Científica da segunda autora, intitulado "Oferta de serviços na atenção básica à saúde em Feira de Santana-BA (1998 – 2005).", compondo o Projeto "Atenção Básica à Saúde no processo de descentralização da Saúde na Bahia" do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (Nupisc) da Universidade Estadual de Feira de Santana (Uefs). Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb).

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Titular da Uefs. Coordenadora/pesquisadora do Nupisc. Orientadora do trabalho que deu origem ao artigo. Pesquisadora do CNPq. Endereço: Rua C, 121. Conj. ACM. Bairro: Mangabeira. Feira de Santana-BA. CEP: 44036-000. E-mail: marluce.assis@pesquisador.cnpq.br. Telefones: (75) 3221-4264; 3224-8162; 8804-4900.

³ Enfermeira, ex bolsista de Iniciação Científica do Nupisc da Fapesb.

⁴ Odontólogo. Mestre em Saúde Coletiva pela Uefs. Docente da Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Pesquisador do Nupisc.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Titular da Uefs. Vice-coordenadora/pesquisadora do Nupisc.

⁶ Estudante de Medicina da Uefs, do oitavo período. Bolsista PIBIC/CNPq do Nupisc.

⁷ A clínica centrada no sujeito concreto e, não somente, na sua enfermidade, resgatando a integralidade humana. Espaço de relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas, em um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico (CAMPOS, 2003a)

PALAVRAS-CHAVE: Sistema de Saúde/organização & administração. Administração de Serviços de Saúde. Serviços Básicos de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Assistência à Saúde/ organização & administração. Sistema Único de Saúde. Programa Saúde da Família

KEY WORDS: Health System/organization & administration. Health Services Administration. Primary Health Care. Delivery of Health Care/organization & administration. Single Health System. Health Family Program.

INTRODUÇÃO

No Brasil, muitas discussões têm ocorrido acerca do setor saúde, visando maior cobertura e efetividade das ações propostas para a Atenção Primária à Saúde (APS). A prestação de serviços ocorre de maneira hierarquizada, por nível de complexidade tecnológica crescente, no processo de produção do cuidado. Assim, com tecnologia adequada em cada nível, o sistema teria que funcionar baseado na referência e contra-referência, visando o atendimento integral da população. A idéia básica da organização do sistema de saúde é torná-lo resolutivo e pleno de tecnologias adequadas à porta de entrada, através da APS, para que os encaminhamentos para os demais níveis sejam coerentes com cada necessidade/demanda dos usuários. Nesta direção, diversos trabalhos apontam ser este nível capaz de resolver 80% das demandas em saúde, desde que sejam reconduzidas as relações de trabalho, por meio da construção da “Clínica Ampliada”, ressignificação no uso da ferramenta da epidemiologia e incorporação de dispositivos como o vínculo e o acolhimento no fazer cotidiano dos trabalhadores da saúde. (CAMPOS, 2003a; CAMPOS, 2003b; SANTOS *et al.*, 2007).

Os investimentos nesse primeiro nível da atenção acabam interferindo na organização e no adequado funcionamento dos serviços de média e alta complexidade. De acordo com Hartz (2000, p.31), esse nível se constitui “num patamar próprio de atendimento, com capacidade para resolver um elenco de necessidades de saúde que extrapolam a intervenção curativa individual, denominada de necessidades básicas de saúde”.

A APS é analisada por Starfield (2004, p.28) quando realiza em sua obra um amplo debate acerca do equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, definindo-a como:

[...] nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não direciona para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. [...]

compartilha características com outros níveis de sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe [...]

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) convergem com as idéias de Starfield (2004), ao considerarem a APS como porta de entrada para o sistema de atenção à saúde, mas ao mesmo tempo, constitui-se em um nível próprio de atendimento, com capacidade para resolver um elenco de necessidades de saúde que extrapolam a intervenção curativa individual, denominadas de necessidades básicas de saúde.

Nesse contexto de reordenamento das práticas da APS, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de contribuir para o enfrentamento da mortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil (BRASIL, 2000). O Agente Comunitário de Saúde (ACS) passaria a representar o “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde. Nesse sentido, o PACS trouxe contribuições importantes para a organização dos sistemas locais através de uma expressiva interiorização de enfermeiros e do estímulo à criação dos Conselhos Municipais de Saúde (exigências para a implantação do programa).

O PACS se constituiu em estratégia de transição para viabilizar a implantação do PSF em 1994. Para autores como Teixeira (2003), o PSF passa a ser um “programa” que operacionaliza uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde; um instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível.

O PSF, nos últimos anos, contribuiu para o fortalecimento da organização dos demais níveis de complexidade, inclusive possibilitando, ao nível básico, maior incorporação tecnológica e capacidade resolutiva.

Ressalta-se, no entanto, que importantes obstáculos se colocam à frente de quem deseja alterar o modelo de atenção vigente. Segundo Franco e Merhy (2000, p.152), “há um caráter prescritivo, bastante exacerbado, neste programa

que, somado ao isolamento dos profissionais envolvidos em seus núcleos de competência, impede o verdadeiro remodelamento assistencial". O PSF deve, então, modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma que valorize a subjetividade e ações cotidianas construídas pelos diferentes sujeitos da prática, para incorporar a potência transformadora, ou melhor, assumir uma configuração diferente a fim de se tornar, de fato, um dispositivo para a mudança.

Nos últimos anos, houve expressiva ampliação da oferta de serviços básicos em todo o país, através da extensão da rede municipal e da implementação do referido programa, abrindo acesso ao SUS a um grande segmento populacional, rural e urbano, antes excluído. Contudo, segundo o MS (BRASIL, 2000), a APS, de uma maneira geral, com exceção de um número ainda inexpressivo de situações, pouco avançou na ampliação das ações ofertadas em cada unidade de saúde, na qualidade, no volume, na continuidade das ações e nos resultados à população; não alcançando o parâmetro universal de resolução da maioria dos problemas de saúde demandados para este nível.

Ao trazer a oferta de serviços básicos como objeto de análise, Travassos *et al.* (2000) relacionam à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos destinados à atenção à saúde, procurando ressaltar as desigualdades evidentes no país na distribuição de recursos sociais, entre eles os serviços de saúde. Dessa forma, a distribuição nem sempre corresponde à necessidade, ocasionando um déficit na assistência prestada e uma estagnação do setor saúde. Estes entraves que impedem a continuidade do processo precisam ser repensados com o objetivo de saná-los e, assim, proporcionar a ampliação dos serviços ofertados. Dito de outra maneira: a oferta de serviços na APS, especialmente, torna-se um tema privilegiado de discussão por ser uma responsabilidade de todos os municípios brasileiros e pela sua importância nos sistemas municipais de saúde.

Nesse sentido, o recorte geográfico deste estudo é o município de Feira de Santana, cidade pólo da Macro-região Centro-Leste do Estado da Bahia, analisado por Assis (1998); Assis *et al.* (2003) e Bezerra e Nascimento (2005).

Diante do exposto, aponta-se como objetivo: caracterizar a oferta de serviços na rede primária de saúde no referido município (1998-2005), considerando as atividades desenvolvidas por profissionais de nível médio e superior (enfermeiro e médico).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, utilizando dados quantitativos da Base de Dados do Sistema de Informa-

ções Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) do SUS. (DATASUS, 2006). O campo da pesquisa, Feira de Santana, encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme estabelecido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) -2002, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a implementação da Programação Pactuada Integrada (PPI), datada de 2003. (CRUZ, 2005). Assim, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) adquiriu autonomia para coordenar e executar as atividades referentes a todos os níveis de complexidade, juntamente com os estabelecimentos da rede própria, que compõem a rede municipal de atenção à saúde.

Sede da Macrorregião Centro Leste, Feira de Santana abrange uma população de 1.959.599 habitantes e é sede da Microrregião, congregando 27 municípios. (CRUZ, 2005). Para atender as necessidades de saúde de seus cidadãos, tal município conta com um sistema de saúde composto por uma rede de serviços públicos e privados que totalizam 120 estabelecimentos de saúde (dos níveis primário, secundário e terciário). Na rede de serviços de saúde prestados à comunidade encontram-se atendimentos em hospitais, postos e centros de saúde, unidades de Saúde da Família, além de laboratórios conveniados.

As informações selecionadas para análise do estudo abrangeram os seguintes aspectos: rede de serviços que compõe a APS e a oferta de serviços operada por profissionais de nível médio e de nível superior (médico e enfermeiro), disponíveis na base de dados SIA/SUS. É importante ressaltar que todas as informações obtidas levaram em consideração o recorte temporal da pesquisa (1998-2005). No que se refere à organização da rede do nível primário no município, o ano de 2004 não é apresentado, pois o SIA/SUS não disponibilizava tal informação no momento da coleta de dados.

Além destas informações, foram utilizados outros dados, a fim de fornecer maior embasamento para os valores descritos/circunstâncias apresentadas. Assim, foram selecionadas informações abrangendo a cobertura do PSF no referido município, disponível no SIAB, comparando com a cobertura estadual, entre os anos de 1999-2005, a fim de verificar a tendência em ambas as esferas de governo.

Os dados foram tabulados e classificados, dispostos em gráficos e tabelas, para os diferentes anos. A avaliação temporal das variáveis foi traçada a partir da comparação das diferenças entre os valores indicados ano a ano, das diferenças entre o início e o final do período da pesquisa, expressa em porcentagem e articulando a produção teórica da área.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Evolução da rede de serviços da APS em Feira de Santana-BA

Em relação à evolução da rede de serviços da APS em Feira de Santana - BA, no decorrer do período de 1998 a 2003 (Tabela 1), observou-se o crescimento da rede com a inserção do PSF, a partir de 2002 e, conseqüente substituição de algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e postos de saúde para Unidades de Saúde da Família (USF), conforme referem Cruz (2005) e Sampaio (2006) que, ao analisarem a organização da rede de serviços de saúde do referido município, identificam a substituição de UBS por USF, apesar da rede física apresentar condições precárias de funcionamento. Os anos de 1999 e 2001 apresentam grande destaque, pois evidenciam significativo aumento frente ao número de estabelecimentos. Percebe-se a substituição do número de postos de saúde e centros de saúde/unidades básicas para compor as USF, sendo que os Postos de Saúde existentes em 2005 estão sediados na zona rural, devido à dificuldade de inserção de profissionais para atuarem fora dos centros urbanos. Tais resultados sugerem a substituição da rede básica tradicional (não funcionava como filtro obrigatório para atenção especializada) por saúde da família, onde há maior probabilidade de constituir-se em fonte habitual de atenção, de acordo com as análises realizadas por Giovanella *et al.* (2003) em outros municípios brasileiros.

O ano de 2003 também revela que apesar da transição ocorrida na rede, ainda se faz expressivo o número de postos de saúde/centros de saúde/unidades básicas que juntos compõem 64,9% de toda a rede.

Um outro ponto que deve ser discutido frente às várias substituições refere-se à estrutura física das USF existentes no município. Aquino (2002) afirma que tais unidades são compostas por uma estrutura determinada pelo MS como apropriada para o desenvolvimento das atividades referentes ao PSF. Paradoxalmente, a grande maioria dos estabelecimentos do estudo constitui-se de residências alugadas e improvisadas para compor uma USF, segundo estudo realizado em Feira de Santana por Bezerra e Nascimento (2005).

A proposta do PSF caracteriza-se por ter a família como unidade nuclear de atuação, buscar uma integração com a comunidade, na qual se insere, fazer busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, e dar ênfase à prevenção e à educação em saúde (GOLDBAUM *et al.*, 2005). Somado a isso, deve ocorrer a expansão da cobertura com facilitação do acesso, continuidade das ações

de saúde, trabalho em equipe multiprofissional e elevada resolubilidade.

Estudos sobre o município mostram que ocorreu o processo de descentralização com ampliação da rede básica, porém com certo atraso em relação ao resto do país, já que o processo de municipalização da saúde só foi desencadeado de fato em 1998, apesar de vir transcorrendo lentamente desde 1990. (ASSIS, 1998; BEZERRA; NASCIMENTO, 2005; SAMPAIO, 2006). No ano de 1999, houve, no referido município, a implantação do PACS e, em 2001, teve início o processo de reestruturação do PSF (após uma tentativa em 2000), que alcançou maior visibilidade em 2002.

Tabela 1 - Rede de serviços da APS, por tipo de unidade, no município de Feira de Santana, no período de 1998-2003, Jan. / 2006.

Tipo de Unidade	Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Posto de Saúde	n	10	10	16	16	15	15
	%	23,3	21,7	31,4	28,1	28,4	28,4
Centro de Saúde/ Unidade Básica (UBS)	n	32	35	34	40	19	19
	%	74,4	76,1	66,7	70,2	36,5	36,5
Policlínica	n	01	01	01	01	01	01
	%	2,3	2,2	1,9	1,7	2,4	2,4
Unidade de Saúde da Família (USF)	n	00	00	00	00	17	17
	%	0	0	0	0	32,7	32,7
TOTAL	n	43	46	51	57	52	52
	%	100	100	100	100	100	100

Fonte: DATASUS, 2006.

A Tabela 2 caracteriza a rede de serviços na APS nos anos de 2003 e 2005, já que o DATASUS não disponibilizou, até a conclusão do estudo, os dados referentes ao ano de 2004. Verificou-se o crescimento de tal rede em comparação com os referidos anos, onde em 2003 as USF representavam 32,7% da rede e, em 2005, 53,8% de toda a capacidade instalada. Percebe-se que, no decorrer do período, houve a implantação de policlínicas que, em 2005, ocupavam 6,5% do total. Em relação aos postos de saúde e unidades básicas/centros de saúde, ocorreu uma redução já esperada, conforme análise anterior, apresentando respectivamente, 23,3% - 74,4%, em 1998, e 6,4% - 33,3%, no ano de 2005. Apesar disso, ainda se faz expressivo o número de centros de saúde/UBS, em 2005; tal fato reflete a transição e reorganização no desenvolvimento das mudanças a serem implementadas no município. No geral, a capacidade cresceu de um total de 43 estabelecimentos, em 1998, para 78, em 2005.

Tabela 2 - Rede de serviços da APS, por tipo de unidade, no município de Feira de Santana, nos anos de 2003 e 2005 jan. / 2006.

Tipo de Unidade	Ano	2003		2005	
Posto de Saúde		15	28,4	05	6,4
Centro de Saúde / Unidade Básica (UBS)		19	36,5	26	33,3
Policlínica		01	2,4	05	6,5
Unidade de Saúde da Família (USF)		17	32,7	42	53,8
TOTAL		52	100	78	100

Fonte: DATASUS, 2006.

Os resultados do estudo, relativos à rede de serviços de APS, revelaram uma expansão no número de estabelecimentos. Apesar disso, não se pode afirmar que a população dispõe de uma cobertura populacional na rede primária de saúde, uma vez que o estudo não analisou as diferentes características dos serviços de saúde, como espaço para atividades, número de consultórios, entre outras.

Assis *et al.* (2003) reconhecem a expansão da rede básica de Feira de Santana, compatível com os achados do estudo, em consonância com o cenário nacional, conforme referem Monnerat *et al.* (2002), apesar das autoras avaliarem que o acesso aos serviços de saúde ainda é focalizado, seletivo, tecnologicamente atrasado e discriminatório, dirigido ao usuário de baixa renda com menor qualificação no setor formal da economia e à população excluída socialmente. É focalizado, por restringir o atendimento público a determinados serviços ou programas. É seletivo, por se referir à desigualdade de acesso e distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário. É excludente, por ser pautado na lógica do mercado, tendo como consequência a deterioração da qualidade da atenção prestada nos serviços públicos (ASSIS *et al.*, 2003).

Assim, de acordo com Monnerat *et al.* (2002, p.88), verifica-se que a decisão política dos gestores locais foi “investir na atenção básica de forma a ampliar a oferta da atenção primária para inúmeras áreas que se encontravam desprovidas de tais serviços”. Tal iniciativa reflete o interesse frente à disponibilidade de serviços primários de saúde como condição para facilitar o acesso aos serviços e, conseqüentemente, impactar a situação de saúde da população. Nessa perspectiva, Costa e Pinto (2003) apontam que, na década de 1990, foi notável o crescimento da atenção ambulatorial e básica nos municípios brasileiros, em que muitos programas de saúde (o exemplo mais expressivo é o PSF) foram implementados de

modo descentralizado e diretamente associado ao processo decisório municipal e estadual.

Complementando as análises das autoras acima citadas, o estudo de Giovanella e Fleury (1996) discute que o acesso aos serviços de saúde historicamente, no Brasil, tem sido direcionado a problemas específicos, a determinados grupos e programas, o que compromete o princípio da integralidade. Estas ações se caracterizam pela universalização excludente, ao restringirem o acesso a camadas populares, fazendo com que as camadas médias da população se auto-excluam do sistema de atenção público.

O subsistema público, de acordo com Giovanella e Fleury (1996), está constituído por serviços estatais deteriorados, sem recursos, sem credibilidade e que se dirigem à clientela de baixa renda. Porém, as autoras afirmam que tal avaliação, apesar de muito difundida, não pode ser generalizada, de acordo com a realidade de cada município, pois alguns têm evidenciado redes mais acessíveis com melhor qualidade. Ressaltam ainda que os planos de saúde prestam assistência médica individual, porém não realizam ações de caráter coletivo e não oferecem serviços qualificados para o atendimento de grandes emergências.

No entanto, observa-se, no Gráfico 1, a cobertura populacional do PSF entre o estado da Bahia e o município de Feira de Santana, apontando para a ampliação do Programa de Saúde da Família nas duas instâncias. Verifica-se que o referido município obteve crescimento superior ao Estado, chegando em 2005 com 47,81%, contra 32,63%, da Bahia. No período, Feira de Santana vem apresentando rápida ampliação da rede desde o início da implantação do PSF; já o Estado, por representar a totalidade, está caminhando a passos mais lentos. A implantação aconteceu em 1999, na Bahia, porém no referido município o início ocorreu, timidamente, em 2001, com maior visibilidade em 2002. As comparações entre as Tabelas 1 e 2 e o Gráfico 1 demonstram a ampliação da rede da APS ocorrida no período.

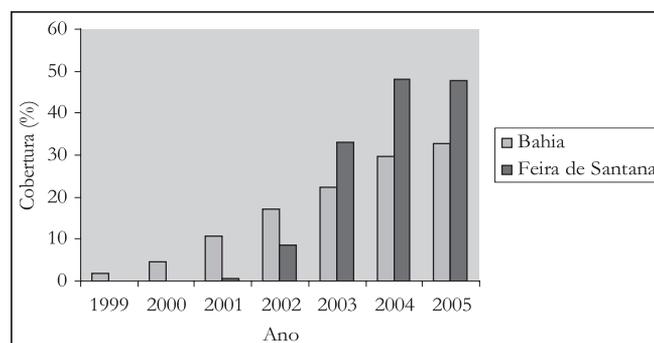


Gráfico 1 - Percentual de Cobertura do Programa Saúde da Família, na Bahia e em Feira de Santana, no período de 1999-2005, Jan./2006.

O PSF evolui (Tabela 1 e 2), numa tentativa de reorientação do modelo de atenção na rede pública do município em foco, trazendo possíveis mudanças nos outros níveis de atendimento à população. No entanto, Rodrigues e Assis (2005) e Santos (2006), em estudos realizados em Alagoinhas-BA, apontam que é importante considerar que existe uma parte da população que não consegue chegar às unidades por diversos motivos como dificuldades de acesso, baixa oferta de serviços e qualidade da atenção, apesar da disponibilidade do serviço.

A APS vista como porta de entrada, em fase de ampliação da cobertura e do acesso e, conseqüentemente, da oferta de serviços, necessita de investimentos na construção, ampliação e manutenção da rede. Giovanella *et al.* (2003) afirmam que a instalação de tais estabelecimentos ocorre em virtude do forte apelo eleitoral, o que vai de encontro às demandas da população. Complementam dizendo que a ausência de uma proposta mais consistente, de um conjunto mais amplo de medidas, do compromisso dos protagonistas responsáveis pela implantação dos programas dificulta a introdução de novas alternativas para melhorar a saúde coletiva.

A implementação do PSF, como alternativa de reorganização dos serviços, busca fundamentalmente alcançar patamares adequados de cobertura e resolubilidade do

sistema local de saúde. Monnerat *et al.* (2002) afirmam que para o MS, o PSF é estratégico para reorientar o modelo de atenção com a perspectiva de superar os dilemas relacionados à falta de resolubilidade da APS, bem como ampliar o acesso aos cuidados de saúde.

A afirmação de Conill (2002, p.86) de que a grande visibilidade do PSF se dá pela presença maciça dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), responsáveis pelas visitas e acompanhamentos dos grupos prioritários se articula a outras pesquisas desenvolvidas no cenário local. (ASSIS *et al.*, 2003; BEZERRA; NASCIMENTO, 2005). No entanto, o presente estudo não teve como pretensão analisar a atuação dos diferentes agentes que atuam na rede básica, mas delinear como a rede foi evoluindo e se organizando para atender as mudanças exigidas para a construção de um novo modelo de saúde - o SUS.

Serviços ofertados na atenção primária por profissionais de nível médio

A Tabela 3 descreve os serviços ofertados pelos trabalhadores de nível médio, tais como: vacinas (doses aplicadas), nebulização, terapia de reidratação oral (TRO), visita domiciliar, curativos, atividade educativa com grupo e administração de medicamento.

Tabela 3 - Serviços ofertados por profissionais de nível médio, pela APS no município de Feira de Santana - BA (1998 – 2005).

	Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Serviços										
Vacinas	n	261.854	440.374	554.621	470.921	654.314	438.667	558.556	348.669	3.727.976
	%	7,02	11,81	14,88	12,63	17,55	11,77	14,98	9,35	100
Nebulização	n	66	1.503	1.869	1.287	2.883	6.541	1.002	8.391	23.542
	%	4,26	6,38	7,94	5,47	12,25	27,78	4,26	35,64	100
Terapia de Reidratação Oral	n	24	23	0	0	745	2.432	112	47	3.384
	%	0,71	0,68	0	0	22,02	71,87	2,12	1,39	100
Visita Domiciliar	n	0	229	328	453	1.275	1.692	87	1.096	5.160
	%	0	4,4	6,36	8,78	24,71	32,79	1,69	21,24	100
Curativos	n	5.038	8.285	12.944	4.450	10.063	7.738	1.400	4.538	54.456
	%	9,25	15,21	23,77	8,17	18,48	14,21	2,57	8,33	100
Atividade Educativa com Grupo	n	04	117	929	747	13.021	18.447	3.450	9.354	46.069
	%	0,01	0,25	2,02	1,62	28,26	40,04	7,50	20,30	100
Administração de Medicamento	n	0	8.811	8.250	6.162	44.054	39.896	6.888	27.215	141.276
	%	0	6,24	5,84	4,36	31,18	28,24	4,88	19,26	100

Fonte: DATASUS, 2006.

No que se refere às atividades de imunização, observa-se um aumento considerável (7,86%) entre os períodos de 1998 e 2000, com posterior oscilação no decorrer dos anos subsequentes. Outro dado que merece destaque é a variação ocorrida entre 2001 e 2002 (ano de transição da implantação do PSF) quando houve um acréscimo de 4,92% no referido serviço ofertado. Nesse momento, houve contratação de novos profissionais de nível médio para a rede básica, com inserção de diferentes agentes em vários setores da saúde local. (BEZERRA; NASCIMENTO, 2005). No entanto, percebe-se redução de 5,63% nas atividades de imunização entre os anos de 2004 e 2005. Esta redução pode ser atribuída à alta rotatividade destes profissionais que foram contratados em regime temporário, levando-os a optar por trabalho em outras unidades de saúde da cidade ou se deslocar para municípios próximos que ofereciam melhores salários, conforme aponta Sampaio (2006).

Além disso, tal realidade se justifica através do calendário estabelecido pelo Programa Nacional de Imunização-PNI (PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO, 2006), cujas metas foram, até o ano 2000, erradicar o sarampo e, até o ano de 2003, eliminar o tétano neonatal. Somado a isso, em 1999, todas as crianças menores de dois anos passaram a receber, em caráter de rotina, a vacina contra a bactéria *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). O PNI também implantou a vacinação de adultos, principalmente em mulheres em idade fértil e idosos a partir de 60 anos (PNI, 2006).

Nesse sentido, houve a ampliação do rol de imunobiológicos oferecidos à população através da rede pública. Estão à disposição imunobiológicos de rotina, nos postos de vacinação, e imunobiológicos especiais, nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). Entre 1995 e 2000, a Fundação Nacional da Saúde (FUNASA) disponibilizou 1,6 bilhões de doses de vacinas à população, saltando de 214 milhões, em 1995, para 329 milhões em 2000, representando 54% de acréscimo. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2006). Os investimentos na compra de imunobiológicos saltaram de R\$ 60 milhões, em 1995, para R\$ 234 milhões, em 2000, representando um acréscimo de 290%. (FUNASA, 2006).

No caso do serviço de nebulização, houve elevação considerável entre 1998 e 1999, porém na transição de 2001 para 2002 o aumento foi superior a 50%. Ainda com a ampliação da rede básica, como foi observado nas Tabelas 1 e 2, houve aumento significativo desta atividade nos anos de 2003 e 2005, conforme mostra a Tabela 3, que expressa o total do serviço oferecido 27,78% e 35,64%, respectivamente.

Na Tabela 3, referente à atividade de Terapia de Reidratação Oral (TRO), observou-se que, no início do período em estudo, era reduzido ou inexistente a realização deste serviço. Após a implantação do PSF ocorreram registros significativos, principalmente nos anos de 2002 e 2003, cujos dados registraram 22,02% e 71,87% respectivamente, do total ofertado no período em estudo. Já nos dois últimos anos, percebeu-se um decréscimo significativo nas taxas de TRO que se aproximam dos valores encontrados no início do recorte temporal. A justificativa para tal fato pode estar relacionada à sub-notificação das informações.

O serviço de curativo revelou oscilação nas taxas no decorrer do período conforme a Tabela 3, onde se percebe um aumento considerável de 14,52% da totalidade apresentada entre os anos de 1998 a 2000 (9,25% e 23,77%, respectivamente, do total ofertado no período). No ano 2001, houve uma queda abrupta reduzindo em mais de 50% a oferta desta atividade à população. No ano de 2002, ocorreu novo aumento superior a 50% frente ao ano anterior. Em análise dos anos subsequentes, observou-se uma redução irregular nas taxas apresentadas com ligeiro aumento em 2005, de 5,76%, em relação a 2004, do total de serviços apresentados no período.

A descrição desses serviços continuamente no texto ocorreu de forma proposital, pois, como pode ser observado na Tabela 3, houve uma elevação considerável de todas as atividades dos profissionais de nível médio com a implantação do PACS/PSF. Posteriormente ao ano de 2001-2002, observa-se certa redução dos registros dos serviços paradoxalmente à ampliação da rede de atenção. A situação pode indicar sub-notificação das informações e a falta de uma política de educação permanente em saúde, envolvendo supervisão e capacitação contínua relacionadas às dimensões técnicas e ao manuseio e utilização do sistema de informações em saúde.

As visitas domiciliares também apresentaram relativo aumento no decorrer do período em estudo, merecendo destaque o ano de 2002 que evidenciou acréscimo superior a 100% em relação ao ano anterior (Tabela 3). Observa-se que, em 1998, não há registro deste serviço; já no ano seguinte, tal prática foi implementada com a inserção do PACS no município. Destaca-se a grande redução apresentada no ano de 2004 com registro de 1,69%, da totalidade do serviço no período. Como se trata de um ano que apresenta dado diferenciado em relação ao período estudado, pode-se inferir a falta de registro da informação.

A Tabela 3 também faz referência ao aumento expressivo apresentado pelas atividades educativas em grupo, no período de 1998 a 2003, que apresentaram, respectiva-

mente, 0,01% e 40,04% do total no período. Nos anos de implantação do PSF (2001-2002), observou-se aumento expressivo (26,64%) do serviço em questão. Já em 2004, percebeu-se queda relevante (32,54%) da taxa com posterior elevação em 2005, porém 50% menor que o valor apresentado em 2003 (ano que contém o maior registro de atividades educativas).

A administração de medicamentos, conforme a Tabela 3, partiu de taxas nulas em 1998 para aumentos lineares significativos, até atingir, no ano de 2002, o percentual de 31,18%, do total apresentado em todo o período. Nos anos subsequentes, ocorreu redução do valor apresentado mesmo com a ampliação da rede de serviços (Tabela 1 e 2), porém não registrando valores próximos ao início do recorte temporal.

Algumas mudanças aconteceram na política de medicamentos para a APS. O estudo de Mendes (2004) mostra que a concepção de medicamentos essenciais – coerente com políticas de focalização para a população -, foi substituída por uma lista de medicamentos (proposta pelas Secretarias Estaduais de Saúde) necessários a um atendimento de qualidade. Em outra pesquisa realizada por Aquino (2002), discute-se que a relação de medicamentos leva em consideração o perfil epidemiológico da área; o PSF, juntamente com a Assistência Farmacêutica do município, deve garantir o acesso e a qualidade dos medicamentos dispensados.

Na situação de Feira de Santana, apesar da oscilação dos dados, o município dispõe de Farmácia Básica na rede de saúde primária, indicando acesso facilitado da população à administração de medicamentos. No entanto, as pesquisas de Assis et al (2003) e Cruz (2005) sobre a realidade em estudo analisam que o município adota um modelo de saúde centrado no procedimento médico, em que o acesso a medicamentos se dá de forma focalizada e excludente.

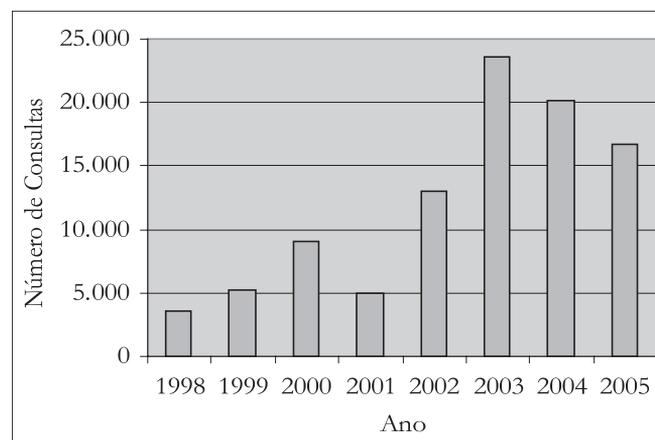
Consultas ofertadas na APS por enfermeiros e médicos

A USF com equipe multiprofissional assume a responsabilidade pelo acompanhamento permanente e sistemático das famílias que residem no território delimitado. A fim de avaliar as mudanças ocasionadas pela implantação do programa sobre os serviços ofertados por profissionais de nível superior na atenção primária do município, pode-se fazer uma análise da produtividade médica e de enfermagem.

As consultas de enfermagem passaram a se destacar com a implantação do PACS no referido município, pois o mesmo estava sob a coordenação deste profissional. O Gráfico 2 descreve a evolução apresentada pelo número

de consultas realizadas pelo enfermeiro, no decorrer do período em estudo. Como pode ser observado, houve um aumento significativo deste serviço ofertado, destacando os períodos de 1998 a 2000, que revelou um acréscimo de 39,7%. A transição de 2001 para 2002 também evidencia um aumento superior a 50%.

Gráfico 2 - Número de Consultas Realizadas por Enfermeiro na APS, segundo o ano, em Feira de Santana no período de 1998-2005, Jan./2006.



Fonte: DATASUS, 2006.

Estes dados refletem a ampliação das atribuições do enfermeiro na USF tais como: realização de cuidados diretos nas urgências e emergências clínicas, realização de consultas com solicitação de exames e prescrição/transcrição de medicações através de protocolo ministerial, execução de ações de assistência integral em todas as fases do ciclo da vida (criança, adolescente, mulher, adulto e idoso), entre outras. O ano de 2003 (Gráfico 2) reflete o maior registro de consultas (23.640) mesmo com a manutenção da rede de estabelecimentos (Tabela 1) apresentada em 2002, evidenciando a efetividade das ações propostas pela PSF. Contraditoriamente, nos anos subsequentes (2004 e 2005), observa-se uma redução do número de consultas realizadas (20.215 e 16.728, respectivamente) mesmo com a abertura de novas USF que foi superior a 50% (Tabela 2). Tal fato pode ser reflexo da precarização do trabalho (ausência de vínculo empregatício, baixos salários, condições de trabalho inadequadas, entre outros), à rotatividade das equipes e, por fim, à sub-notificação.

A atuação da enfermagem no PSF ainda apresenta, como uma de suas atribuições, as visitas/atendimentos domiciliares, realizando ações de saúde em diferentes ambientes. (BRASIL, 2000). A visita/atendimento domiciliar (VD) tem por objetivos prestar assistência ao usuário e família, orientar todos os membros frente a assuntos relacionados à saúde, coletar informações sobre condições sanitárias e

sociais e orientar para o funcionamento de programas na unidade, que se adequem ao tratamento do usuário.

A Tabela 4 descreve o número de consultas de clínica médica realizadas. Percebe-se que, entre os anos de 1998 e 1999, houve uma elevação superior a 50% frente ao serviço ofertado. Nos anos de 2001 e 2002, apesar da implantação do PSF no referido município, não houve acréscimo significativo nos percentuais apresentados. O maior valor registrado foi no ano de 2003 com posterior decréscimo, retornando aos índices apresentados antes da implantação do Programa Saúde da Família (a exemplo dos anos de 2000 e 2001).

É válido ressaltar que muitas consultas anteriormente

Tabela 4 - Número de consultas em clínica médica, realizadas pela APS, no município de Feira de Santana – BA, no período de 1998 – 2005, Jan./2006.

Consultas Ano	Número de Consultas (n)	Percentual (%)
1998	4.776	4,6
1999	10.705	10,3
2000	11.428	10,9
2001	13.147	12,6
2002	15.568	14,9
2003	21.527	20,6
2004	14.634	14,0
2005	12.600	12,1
TOTAL	104.385	100

Fonte: DATASUS, 2006.

realizadas pelo profissional médico passaram a ser de responsabilidade do enfermeiro; isso desencadeou uma redução no número de consultas médicas e elevou o número de consultas de enfermagem. Outro fator que contribui para a diminuição das consultas médicas é a escassez deste profissional para assumir as USF, apesar do salário oferecido, gerando muitas equipes de saúde da família carentes deste profissional.

Em relação a esta questão, o estudo de Assis *et al.* (2003) analisa que a nenhum profissional de saúde, em particular, cabe a possibilidade de projeção e execução da totalidade de ações demandadas pelos usuários, embora permaneça mantida a centralidade do modelo médico, por este executar a ação nuclear da definição diagnóstica e terapêutica sendo, portanto, o principal mediador entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços.

No modelo de atenção implantado pelo PSF, a organização da assistência e os tipos de profissionais apresentam diferenças, em comparação com a APS “tradicional”, que podem modificar os padrões de utilização ou procura de

serviços de saúde. (GOLDBAUM *et al.*, 2005). Assim, este programa parece se mostrar eficaz no município de Feira de Santana para reorganizar a APS, o que possibilita o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde.

CONCLUSÕES

O estudo mostra que houve ampliação da rede de APS em Feira de Santana, cresceu de um total de 43 estabelecimentos, em 1998, para 78, em 2005. No entanto, não se pode afirmar que a população dispõe de uma cobertura que atenda de fato as suas demandas e necessidades, considerando que foi apenas caracterizado o quantitativo de estabelecimentos na série histórica de 1998-2005.

Identifica-se a expansão do PSF com crescimento superior ao ocorrido no Estado, chegando em 2005 com 47,81%, contra 32,63%, da Bahia. Verificou-se que tal implantação aconteceu em 1999 na Bahia, porém no referido município o início ocorreu, timidamente, em 2001, com maior visibilidade em 2002.

Observa-se um aumento considerável nas atividades de imunização (7,86%) entre os períodos de 1998 e 2000, com posterior oscilação no decorrer dos anos subsequentes. Outro dado que merece destaque é a variação ocorrida entre 2001 e 2002, quando houve um acréscimo de 4,92% no referido serviço ofertado.

No caso do serviço de nebulização houve elevação considerável entre 1998 e 1999, porém na transição de 2001 para 2002 o aumento foi superior a 50%, indicando a influência do PSF no aumento da oferta deste serviço.

A atividade de TRO é intensificada após a implantação do PSF, principalmente nos anos de 2002 e 2003, cujos dados registraram 22,02% e 71,87% respectivamente, do total ofertado no período de 1998-2005.

O serviço de curativo revelou oscilação nas taxas no decorrer do período, em que se percebe um aumento considerável de 14,52% da totalidade apresentada entre os anos de 1998 a 2000. Nos anos subsequentes, observou-se uma redução irregular nas taxas com ligeiro aumento em 2005, de 5,76%, em relação a 2004, do total de serviços apresentados no período.

As visitas domiciliares também apresentaram relativo aumento no decorrer do período, merecendo destaque o ano de 2002 que evidenciou acréscimo superior a 100% em relação ao ano anterior.

As atividades educativas em grupo, de 1998 a 2003, apresentaram respectivamente, 0,01% e 40,04% do total

no período. Nos anos de implantação do PSF (2001-2002), observou-se aumento expressivo (26,64%) do serviço em questão. Já em 2004 percebeu-se queda relevante (32,54%) da taxa com posterior elevação em 2005, porém 50% menor que o valor apresentado em 2003 (ano que contém o maior registro de atividades educativas).

A administração de medicamentos partiu de taxas nulas em 1998 para aumentos lineares significativos, até atingir, no ano de 2002, o percentual de 31,18%, do total apresentado em todo o período.

Em relação à oferta de serviços (consultas médicas clínicas e de enfermagem), observam-se os seguintes resultados: aumento significativo das consultas de enfermagem, destacando de 1998 a 2000, que revelou um acréscimo de 39,7%. A transição de 2001 para 2002 também evidencia um aumento superior a 50%; as consultas médicas entre os anos de 1998 e 1999 foram ampliadas com uma elevação superior a 50%, já nos anos de 2001 e 2002, não houve acréscimo significativo nos percentuais apresentados.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, R. Texto de apoio I. Estratégia saúde da família. In: _____. **Pólo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para a saúde da família - Bahia**: manual do treinamento introdutório das equipes de saúde da família. São Paulo: Fiocruz/UnB, 2002. p.22-38.
- ASSIS, M. M. A. **As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado**. 1998. 313f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
- ASSIS, M. M. A. *et al.* Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3. p.815-823, jul./set. 2003.
- BEZERRA, N. O.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Implantação do Programa Saúde da Família em Feira de Santana-BA no ano de 2000 como experiência piloto: vontade política ou interesses políticos? **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.29, n.2, p.175-188, jul./dez. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000. p.10-35.
- CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v.10, n.2, p. 7-14, abr./jun. 2003b.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003a. 185p.
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, supl., p.119-202, dez. 2002.
- COSTA, N. R; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65. p.156-171, out./dez. 2003.
- CRUZ, M. F. A. **Caracterização dos serviços privados do município de Feira de Santana – Bahia**. 2005. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestrado em Saúde Coletiva, Feira de Santana-BA, 2005.
- DATASUS. **Base de Dados do Sistema de Informações do SUS**. Disponível em: <[http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: 05 jan. 2006 a 12 jan. de 2006.
- FRANCO, T. B; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6, 1999, Águas de Lindóia-SP. Anais.... Águas de Lindóia: Associação Paulista de Saúde Pública, 2000, v.2, p.145-153.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br>>. Acesso em: 12 jan. 2006.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Porta de entrada? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.278-289, set./dez.2003.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.177-198.

GOLDBAUM, M. *et al.* Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.1 p.90-99, jan. 2005.

HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.21, p.29-35, dez. 2000.

MENDES, E. V. **O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda.** Belo Horizonte: UFMG, 2004. (Digitado).

MONNERAT, G. L. *et al.* A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.509-521, 2002.

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO (PNI) Disponível em: <http://www.pni.gov.br>. Acesso em: 12 abr. 2006.

RODRIGUES, A. Á. A. O; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.29, n.2, p. 273-285, jul./dez. 2005.

SAMPAIO, H. C. **Oferta de serviços na atenção básica à saúde em Feira de Santana – Bahia (1998–2005).** 2006. 69 f. Monografia (Graduação em Enfermagem)- Departamento de Saúde/Colegiado de Enfermagem, Universidade

Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

SANTOS, A. M. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.9, n.2, p.190-200, julho/dez. 2006.

SANTOS, A. M. *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.75-85, jan. 2007.

SCHRAIBER, L. B; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B. *et al.* (Org). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.** São Paulo: Hucitec, 1996. p.29-47.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004. 725p.

TEIXEIRA, C. F. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.257-277, set./dez.2003.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.133-149, Jan./mar. 2000.

Submissão: junho de 2007

Aprovação: março de 2008
