

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO
HOSPITALAR**

VANESSA FERNANDA GARCIA DA SILVA

**SITUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE
JOINVILLE ATRAVÉS DE TRÊS PROGRAMAS
GOVERNAMENTAIS**

JOINVILLE, 2016

VANESSA FERNANDA GARCIA DA SILVA

**SITUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE
JOINVILLE ATRAVÉS DE TRÊS PROGRAMAS
GOVERNAMENTAIS**

JOINVILLE, 2016

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO
HOSPITALAR**

VANESSA FERNANDA GARCIA DA SILVA

**SITUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE
JOINVILLE ATRAVÉS DA COBERTURA DE TRÊS
PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS**

Trabalho de conclusão de curso submetido à banca examinadora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos de obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientador: Suélen dos Santos Saraiva, Ma.

JOINVILLE, 2016

Silva, Vanessa F G
SITUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE
JOINVILLE ATRAVÉS DA COBERTURA DE TRÊS
PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS / Silva, Vanessa F G –
Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2016 69 p.

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Federal de
Santa Catarina, 2015. Graduação. Curso Superior de
Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientador: Suélen dos Santos Saraiva, Ma

1. Atenção Primária à Saúde
2. Estratégia de Saúde da Família
3. Agentes Comunitários de Saúde
4. Equipe de Assistência ao Paciente

**SITUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE
JOINVILLE ATRAVÉS DA COBERTURA DE TRÊS
PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS**

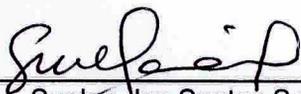
Vanessa Fernanda Garcia da Silva

Este trabalho foi julgado adequado para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e foi considerado **APROVADO** em sua forma final pela banca avaliadora do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 17 de fevereiro de 2016.

Marcelo Rodrigo Pezzi, M.Sc.
Coordenador do Curso

BANCA AVALIADORA:



Suelen dos Santos Saraiva
Presidente



Marcia Bet Kohls
Avaliador



Carla Simone Leite Almeida
Avaliador

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, que fez mais do que o impossível para que todo este esforço valesse a pena.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me proporcionou tamanha experiência, me direcionando a caminhos tão distantes, mas que tinham tanta beleza e que dia após dia, através de cada luta me deu força e moldou meu caráter, me tornando uma pessoa melhor.

A minha família que mesmo distante conseguiu a proeza de se fazer presente em cada luta e vitória, não fisicamente, mas com os braços do amor envoltos a mim. Por cada ligação de choro ou de alegria, por cada preocupação, por cada bronca, pelo grande amor. Vocês são a minha estrutura de ferro.

A cada amigo que fiz durante estes três anos: aos que me receberam de braços abertos e que todos os dias, no fundão, compartilhavam sorrisos, tristezas e forças para não desistir; às meninas do 404 que se tornaram minha família na terra distante; à Nicolle que foi mais do que amiga, se tornou irmã. Obrigada.

A minha orientadora professora Suélen dos Santos Saraiva que a cada orientação me ensinou e realizou com êxito o seu papel de mestre. Sou muito grata por ter me escolhido e permitido a execução deste trabalho que foi uma experiência enriquecedora junto a vossa pessoa, muito obrigada.

“Vivo em mim a humanidade inteira”

(Fernando Sabino)

RESUMO

A Atenção Básica no Brasil trabalha com foco na promoção da saúde, sob o conceito de medicina preventiva, utilizando-se de tecnologia de baixa densidade, que inclui procedimentos mais simples e baratos, para resolver os problemas mais frequentes da população. Diante disto, o presente trabalho buscou verificar o cenário da Atenção Básica do município de Joinville no período de 2002 a 2015, como também verificar a cobertura populacional dos programas governamentais Equipe Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde e Núcleo de Apoio à Saúde da Família e comparar a situação do município de Joinville com o Estado de Santa Catarina. A metodologia trata de um estudo descritivo exploratório e para a coleta de dados foi utilizada a Sala de Apoio Estratégico do Ministério da Saúde. Os resultados mostraram que o maior desafio a ser enfrentado é a barreira de acesso aos serviços prestados, pois os três programas estudados apresentam insuficiência na prestação de serviços e na cobertura da população, mostrando diferenças significativas entre município e estado. Portanto, faz-se necessário a criação de estratégias para a diminuição de tais barreiras e na ampliação da cobertura populacional, buscando a efetivação da Atenção Básica, que é base de todo o sistema e a sua efetivação resulta na qualidade dos serviços prestados pelo SUS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente

ABSTRACT

Primary health care in Brazil works with a focus on health promotion, under the concept of preventive medicine, using low density technology which includes simple and inexpensive procedures to solve the most frequent problems of the population. On this, the present study sought to check the setting of primary health care in Joinville in the period from 2002 to 2015, but also check the population coverage of government programs Family Health Team, Community Health Workers and Family Health Support Groups, and compare the situation of the municipality of Joinville with the State of Santa Catarina. The methodology used was the exploratory and descriptive, for data collection we used the SAGE website from Ministry of Health. The results showed that the biggest challenge being faced is the barrier to access to services, because the three programs studied shows inadequacy in the provision of services and in the coverage of the population, showing significant differences between Joinville and state. Therefore, it is necessary to create strategies for the reduction of such barriers and in the expansion of population coverage, seeking completion of primary health care, which is the basis of the whole system and its implementation results in the quality of the services provided by SUS.

Key words: Primary health care. Family Health Strategy. Community Health Workers. Patient Care Team

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária de Saúde

DAB – Departamento da Atenção Básica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde

PNAB – Programa Nacional da Atenção Básica

PSE – Programa de Saúde na Escola

SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS – Sistema Universal de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UOM – Unidade Odontológica Móvel

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
1.1 JUSTIFICATIVA.....	24
1.2 PROBLEMA DA PESQUISA.....	25
2. OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL.....	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	29
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	29
3.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES.....	30
3.3 ATENÇÃO BÁSICA.....	34
3.4 ESTRATÉGIAS E PROGRAMAS PRIORITÁRIOS	36
3.5 PROGRAMAS DA PESQUISA.....	38
4. METODOLOGIA	47
4.1 COLETA DE DADOS.....	47
4.2 AMBIENTE DA PESQUISA.....	48
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1 EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	51
5.2 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	54
5.3 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	58
6. CONCLUSÃO	61
7. REFERÊNCIAS.....	63

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela constituição federal de 1988, é definido como um sistema de saúde universal e igualitário, com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Sistemas deste porte utilizam a atenção primária como base para um novo modelo de prestação de serviços (MATTA; MOROSINI, 2009).

No SUS o conceito sobre a prestação de serviços é o mesmo, a rede de serviços de saúde é hierarquizada e a atenção primária é denominada Atenção Básica (AB), definida como a principal porta de entrada, devendo ser o contato preferencial do cidadão com o sistema (MATTA; MOROSINI, 2009). Neste sentido, a AB trabalha principalmente com foco na promoção da saúde, sob o conceito de medicina preventiva, utilizando-se de tecnologia de baixa densidade que inclui procedimentos mais simples e baratos para resolver os problemas mais frequentes da população, sendo assim, 80% de tais problemas deveriam ser solucionados nesta complexidade (WHO apud CAMPOS et al, s.d.).

Para alcançar o objetivo de resolver os problemas de saúde mais frequentes com procedimentos simples e baratos, o governo desenvolve programas que visem conhecer as condições mais comuns da população, reconhecer seus problemas e buscar estratégias para solucioná-las (BRASIL, 2012a).

Atualmente, a Atenção Básica do SUS se estrutura em seis programas prioritários, são eles: Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas e o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2012a)

Tendo em vista que a atenção básica é a base e a porta de entrada preferencial de todo o sistema, faz-se importante conhecer sua amplitude de cobertura (BRASIL, 2012a). Segundo Lobato & Giovanella (2012)

“a cobertura é o componente mais importante de qualquer sistema de saúde. Se o objetivo dos sistemas é zelar pela saúde dos cidadãos, deve-se saber quem é coberto, por quem e para quê.” (LOBATO; GIOVANELLA, 2012 p. 102)

Neste sentido, o presente estudo buscou verificar o cenário da Atenção Básica do município de Joinville no período de 2002 a 2015, como também a cobertura populacional de três programas da atenção básica no município de Joinville, sendo eles: Equipe Saúde da Família, que é responsável por criar vínculo com a população e reorientar o sistema de saúde; o programa Agente Comunitário de Saúde que utiliza pessoas da própria comunidade para trabalhar como conexão entre a população e os profissionais da área da saúde, utilizando seus conhecimentos para a orientação da comunidade sobre prevenção de doenças; e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família que amplia as ações da atenção básica através do apoio matricial que necessariamente não possui contato direto com a comunidade atendida, mas que auxiliarão as equipes de referência.

1.1 Justificativa

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base fundamental dos sistemas de saúde que possuem o usuário-cidadão como foco das ações (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). No Brasil, tal conjunto de práticas ficou caracterizado como Atenção Básica pela Constituição Federal de 1988 que criou o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

A Atenção Básica é a porta de entrada ao atendimento, o primeiro nível de complexidade na rede hierarquizada do SUS. É definido como o primeiro contato do cidadão com o sistema, suas ações e programas devem ser de fácil acesso e voltadas a solucionar a maioria dos problemas de saúde da comunidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012),

Como porta de entrada a rede de atendimento, uma das funções da Atenção Básica é filtrar o acesso aos outros níveis de atenção no sistema, conforme a necessidade do cidadão. Essa função é denominada *gatekeeper*, palavra que é derivada da língua inglesa (GIOVANELLA; MENDONÇA 2012).

De acordo com Sampaio e Souza (2002 apud BRASIL, 2007a) países que utilizam a atenção primária como filtro para o acesso à especialistas se beneficiam com a eficiência do sistema e melhores custos.

Estudo comparativo de Starfield (1994 apud STARFIELD 2002) realizado entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes também reconhece que nos países onde a atenção primária é forte, os custos são mais baixos e a população se mostra com maior probabilidade de apresentar melhores níveis de saúde. Ainda aponta uma relação direta entre a diminuição de custos e o provimento de médicos de família e generalistas atuando como filtro de acesso e porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*), se comparado com o fornecimento de mais especialistas atuando em sistemas não-primários (STARFIELD, 2002).

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) aponta em sua “Série histórica das despesas com saúde: 1995 a 2010” que os gastos com saúde têm aumentado. No início da série, em 1995, os gastos eram de R\$ 14.937.138.328,00 e em 2010 apresentava R\$ 66.714.766.347,00 de gastos com saúde. Diante disso, é de clara relevância a necessidade de estudos focados na Atenção Básica, que visem o seu fortalecimento, para um modelo assistencial menos oneroso. Neste sentido, esse estudo busca mostrar as deficiências de cobertura da atenção básica no município de Joinville, colaborando com melhorias para a sua consolidação.

1.2 Problema da Pesquisa

Sabendo que a Atenção Básica é fundamental para a estruturação do sistema de saúde e deve estar próximo da

população, possuindo capacidade de resolver 80% dos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2014), surge a questão da pesquisa:

Qual a situação e a cobertura da Atenção Básica no município de Joinville, levando em consideração os programas Equipe de Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde e Núcleo de Apoio à Saúde da Família?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar o cenário da Atenção Básica do município de Joinville no período de 2002 a 2015.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar a cobertura populacional dos programas governamentais de Equipe Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde e Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município de Joinville;
- Comparar a situação do município de Joinville com o Estado de Santa Catarina.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado uma conquista do povo, resultado de intenso esforço exercido pelo movimento da Reforma Sanitária, que articulada com o desejo da sociedade, lutou pelo direito e a democratização na saúde, opondo-se ao modelo anterior, totalmente centralizado em âmbito federal, tanto na área financeira quanto decisória. Resultado desse esforço é a Constituição Federal de 1988, sendo a primeira constituição brasileira a ter uma seção específica para dispor sobre a saúde como direito e definindo a seguridade social como sistema de saúde (PAIM, 2009a; BRASIL, 2002a).

O SUS, criado na Constituição Federal de 1988 e instituído no art. 6º da Carta Magna, seguindo a definição da Organização Mundial da Saúde – OMS, a saúde passou a ser definida como um direito social, não necessitando de esforços para alcançá-la, sendo o direito concebido mediante a condição de cidadão (BRASIL, 1988). A Lei 8.080 de 1990 amplia o conceito de saúde para condições de bem-estar físico, mental e social do cidadão, rompendo com o modelo flexneriano que dava ênfase a medicina curativa e ao diagnóstico da doença, alienando o contexto social e econômico dessa responsabilidade, ou seja, o foco deixa de ser a enfermidade e passa a ser considerada a forma de vida da sociedade (BRASIL, 2006a).

É um direito que se estrutura não só como reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas como direito ao bem-estar completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente, conforme a tão conhecida definição da OMS – Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2006a, p.18).

3.2 Princípios e Diretrizes

Para conhecer e entender os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) é importante definir o significado de ambas as palavras.

De acordo com o dicionário Melhoramentos (2006), princípio é “1. Começo, início; 2. Razão, base; 3. Preceito, regra”, levando-se a entender que os princípios do SUS são particularidades essenciais no que diz respeito a valores éticos e morais, sendo a fundamentação para todas as outras ações a serem tomadas posteriormente, podendo ser chamado de princípios doutrinários. Já a palavra diretriz é definida como “1. Conjunto de instruções ou orientações de uma empresa; 2. Rumo, orientação”, entendida no âmbito do SUS como um conjunto de condutas organizacionais que tem por objetivo fazer com que todo o sistema trilhe a mesma direção, sendo entendido por princípios organizativos.

Seguindo a definição acima, a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990) e a cartilha ABC do SUS (BRASIL,1990a) há três princípios doutrinários que norteiam o SUS, são eles:

- **Universalidade:** é o direito que todo cidadão têm de usufruir e ter *acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência*, sem que para isso tenha que despender recursos financeiros, e dever do estado de garantir a sua realização através de políticas econômicas e sociais;
- **Equidade:** visa garantir a igualdade e justiça nos serviços prestados, e para que esse princípio seja cumprido, entende-se que é necessário “tratar desigualmente os desiguais”, levando-se em consideração a discrepância econômica e social existente no Brasil;
- **Integralidade:** envolve todas as ações para promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação do indivíduo, desde atendimentos básicos aos mais complexos, visando atender a diversidade das necessidades da população, vendo o indivíduo como um todo. Há uma ênfase para as *“atividades*

preventivas”, buscando eliminar riscos, porém, “*sem prejuízo dos serviços assistenciais*”.

O meio de se alcançar o cumprimento dos princípios doutrinários é através dos princípios organizativos, que orientam ações e estratégias de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990a), são eles:

- **Regionalização e Hierarquização:** A regionalização diz respeito à demarcação de bases territoriais, para que assim, possam-se conhecer as reais necessidades e os perfis epidemiológicos da população ali residente, facilitando o planejamento de políticas públicas e o acordo entre gestores para que os cidadãos tenham acesso a todas as complexidades do sistema; para isso há a hierarquização, que dispõe sobre o fluxo da complexidade dos atendimentos realizados na rede, utilizando-se do sistema de referência e contra-referência de informações e usuários, sendo orientada pelo princípio da integralidade.
- **Descentralização:** implica na desconcentração de poder e decisão para cada ente, dando destaque aos municípios, cedendo-os mais autonomia, permitindo que o SUS se adeque conforme a necessidade de cada região, visto que o Brasil é um país de grande extensão com realidades e culturas muito diversificadas. Mesmo possuindo mais autonomia, os municípios e conseqüentemente os estados estão ligados a um único sistema. A direção ficou sob o Ministério da Saúde em âmbito federal, as secretarias estaduais de saúde nos estados e no distrito federal e as secretarias municipais de saúde nos municípios.
- **Participação Popular:** influi para que haja um sistema democrático, denominado controle social, já que os cidadãos podem se envolver para discutir os rumos e decisões a serem tomadas, auxiliando na elaboração de políticas públicas e assumindo também o papel de fiscalizadores do cumprimento das leis do SUS e das aplicações financeiras realizadas pelos municípios e estados.

O direito à saúde é assegurado pelo estado, que deve garantir esse direito através de políticas sociais e econômicas, por meio dos princípios da universalidade e igualdade nas ações

e serviços prestados para promoção, proteção e recuperação da saúde. Segundo Medeiros (1999 apud OCKÉ-REIS, 2012) do ponto de vista epidemiológico, a equidade é a fundamentação para a universalização e a igualdade é o objetivo das políticas sociais elaboradas para os mais vulneráveis (BRASIL, 2002a).

As ações e serviços citados acima sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, dizem a respeito da assistência integral que o SUS fornece, compreendendo desde serviços ambulatoriais a transplantes de órgãos e tratamento de pacientes crônicos, pacientes com HIV e pacientes com câncer, deste modo, prestando serviços de baixa, média e alta complexidade (BRASIL, 2002a).

A atenção de baixa complexidade compreende o que é denominado de Atenção Básica, caracterizada como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. Utilizando-se de tecnologia de baixa densidade, suas ações envolvem promoção e proteção da saúde, no âmbito individual e coletivo, devendo assim, solucionar os problemas de saúde mais frequentes e relevantes em seu território (BRASIL, 2009a).

Porém, as necessidades da população não se limitam aos procedimentos realizados na atenção básica (BRASIL, 2007b). Quando surgirem tais necessidades, elas deverão ser referenciadas para os outros níveis de serviço de maior complexidade tecnológica (média e alta complexidade) (BRASIL, 1990a). Por ser dentro desta complexidade que os programas do presente estudo estão situados, a atenção básica será explicitada mais adiante.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, no parágrafo 17, define a média complexidade, como:

...um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a

sua oferta em todos os municípios do país (BRASIL,2002b).

Instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003, a atenção média tem suas atribuições especificadas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. O rol de procedimentos realizados nesta complexidade é dividido em grupos no Sistema de Informações Ambulatoriais (BRASIL, 2009a), sendo eles:

- 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio;
- 2) cirurgias ambulatoriais especializadas;
- 3) procedimentos traumato-ortopédicos;
- 4) ações especializadas em odontologia;
- 5) patologia clínica;
- 6) anatomopatologia e citopatologia;
- 7) radiodiagnóstico;
- 8) exames ultra-sonográficos;
- 9) diagnose;
- 10) fisioterapia;
- 11) terapias especializadas;
- 12) próteses e órteses;
- 13) anestesia.

Dessa forma atribuí-se ao âmbito da média complexidade os procedimentos de intervenção, tratamentos de doenças crônicas e também de casos agudos de doenças, que são fornecidos por Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas (FIOCRUZ, [20--]).

Já na atenção de alta complexidade “*são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida*”, prestadas por Hospitais de Grande Porte (FIOCRUZ, [20--]). Os procedimentos da alta complexidade, na tabela do SUS, em sua maioria, encontram-se no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS e no Sistema de Informações Ambulatorial (SAI), ambos de alto custo e alta tecnologia, causando grande impacto financeiro ao sistema (BRASIL, 2009a).

De acordo com a cartilha “Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS”, essas duas divisões – SIH e SAI – consomem em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade – MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – Faec) (BRASIL, 2007b).

Por este motivo, o SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (BRASIL, 2002a). Por suas ações de baixa, média e alta complexidade se articularem buscando a racionalização do sistema, com o foco de atender mais e melhor as pessoas, sendo um sistema totalmente resolutivo (BRASIL, 1990a).

3.3 Atenção Básica

A Atenção Básica do SUS teve sua organização baseada na Atenção Primária de Saúde (APS), que surgiu na Inglaterra em 1920, especificamente no Relatório Dawson, o qual propunha a integração de serviços através de redes (MATTA; MOROSINI, 2009).

Através da Constituição do SUS (BRASIL, 1988) e da sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) foi possível construir uma política de Atenção Básica de Saúde (ABS) reorientada para ser o contato preferencial da população com o sistema de saúde (MATTA; MOROSINI, 2015).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a, p.9).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO apud CAMPOS et al, s.d.), de todos os problemas de saúde da população, 80% dos casos deveriam ser resolvidos na Atenção Básica, e destes, a pequena parcela de 3 a 5% deveriam ser encaminhadas para as especialidades, ou seja, média e alta complexidade.

Dentro do rol de procedimentos ofertados pela atenção básica, encontram-se ações simples e de baixo custo, mas com capacidade resolutiva alta ao atendimento e problemas comuns e frequentes de saúde da população local (BRASIL, 2007a).

Para o financiamento da AB são responsáveis as três esferas de governo – municipal, estadual e federal. O Bloco Financeiro da Atenção Básica, composto de recursos federais, é dividido em dois componentes: Piso da Atenção Básica (PAB) e Piso da Atenção Básica Variável (PABV), com seus valores definidos em Portarias específicas (BRASIL, 2006b).

Seguindo as definições do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006b, p.25): “*O Piso da Atenção Básica – PAB – consiste em um montante de recursos financeiros, que agrega as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde*”, com transferência mensal, regular e automática. O PAB Variável é “*destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da atenção básica à saúde*” (BRASIL, 2006b, p.25).

De acordo com a nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) os recursos federais são divididos em 5 componentes) (BRASIL, 2012a, p.83):

- A) Recursos per capita;
- B) Recursos para projetos específicos;
- C) Recursos de investimento;
- D) Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários
- E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade.

3.4 Estratégias e Programas Prioritários

Segundo Travassos e Castro (2012)

“...há evidências de que programas bem estruturados de atenção primária afetam positivamente o acesso, melhoram as condições de saúde das populações cobertas e conseguem reduzir desigualdades sociais em saúde” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 187).

De acordo com a nova PNAB (BRASIL, 2012a) são essas as estratégias e os programas prioritários do SUS:

- A Equipe Saúde da Família (ESF) - é uma equipe multiprofissional, composta por médico geral ou especialista em saúde da família, enfermeiro geral ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. As equipes devem atender de seiscentas a mil famílias de determinado local, não ultrapassando a quantidade de 4.000 pessoas.

Atuantes nas Unidades Básicas de Saúde e nas residências, as atribuições das equipes envolvem o cadastramento e o acompanhamento do estado de saúde da comunidade da área atuante, intervindo em situações de risco e promovendo ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, s.d.a; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

- Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - são responsáveis por integrar os serviços primários de saúde e a comunidade. Eles realizam papel de mediador social, como descreve Giovanella e Mendonça (2012, p. 517), trabalham dentro das UBS e também das residências, estando em contato direto com os usuários, fato que torna importante o ACS ser morador da própria comunidade em que atua. Portanto, o agente conhece os problemas enfrentados pela comunidade e atua para o enfrentamento e a solução do mesmo. É de responsabilidade do ACS fornecer o encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2009b; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

- A Equipe de Saúde Bucal (ESB) - está dentro da Estratégia da Saúde da Família e visa atender as necessidades da população, fornecendo serviços odontológicos e ampliando a prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal. As equipes podem ser classificadas em três modalidades. Na primeira modalidade há a presença de um cirurgião-dentista e um auxiliar ou técnico em saúde bucal; a segunda modalidade é composta pelos integrantes da modalidade um mais um técnico em saúde bucal; e a terceira modalidade é caracterizada por uma unidade odontológica móvel (UOM) criada com o intuito de fornecer serviços à comunidades de difícil acesso, prioritariamente localizadas em áreas rurais (BRASIL, s.d.b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d.a).

- Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) - são constituídos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento e tem por objetivo auxiliar as ESF, que através dos seus saberes, buscam aumentar o campo de ação e a resolubilidade dos casos atendidos (BRASIL, 2012b).

- As Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas - são responsáveis por realizar ações que ampliem o acesso dessas populações aos serviços de saúde, são exemplo as Equipes do Consultório na Rua e as Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense. Por se tratar de populações específicas, as ações são desenvolvidas e adequadas conforme a demanda (BRASIL, 2012a).

- O Programa Saúde na Escola (PSE) - é desenvolvido entre o Ministério da Saúde e da Educação, visando a promoção da atenção integral de crianças, adolescentes e jovens que estão no ensino básico público, como também dentro das Unidades Básicas de Saúde. As ações desenvolvidas são com foco na promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 2012a).

Neste trabalho, devido à sua importância para a Atenção Básica e para os encaminhamentos para a rede especializada, resolveu-se adotar a análise dos programas Equipe Saúde da

Família, Agentes Comunitários de Saúde e Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

3.5 Programas Avaliados

3.5.1 Equipes Saúde da Família

A Equipe Saúde da Família (ESF) está inserida dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) e é composta, no mínimo, por

“médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde” (BRASIL, s.d.a).

Podendo conter também profissionais da saúde bucal. As equipes devem atender de seiscentas a mil famílias de determinado local, não ultrapassando a quantidade de 4.000 pessoas (BRASIL, s.d.a).

Por trabalhar no acompanhamento de determinada população e estar próxima ao cotidiano da comunidade, as equipes estabelecem certo vínculo com esta, desempenhando o papel de reorientação do modelo assistencial, através de ações de promoção da saúde, recuperação e reabilitação de doenças (FIGUEIREDO, 2012).

De acordo com Figueiredo (2012), os cuidados prestados pelas equipes

São complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influam na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade (FIGUEIREDO, 2012, p. 3)

A ESF se mostra importante, pois foi através deste programa que se iniciou a mudança organizacional do modelo assistencial de saúde prestado no Brasil, sendo este responsável

por criar vínculo com a população, ser a porta de entrada no sistema local e atuar sobre os determinantes que influenciam o processo saúde-enfermidade da comunidade atendida. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

A Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a) define a composição das equipes, como também a Carga Horária Semanal (CHS) dos profissionais e sua formatação, conforme a tabela a seguir:

Quadro 1 – Configuração das Equipes Saúde da Família (continua)

TIPO DE EQUIPE	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO	QUANT. MINIMA	CH POR PROFISSIONAL	POPULAÇÃO ADSCRITA
ESF Tipo I	Médico da Estratégia de Saúde da Família ou Médico Generalista	02	30h	2.500 a 4.000
	Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	01	40h	
	Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família ou Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	01	40h	
	Agente Comunitário de Saúde	12	40h	
ESF Tipo II	Médico da Estratégia de Saúde da Família ou Médico Generalista	03	30h	5.000 a 8.000
	Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	02	40h	
	Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família ou Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	02	40h	

Quadro 1 – Configuração das Equipes Saúde da Família (continuação)

TIPO DE EQUIPE	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO	QUANT. MÍNIMA	CHS POR PROFISSIONAL	POPULAÇÃO ADSCRITA
ESF Tipo II	Agente Comunitário de Saúde	24	40h	5.000 a 8.000
	Médico da Estratégia de Saúde da Família ou Médico Generalista	04	30h	
ESF Tipo III	Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	03	40h	7.500 a 12.000
	Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família ou Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	03	40h	
	Agente Comunitário de Saúde	36	40h	
ESF Tipo IV	Médico da Estratégia de Saúde da Família ou Médico Generalista	02	20h	2.500 a 4.000
	Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	01	40h	

Quadro 1 – Configuração das Equipes Saúde da Família (conclusão)

TIPO DE EQUIPE	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO	QUANT. MÍNIMA	CHS POR PROFISSIONAL	POPULAÇÃO ADSCRITA
ESF Tipo IV	Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família ou Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	01	40h	2.500 a 4.000
	Agente Comunitário de Saúde	12	40h	
ESF Transitória	Médico da Estratégia de Saúde da Família ou Médico Generalista	01	20h	2.500 a 4.000
	Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	01	40h	
	Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família ou Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	01	40h	
	Agente Comunitário de Saúde	12	40h	

Fonte: Modificado BRASIL, 2011a.

A diferença encontrada entre as ESF e seus tipos diz respeito à quantidade de população adscrita a qual elas deverão prestar os serviços, portanto, quanto maior a quantidade de população coberta, maior deve ser o número de profissionais ativos. Outro ponto importante que diferencia os tipos de equipes diz respeito à carga horária semanal por profissional, por exemplo: a equipe tipo I atende a mesma quantidade de pessoas que a equipe tipo IV, possuem a mesma quantidade de médico generalista, porém estes na equipe tipo I trabalham 30 horas semanais e na equipe tipo IV a carga horária semanal do médico é de 20 horas (BRASIL, 2011a).

3.5.2 Agente Comunitário de Saúde (ACS)

O atual Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surgiu no final da década de 80, inicialmente na região Nordeste, Distrito Federal e São Paulo, com o intuito de encontrar alternativas à melhora das condições de saúde das comunidades (BRASIL, s.d.c). Sua criação possibilitou a junção de várias ações espalhadas no território nacional sob uma mesma orientação e também proporcionou mudanças no modo como as práticas sociais eram realizadas no âmbito da saúde, promovendo ações com baixos custos (OLIVEIRA, 2007; MATHIAS, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Uma das principais atribuições do ACS é a de identificar e analisar os fatores econômicos, culturais e ambientais que podem interferir nas condições de saúde e, através de um planejamento baseado nestas informações, orientar a comunidade em relação à prevenção de doenças, promoção da saúde, entre outras. Sob o cuidado do ACS pode haver no máximo 750 pessoas em seu território de atuação (BRASIL, 2009c).

De acordo com a cartilha O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde, a ação do ACS *“contribui para que os serviços possam oferecer uma atenção mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade”* (BRASIL, 2009c, p. 41). Tais ações mudaram a

configuração de atenção à saúde, que deixaram de ser centralizadas na figura do médico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O trabalho do agente se tornou de grande importância ao longo dos anos, pois ele é o mediador entre a comunidade assistida e os profissionais de saúde, o que possibilita a criação de um vínculo de confiança entre as partes. O fato do ACS estar inserido e residir na comunidade à qual presta serviço contribui para a efetivação deste vínculo e integra o saber técnico e popular por conhecer as questões culturais enraizadas na comunidade (BRASIL, 2009c). Mesmo não atuando dentro das unidades de saúde e sim na comunidade suas ações não são alheias aos serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em razão das atividades realizadas pelo ACS, espera-se que estas tenham impacto direto nos indicadores de saúde da comunidade. Segundo Heimann & Mendonça (2005)

O PACS, integrado ao sistema municipal de saúde, poderia garantir maior efetividade em seu trabalho com as comunidades, facilitando também a articulação com órgãos e instituições não setoriais, ampliando o leque de intervenções e melhorando o seu desempenho (apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 518).

3.5.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O NASF foi criado pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 tendo como objetivo:

“ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.” (BRASIL, 2008, p.47)

As equipes do NASF são compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam em parceria com as ESF, compartilhando de práticas e saberes.

O NASF não constitui porta de entrada para o usuário, pois trabalha sob a perspectiva do apoio matricial, ou seja, fornece retaguarda especializada para as equipes de atenção básica através de encontros periódicos e regulares para a discussão de casos selecionados pela equipe, visando elaborar planos terapêuticos e intervenções a serem realizadas pelos profissionais (BRASIL, 2009d).

O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF) (BRASIL, 2009d, p.12).

Deste modo, ocorre revisão de casos em que há encaminhamento baseado na metodologia de referência e contrarreferência, aumentando a resolubilidade na atenção básica (BRASIL, 2012b; CAMPOS, DOMITTI, 2007). O aumento de resolubilidade conseqüentemente diminui os custos, pois atualmente metade dos gastos nacionais em saúde é dirigido para os gastos hospitalares, ou seja, para a alta complexidade, podendo ser reduzidos através do trabalho do NASF (NETO et al, 2012)

Dentro das diretrizes do NASF há nove áreas estratégicas sobre as quais o núcleo atua, são elas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009d).

De acordo com o Departamento da Atenção Básica (BRASIL, 2012b), há três modalidades de NASF:

- NASF 1 – De 5 a 9 ESF e/ou Equipes de Atenção Básica (EAB) para populações específicas (CnaR, eq Ribeirinha e Fluvial)

A modalidade de NASF 1 deve ter uma equipe formada por profissionais de nível superior, cuja soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais; nenhum destes profissionais poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas e, no máximo, 80 horas de carga horária semanal (BRASIL, 2012b).

- NASF 2 – De 3 a 4 ESF e/ou EAB para populações específicas (CnaR, eq Ribeirinha e Fluvial)

A equipes de NASF 2 deverá ser formada por uma composição de profissionais de nível superior, cuja soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal (BRASIL, 2012b).

- NASF 3 – De 1 a 2 ESF e/ou EAB para populações específicas (CnaR, eq Ribeirinha e Fluvial)

A modalidade de NASF 3 deve ter como soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe, no mínimo, 80 horas; nenhum profissionais pode possuir carga horária semanal menor que 20 horas e maior que 40 horas (BRASIL, 2012b).

4. METODOLOGIA

A abordagem utilizada para este estudo foi a pesquisa descritiva exploratória, por buscar conhecer os fenômenos e as características relacionadas a determinada população, ou a relação que existe entre determinadas variáveis (GIL, 2002), ou seja, *“o estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade”*. (TRIVIÑOS 1987, p. 110).

As pesquisas descritivas que procuram uma nova visão do problema se aproximam das pesquisas exploratórias (GIL, 2002), e estas, permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema (TRIVIÑOS, 1987), como também aprimorar ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2002). Portanto, para a realização do presente trabalho, optou-se pela utilização do método de pesquisa descritivo exploratório para conhecer com clareza a realidade da atenção básica no município de Joinville.

4.1 Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foi utilizado como instrumento o site SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica), base de dados secundários, que segundo o Departamento da Atenção Básica

...disponibiliza informações de saúde, especialmente das redes de atenção à saúde prioritárias, acompanhamento das metas, repasses, coberturas e indicadores epidemiológicos e operacionais das ações e programas para a tomada de decisão, gestão e geração de conhecimento pelos estados e municípios (DAB, 2015).

Sendo assim, os dados retirados do SAGE para a elaboração da pesquisa dizem respeito ao número de agentes comunitários de saúde, número de equipes de saúde da família, e cobertura populacional destes programas além da quantidade de equipes do NASF.

Levou-se em consideração os programas Equipe de Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde, que dentre os seis programas prioritários da Atenção Básica são caracterizados como os mais antigos e o programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família que tem por objetivo consolidar a Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2009c; 2010; s.d.e)

4.2 Ambiente da Pesquisa

Joinville está localizada no norte do estado de Santa Catarina e conta com uma população de 562.151 mil habitantes, sendo o município mais populoso do estado de SC, com a população distribuída em 1.126,106 quilômetros de área territorial. Possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,809 que coloca a cidade na 21ª posição no ranking nacional e a 4ª cidade com melhor IDH do estado (IBGE, 2015).

De acordo com o DATASUS existem 1.144 estabelecimentos de saúde no município, dentre os quais 120 são estabelecimentos do SUS (IBGE, 2015).

4.3 Análise dos dados

Para definição do teto máximo de ESF utilizou-se a fórmula definida pela Portaria nº 2.355, 10 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013) do Ministério da Saúde:

$$\begin{array}{l} \text{Número} \\ \text{Máximo} \\ \text{de ESF} \end{array} = \frac{\text{População estimada pelo IBGE}}{2000 \text{ (n}^\circ \text{ mínimo de pessoas} \\ \text{recomendado para} \\ \text{acompanhamento por uma ESF)}}$$

O teto máximo para ACS foi definido em Nota Técnica (BRASIL, s.d.d) do Departamento da Atenção Básica através da fórmula:

$$\begin{array}{l} \text{Número} \\ \text{Máximo} \\ \text{de ACS} \end{array} = \frac{\text{População estimada pelo IBGE}}{400 \text{ (n}^\circ \text{ mínimo de pessoas} \\ \text{recomendado para} \\ \text{acompanhamento por cada ACS)}}$$

Para análise da cobertura populacional, utilizou-se o percentual de cobertura fornecido pelo SAGE, e então, comparou-se a quantidade de equipes e agentes, e o percentual de cobertura dos programas entre o município de Joinville e o estado de Santa Catarina.

O SAGE não fornece dados sobre cobertura populacional do programa NASF, portanto a comparação entre município e estado para este programa foi realizada através da quantidade de equipes.

Para compreensão da situação atual da Atenção Básica no município de Joinville, os dados dos programas analisados na pesquisa se apresentam em forma de gráficos, que segundo Monteiro,

“se apresentam como uma ferramenta cultural que pode ampliar a capacidade humana de tratamento de informações quantitativas e de estabelecimento de relações entre as mesmas” (MONTEIRO, 1999, p.1)

Para conhecimento, no SAGE, os dados do município de Joinville não apresentam valor no ano de 2012.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Equipe Saúde da Família

Analisando os dados de Joinville quanto ao número de Equipes da Saúde da Família (Tabela 1) pode-se observar que dentre o período de 2002 à 2008 o número de ESF foi crescente, indo de 23 equipes, para 48, respectivamente. Porém, nos anos de 2009 a 2011, há queda na quantidade de equipes, alcançando em 2010 um total de 46 equipes e em 2011, 47 equipes. Nos anos seguintes, a quantidade de equipes torna a subir, com exceção de 2012 em que não há dados para serem analisados. No ano de 2015, a quantidade de equipes apresentadas é de 63.

Utilizando-se a fórmula para calcular o teto máximo de ESF para o município de Joinville obtém-se o valor máximo de 281 equipes no ano de 2015, resultado muito superior a quantidade real de equipes apresentada (Tabela 1).

Mesmo com o aumento expressivo na quantidade de ESF no período em questão, quando analisado o percentual de população coberta pelo programa, observa-se que a quantidade de equipes não corresponde com a população do município. De acordo com os dados apresentados Tabela 1, em 2002 o percentual de população coberta pelo programa Equipes da Saúde da Família em Joinville era de 17,79%. Apesar de 2005 a 2006 a quantidade de equipes ter aumentado (Tabela 1), o percentual da população coberta decaiu no mesmo período, mostrando que o aumento das equipes não condizia com o aumento da população. A queda na quantidade de equipes apresentada no período de 2008 a 2011 também reflete na cobertura populacional, que também cai no período. Tal percentual aumenta nos anos seguintes, de 2013 a 2015, porém, ainda se mostra ineficiente, chegando a alcançar apenas 39,19% da população joinvillense no ano de 2015.

TABELA 1 – Dados sobre ESF no município de Joinville e estado de Santa Catarina (continua)

ANO	QNT. ESF JOINVILLE	NUM. MAX. ESF JOINVILLE	% COBERTURA JOINVILLE	QNT. ESF SC	NUM. MAX. ESF SC	% COBERTURA SC
2002	23	227	17,79%	882	2.764	51,70%
2003	31	231	23,57%	996	2.804	56,89%
2004	41	239	30,64%	1.053	2.843	59,06%
2005	44	244	32,34%	1.136	2.933	63%
2006	45	248	31,88%	1.194	2.979	64,09%
2007	47	244	32,69%	1.219	3.025	64,89%
2008	48	246	33,38%	1.282	3.026	67,44%
2009	47	249	32,95%	1.319	3.059	69,04%

TABELA 1 – Dados sobre ESF no município de Joinville e estado de Santa Catarina (conclusão)

ANO	QNT. ESF JOINVILLE	NÚM. MAX. ESF JOINVILLE	% COBERTURA JOINVILLE	QNT. ESF SC	NÚM. MAX. ESF SC	% COBERTURA SC
2010	46	258	32,25%	1.358	3.124	70,62%
2011	47	260	31,45%	1.400	3.158	70,46%
2012	-	263	-	1.408	3.192	69,99%
2013	51	273	33,43%	1.517	3.317	74,56%
2014	58	277	36,58%	1.642	3.364	76,01%
2015	63	281	39,19%	1.675	3.410	76,29%

Fonte: Adaptado SAGE

Levando em consideração que o limitador de cobertura é de 100%, Joinville não apresenta metade de população coberta pelo programa ESF.

No documento “Prestação de contas do 1º quadrimestre de 2015” (PREFEITURA DE JOINVILLE, 2015), no ano de 2014 no município de Joinville havia 61 ESF, dado diferente do encontrado na base de informações do SAGE. No mesmo documento havia a previsão de 22 novas ESF para o ano de 2015, porém, o que se observa é que tal meta não foi alcançada.

Quando comparado os dados referentes a quantidade de Equipes da Saúde de Joinville com o Estado de Santa Catarina, observa-se que no Estado (Tabela 1), em nenhum momento do período analisado, houve queda na quantidade de equipes, contrapondo-se ao que ocorreu no município. Quanto ao percentual de cobertura populacional no estado (Tabela 1), a única queda nos valores durante o período ocorre dentre os anos de 2010 a 2012, sendo esta de 0,63%. Porém, a população coberta pelo programa ESF em Santa Catarina no ano de 2015 é de 76,29%.

De acordo com o SAGE, no mesmo ano, o Brasil obteve a cobertura populacional de 60,69%. Tais dados mostram que o programa ESF no município de Joinville ainda não se apresenta com as condições ideais, necessitando de maiores esforços e atenção.

5.2 Agente Comunitário de Saúde

Com relação ao programa Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode-se observar, através da Tabela 2, que na cidade de Joinville a quantidade de ACS ao longo do período da análise não se apresenta estável. Entre os anos de 2002 a 2006 há um aumento expressivo de 656,97% na quantidade de ACS. Porém, nos dois anos seguintes o quantitativo volta a cair, e em 2009 apresenta o ápice do período analisado, alcançando 619 ACS. No período entre 2009 a 2015 a quantidade de ACS revela-se em declínio, apresentando no último ano 477 ACS.

TABELA 2 – Dados sobre ACS no município de Joinville e estado de Santa Catarina (continua)

ANO	QNT. ACS JOINVILLE		NÚM. MAX. ACS JOINVILLE		% COBERTURA JOINVILLE		QNT. ACS SC		NÚM. MAX. ACS SC		% COBERTURA SC	
2002	86	1.134	11,09%	7.492	13.819	69,05%						
2003	196	1.154	24,84%	8.094	14.018	73,26%						
2004	411	1.195	51,20%	8.333	14.216	74,03%						
2005	519	1.218	63,58%	8.908	14.666	78,68%						
2006	565	1.240	66,70%	9.219	14.896	79,03%						
2007	538	1.218	62,36%	8.916	15.123	75,96%						
2008	560	1.230	64,91%	9.297	15.131	78,08%						
2009	619	1.243	72,33%	9.360	15.297	78,83%						

TABELA 2 – Dados sobre ACS no município de Joinville e estado de Santa Catarina (conclusão)

ANO	QNT. ACS JOINVILLE	NUM. MAX. ACS JOINVILLE	% COBERTURA JOINVILLE	QNT. ACS SC	NUM. MAX. ACS SC	% COBERTURA SC
2010	613	1.288	71,63%	9.479	15.621	79,26%
2011	553	1.302	61,71%	9.552	15.792	76,76%
2012	-	1.316		9.248	15.958	73,26%
2013	522	1.367	57,03%	9.765	16.586	76,89%
2014	481	1.387	50,56%	9.883	16.818	74,61%
2015	477	1.405	49,45%	9.943	17.048	74,08%

Fonte: Adaptado SAGE

Através da fórmula definida pelo Ministério da Saúde para se obter o teto de ACS, o máximo para o município de Joinville é de 1405 de agentes em 2015. Observa-se então que o valor real de ACS apresentado é aproximadamente 1/3 do teto definido pelo MS.

Através da análise da Tabela 2 pode-se observar que a cobertura da população pelo programa Agente Comunitário de Saúde segue o padrão criado pela quantidade de ACS no município, ou seja, quando a quantidade de ACS aumenta, o percentual de cobertura da população pelo programa aumenta, porém, quando diminui tal quantidade o mesmo ocorre com o percentual de cobertura.

No ano de maior quantidade de ACS, 2009, o percentual de população joinvillense coberta era de 72,33%, já no ano de 2015, com a diminuição do número de ACS, a cobertura alcançada pelo programa é de 49,45%.

Comparando os dados do município com o estado de Santa Catarina, constata-se certa discrepância. Sobre a quantidade de ACS observada na Tabela 2, no estado também houve períodos em que número de agentes chegou a diminuir, entretanto, nos últimos três anos, de 2013 a 2015, a quantidade aumentou, alcançando no último ano o maior número de agentes, sendo este de 9.943.

Conseqüentemente, com a alta quantidade de ACS no estado há também melhor cobertura populacional pelo programa. Com o auxílio da Tabela 2 pode-se visualizar que entre 2002 e 2015 o percentual de população coberta sempre foi maior que 60%. O ano que obteve melhor cobertura foi o ano de 2010 com 79,26%, e em 2015, tal porcentagem é de 74,08%, que se comparada a porcentagem apresentada pelo município neste mesmo ano, há uma diferença de 24,63% de população coberta.

Joinville, a partir de 2004 apresenta bons resultados, porém, devido a queda cobertura no ano de 2015, o programa necessita ser alvo de maior atenção para que o índice não continue a cair. É importante que haja a efetivação deste programa, pois, de acordo com Heimman e Mendonça (2005) se

o PAC for melhor articulado com o sistema municipal de saúde, aumenta-se a eficiência do ACS e amplia o leque de intervenções dos serviço prestado.

5.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Conforme as informações do SAGE, desde a criação do NASF em 2008, o município não apresenta nenhuma equipe, como pode-se perceber na Tabela 3.

TABELA 3 – Quantidade de NASF em Joinville

ANO	QNT. NASF JOINVILLE	QNT. NASF SC
2008	0	10
2009	0	23
2010	0	35
2011	0	40
2012	0	63
2013	0	97
2014	0	134
2015	0	150

Fonte: Adaptado SAGE

Ainda de acordo com o SAGE, o estado de Santa Catarina iniciou com 10 equipes de NASF no ano de 2008 (Tabela 3) e a quantidade tem crescido desde então, apresentando em 2015 um total de 150 equipes.

Apesar do NASF ser um programa relativamente novo, pois foi criado em 2008, é de grande importância que ele seja colocado em prática. O apoio matricial fornecido pelo programa, que utiliza a referência e contrarreferência como método de trabalho, aumenta a resolubilidade dos casos, ação que auxilia na redução das grandes filas encontradas em estabelecimentos de saúde, como também efetiva o princípio da integralidade preconizado pelo SUS, fornecendo cuidado integral e contínuo ao indivíduo perante toda a hierarquia apresentada pelo sistema. Com uma porta de entrada resolutiva, a AB se fortifica perante a comunidade, aumento o vínculo entre estes e conseqüentemente diminuindo gastos desnecessários na média e alta complexidade.

6. CONCLUSÃO

Em atenção ao objetivo do estudo e aos resultados obtidos foi possível concluir que o programa Agente Comunitário de Saúde não apresentou largas diferenças em comparação com os níveis estaduais, mostrando-se sempre acima de 50% de população coberta, porém, observou-se que o município já obteve melhores percentuais e que com a queda na cobertura nos últimos cinco anos – 2010 a 2015 - , tal fato deve receber maior atenção, para que com o crescimento da população o programa seja capaz de ampliar também seus serviços e atender a todos.

Já o programa Equipes de Saúde da Família apresentou discrepância nos resultados, sendo possível observar que o município, no período analisado, não conseguiu alcançar metade da população coberta pelo programa. Neste sentido é importante que este receba maiores incentivos governamentais, pois a ESF é responsável por reorientar e fortalecer o processo de trabalho da AB, como também, fornecer uma relação custo-efetividade para todo o sistema.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família que tem como objetivo ampliar a resolubilidade dos casos na Atenção Básica é considerado um programa novo e, no estado de Santa Catarina, tem tido um aumento contínuo ao longo dos anos, no entanto, tal fato não influencia a criação do NASF em Joinville, pois de acordo com os resultados, o programa ainda não existe no município, mesmo este sendo a maior cidade populacional do estado.

Sendo assim, o maior desafio a ser enfrentado é a barreira de acesso aos serviços prestados, pois os três programas estudados apresentam insuficiência na prestação de serviços e na cobertura da população. A Atenção Básica é base de todo o sistema e a sua efetivação resulta na qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Portanto, espera-se que os resultados aqui encontrados possam auxiliar na diminuição de barreiras encontradas no acesso e na ampliação da cobertura

populacional, buscando a efetivação da Atenção Básica no município de Joinville.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 12/10/15

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **DOU**, Brasília, DF, 20 set. 1990, p.18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a. 10 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01/02. Portaria Nº 373/GM** de 27/02, 2002. Brasília, 2002b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 2006b. 76 P. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007b. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 25 jan 2008, p.47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 240 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 260 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 84 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no sistema de cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia Saúde da

Família (ESF). **DOFC – Diário Oficial da União**. Seção I Col. 2. p. 66. 24 out. 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 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). **Diário Oficial da União** 22 out 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html> Acesso em: 23 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. Portaria n. 2.355, de 10 de outubro de 2013. **Diário Oficial da União** 11 out 2013.

BRASIL. Portal Brasil. **Serviços de Atenção Básica do programa Saúde da Família chegarão a mais 56 municípios**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/01/servicos-de-atencao-basica-do-programa-saude-da-familia-chegarao-a-mais-56-municipios>>. Acesso em: 01 dez. 2015, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Equipe de saúde da família**. Portal Departamento da Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 13 nov. 2015. s.d.a

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família – Equipe de Saúde Bucal**. Portal Departamento da Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=equipes>. Acesso em: 13 nov. 2015. s.d.b

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Agente Comunitário de Saúde**. Portal Departamento da Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude>. Acesso em: 01 dez. 2015. s.d.c

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Nota Técnica: Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_not_a_tecnica.pdf> Acesso em: 08 fev. 2016. s.d.d

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php> Acesso em: 23 jan. 2016. s.d.e

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Série histórica das despesas com saúde: 1995 a 2010**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/09/serie-091013.pdf>> Acesso em: 22 fev. 2016.

CAMPOS, G. W. S. & DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 23(2): 399-407, 2007.

DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (DAB). **Sala de apoio à gestão estratégica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/sala_apoio_gestao_estrategica.php> Acesso em: 23 nov. 2015.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Conteúdo original

elaborado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – projeto Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), 2012. 12 p.

FIOCRUZ. **Atendimento**. Pensesus. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/atendimento>>. Acesso em: 12 out. 2015

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA Maria H M. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p.

HEIMAN, L. & MENDONÇA, M. H. M. **A trajetória da atenção básica em saúde e o Programa de Saúde na Família no SUS** (2005). In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p.

IBGE CIDADES (2015). Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=420910>>. Acesso em: 26 jan. 2013.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. **Sistemas de Saúde: Origens, Componentes e dinâmica**. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p.

MATHIAS, Maíra. ACS: um trabalhador inventado pelo SUS. **Revista POLI: saúde, educação e trabalho - jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, Ano I - Nº 01, p. 24 - set./out. 2008

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>> Acesso em 22 jan. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA:** Cadastro, financiamento e processo de trabalho para municípios que receberam as Unidades Odontológicas Móveis (UOM). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/Nota_Tecnica_UOM.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2015. s.d.a

MONTEIRO, C. E. F. Interpretação de Gráficos: Atividade social e conteúdo de ensino. ANPED, 22ª Reunião Anual, Caxambu, 1999. Disponível em: <http://www.ufrj.br/emanped/paginas/conteudo_producoes/docs_22/carlos.pdf> Acesso em: 04 dez. 2015

NETO Francisco Campos Braga et al. **Atenção Hospitalar:** Evolução histórica e tendências. *In:* GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p.

Ocké-Reis CO. **SUS:** o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; SILVA, Fabiana Lima; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica?. **Aletheia**, Canoas, n. 25, jun. 2007

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde)

PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria Municipal de Saúde. **Prestação de Contas 1º Quadrimestre de 2015.** Disponível em: <<https://saude.joinville.sc.gov.br/public/portalsaudeadm/categoria/download/bf5a1e3d230c3322d3cf635e3ba111d6.pdf>> Acesso em: 25 fev. 2016.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na**

utilização de serviços de saúde. *In:* GIOVANELLA, Lúgia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

World Health Organization. Primary Health Care. Genebra, WHO, 1978 apud CAMPOS G. W. S. et al. **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família.** *In:* Brasil. Ministério da Saúde; Organização Panamericana de Saúde; Universidade de Campinas. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. s.d