



Cogitare Enfermagem

ISSN: 1414-8536

cogitare@ufpr.br

Universidade Federal do Paraná

Brasil

Chore Ferreira, Josiane; Pereira Fernandes, Ana Paula; de Souza, Claudia; de Oliveira
Bicudo, Daniele; de Azevedo Mazza, Verônica

A PERCEPÇÃO DO GESTOR SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE DA CRIANÇA

Cogitare Enfermagem, vol. 15, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 26-32

Universidade Federal do Paraná

Curitiba - Paraná, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648970008>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A PERCEPÇÃO DO GESTOR SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA

Josiane Choré Ferreira¹, Ana Paula Pereira Fernandes¹, Claudia de Souza¹, Daniele de Oliveira Bicudo¹, Verônica de Azevedo Mazza²

RESUMO: Pesquisa qualitativa descritiva, com objetivo de conhecer a percepção dos gestores sobre a organização da atenção básica à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados mediante entrevista com cinco gestores atuantes na Secretaria de Saúde de um município da Região Metropolitana de Curitiba e analisados pela técnica de análise temática. Emergiram as seguintes categorias: identificação dos modelos de atenção; atenção à saúde da criança: limites e possibilidades no alcance da equidade; infraestrutura e força de trabalho; e planejamento, organização e territorialização. Observa-se que existe esforço por parte dos gestores locais em organizar a atenção à saúde de forma a atender às necessidades de saúde das crianças, porém, ainda há dificuldades na articulação entre os diferentes serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Saúde da criança; Programa saúde da família; Promoção da saúde.

THE MANAGER'S PERCEPTION ABOUT THE ORGANIZATION OF CHILD PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: It is a qualitative and descriptive research, which aims to find out the managers' perception about the organization of primary health care of children on the Family Health Strategy. The research subjects were five managers working in the a Secretary of Health of Curitiba Metropolitan Region. Data were collected through a semi-structured interview, and then analyzed by the thematic analysis technique. The following categories emerged: identification of models of attention; child health attention; limits and possibilities by the equity scope; infrastructure and the workforce; planning, organization and territorialization. It appears that despite the efforts of local administrators to create forms of organization of care that meet the needs of the children's health, there is still a failure in the articulation among the places of primary care and health service.

KEYWORDS: Primary health care; Child health; Family health program; Health promotion.

LA PERCEPCIÓN DEL GESTOR SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA DE LA SALUD DEL NIÑO

RESUMEN: Investigación cualitativa descriptiva, con objetivo de conocer la percepción de los gestores sobre la organización de la atención básica de la salud del niño en la Estrategia de la Salud de la Familia. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista con cinco gestores que trabajaban en un Departamento de Salud de un municipio en la región metropolitana de Curitiba e analizados mediante la técnica de análisis temática. Surgieron las siguientes categorías: identificación de los modelos de atención; atención a la salud del niño; límites y posibilidades en el alcance de la equidad; infraestructura y la mano de obra; planeamiento, organización y territorialización. Se observa que existe esfuerzo por parte de los gestores locales en organizar la atención a la salud de forma a atender a las necesidades de salud de los niños, sin embargo, todavía existen dificultades en la articulación entre los diferentes servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: Atención primaria de salud; Salud del niño; Programa salud familiar; Promoción de la salud.

¹Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná- UFPR. Membro do Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento- GEFASED.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta da UFPR.

Autor correspondente:

Verônica de Azevedo Mazza

Universidade Federal do Paraná

Rua Padre Camargo, 120 - 80060-240 - Curitiba-PR, Brasil

E-mail mazzas@ufpr.br

Recebido: 17/09/09

Aprovado: 25/01/10

INTRODUÇÃO

A atenção básica é uma das estratégias de integração dos serviços, considerada acesso precípuo a todos os níveis do sistema de saúde. Nesse sentido, é fundamental a adoção do conceito amplo de saúde, como resultante dos determinantes sociais e produto da qualidade de vida, baseado na promoção da saúde, que responda às necessidades de saúde individuais e coletivas, assumindo papel crucial de promover a equidade e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das famílias⁽¹⁻³⁾.

Para o alcance de bons resultados na atenção à saúde, algumas características são primordiais, como a estruturação do Sistema Único de Saúde - SUS, de modo a responder às necessidades de saúde e que permita a distribuição de recursos impulsionada pelas políticas fortemente voltadas à atenção básica; sendo foco dessa atenção as crianças na primeira infância, idade escolar e adolescente. Assim sendo, a área da saúde da criança é prioritária dentro das políticas de atenção básica⁽¹⁾.

No Brasil, principalmente a partir da década de 80, a criança passou a ser uma das prioridades nas políticas públicas de saúde. Em 1994, percebe-se um aumento nos investimentos para promover a organização da atenção básica nos municípios, por meio da definição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tais medidas foram adotadas como forma de resgatar o vínculo de co-responsabilidade entre os serviços e a população, salientando a importância do papel das pessoas, das famílias e da comunidade na melhoria das condições de vida e saúde.

Destarte, a vigilância à saúde das crianças foi incorporada às atividades desses programas, direcionando ações para a promoção da saúde nesta faixa etária⁽⁴⁾. No entanto, apesar dos esforços na tentativa de reduzir a mortalidade infantil, indicadores de saúde demonstram que esta ainda está alta⁽⁴⁻⁵⁾. O coeficiente de mortalidade infantil do município em estudo, no ano de 2006, correspondia a 14,47 por mil nascidos vivos⁽⁶⁾.

Tendo em vista que os indicadores de saúde da criança de uma dada comunidade refletem o estado de toda a sua população e que a criança depende do cuidado de outros indivíduos para ter um desenvolvimento saudável, faz-se necessário a existência de políticas públicas que proporcionem às

famílias o aumento de sua autonomia para cuidar dos seus filhos. Porém, não se exclui a relevância do atendimento às necessidades dos familiares como meio indireto, para que as necessidades da criança também sejam atendidas. Ademais, este segmento da população foi abordado, por sabermos que o desenvolvimento da atenção básica de um sistema de saúde alcança bons resultados quando essa atenção é especialmente voltada às crianças.

É preciso compreender a forma de organização dos serviços a partir da dialética entre as demandas de saúde atendidas e as necessidades sentidas pelas famílias, como ponto essencial na elaboração dos projetos de intervenções relacionados ao desenvolvimento infantil. Portanto, faz-se necessário ampliar a investigação e a reflexão acerca deste processo no âmbito da atenção básica à saúde da criança. Deste modo, objetivou-se conhecer a percepção dos gestores sobre a organização da atenção básica à saúde da criança de zero a cinco anos de idade na ESF de um município da região metropolitana de Curitiba, Estado do Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada no período de agosto a novembro de 2007, em um município da região metropolitana de Curitiba. O estudo foi realizado com cinco gestores ligados à atenção básica à Saúde da Criança, lotados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria de Ação Social. Os critérios adotados para inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: ser gestor envolvido na atenção básica à saúde da criança no município e aceitar participar do estudo. Para a identificação dos sujeitos da pesquisa utilizou-se como base o organograma do município que representa a organização da SMS, portanto, foram incluídos todos os profissionais relacionados à saúde da criança presentes neste organograma.

As informações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas, compostas por questões abertas que abordavam a organização da atenção básica desse município, focada na saúde da criança. Para a análise foi utilizada a técnica de análise temática de Minayo⁽⁷⁾. As entrevistas foram gravadas e transcritas pelas autoras, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantidos sigilo e anonimato. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética sob registro CEP/SD: 376.056.07.07.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da interpretação dos dados obtidos das entrevistas realizadas com os gestores ligados à atenção básica à Saúde da Criança emergiram as seguintes categorias temáticas: identificação dos modelos de atenção; atenção à saúde da criança: limites e possibilidades no alcance da equidade; organização político-administrativa; infra-estrutura e força de trabalho; planejamento, organização e territorialização.

Os gestores entrevistados tinham entre 25 e 40 anos de idade, o tempo de formação variou de 2 a 16 anos, os profissionais pertenciam às áreas de: enfermagem, medicina, nutrição e serviço social. O tempo de atuação como funcionário público variou de um ano e meio a 15 anos. No presente estudo os sujeitos foram identificados como: G1, G2, G3, G4 e G5.

Identificação dos modelos de atenção

Os modelos de atenção compreendem arranjos tecnológicos que orientam a organização dos serviços de saúde em determinados espaços e populações; suas ações refletem no ambiente, nos grupos populacionais e equipamentos comunitários⁽⁸⁾.

Tendo em vista a fala dos gestores, e com base na classificação de Teixeira⁽⁹⁾, os dados expressam que a organização da atenção básica à Saúde da Criança do município em estudo adotou modelos de atenção que transitaram entre o médico-assistencial privatista ao do sanitarismo campanhista.

Apesar da implantação de um programa de Vigilância à Saúde, percebeu-se que não há uma síntese das ações que identifique todos os recém-nascidos de riscos em um dado território, fato que dificulta a captação das necessidades de saúde do segmento. Contudo, apesar da inexistência dessa sistematização, ao determinar-se uma criança como de risco, há uma classificação e priorização desta, para definir as ações do serviço.

Nas falas dos entrevistados emergiram os critérios para classificação de risco; citaram indicadores tanto da dimensão biológica quanto da social. Porém, a social não foi considerada na sua amplitude, na medida em que apenas a escolaridade foi empregada como fator de risco, excluindo-se outros como: renda, trabalho e bens próprios, que também são indicadores relevantes.

Na percepção dos sujeitos há disparidade entre

os modelos seguidos pelas Unidades de Saúde que possuem a ESF e as Básicas. As primeiras trabalham dentro do modelo de vigilância à saúde, com programas ou ações que permitem um maior domínio sobre a saúde das crianças, enquanto as segundas ainda trabalham com mecanismos na perspectiva da demanda, e isto pode comprometer a captação das reais necessidades de saúde das pessoas.

Se não for com DNV's, digamos que seja aquela criança que nasceu em Curitiba, que você chega com a DNV 30 dias depois. Então o que acontece?! O maior controle que a gente tem hoje é o PSF, porque o PFS sabe de sua gestante, sabe que ela ganhou bebê, vai muito antes fazer a visita, de ser entregue a DNV diferente da Unidade Básica. (G4)

Nas Unidades Básicas o atendimento é por demanda [...]. (G1)

O acompanhamento da puericultura, nas Unidades básicas, elas não conseguem fazer muita consulta. [...] No PSF é mais cobrado. A criança quando nasce, ela tem que vir fazer uma consulta; aí, com 30 dias ela tem que repetir, [...]. (G4)

A adoção de vários modelos dentro da organização dos serviços de saúde não é algo particular desse município. Esses modelos, principalmente o médico assistencial-privatista e o sanitarismo campanhista, se destacam em todo o país. Vale lembrar que, desde a implantação do SUS, foram elaboradas propostas alternativas de modelos, com o objetivo de alcançar a integralidade da atenção. Porém, devido ao seu forte histórico e ao poder que representa junto às instituições públicas e privadas, ainda há o predomínio do modelo hegemônico médico assistencial-privatista que, apesar de não contemplar o atendimento integral do indivíduo e da comunidade, continua a ser o mais conhecido e prestigiado pela população em geral⁽⁸⁾.

Atenção à saúde da criança: limites e possibilidades no alcance da equidade

Quanto aos mecanismos que garantam a continuidade da atenção à saúde das crianças, os gestores externaram que há um esforço no sentido de dispensar uma vigilância aos grupos de crianças que necessitam de atendimento prioritário. Isto é alcançado, principalmente, por busca ativa, a partir das

Declarações de Nascidos Vivos (DNV's); visita domiciliar; ações integradas com a Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE); e realização do Programa de Saúde da Criança em algumas unidades de saúde. Entretanto, as falas salientam dificuldades no alcance de metas e objetivos propostos devido à ausência de um sistema de informação que auxilie o cadastro e acompanhamento deste grupo.

Trabalhamos com DNV's, [...] para fazer a busca ativa das crianças de riscos [...] para inscrevê-las no programa de puericultura. Só que nem todas as unidades têm programa de puericultura [...]. Outra coisa que trabalhamos bastante é com a FEPE, que é a Fundação Ecumênica [...] trabalha direto com eles na questão do teste do pezinho. (G2)

Nós não temos um sistema de informação que dê esse controle para a Saúde da Criança. Temos dificuldades em fechar metas da Saúde da Criança [...]. (G2)

Os gestores citaram que o município conta, ainda, com uma central de marcação de consultas para os casos de usuários que necessitem de atendimento especializado, e tal prática é sustentada em organograma criado pela SMS.

Os relatos explicitam o trabalho de integração entre a SMS e a Secretaria de Ação Social no desenvolvimento de ações intersetoriais, com vistas à identificação de outras dimensões que abarcam o fenômeno saúde/doença, para além do biológico.

A criança de baixa estatura ou risco nutricional, muito baixo peso ou peso baixo, a gente tenta fazer visita domiciliar. Para algumas crianças a gente não consegue fazer visita [...]. Nós fortalecemos bastante esse contato com a Ação Social para crianças que tiverem risco de segurança alimentar comprovada, por baixo peso, ou por a mãe, a família estar, fora do mercado de trabalho. A gente passa essa família para o programa Bolsa Família, ou para o programa que adeque essa família [...] à inclusão social (G3).

A continuidade e acompanhamento do cuidado são garantias da efetivação da integralidade avaliada pela análise de referência e contra-referência do sistema local de saúde⁽⁹⁾. A integralidade é um dos

princípios do SUS que abrange ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde, com garantido acesso aos níveis de complexidade⁽¹¹⁾.

Os principais responsáveis pelo desenvolvimento de planos de ação, protocolos para referência e contra-referência são os gestores municipais, que devem permitir a integração dos serviços de saúde por meio de ferramentas como as centrais de marcação de consultas especializadas, de internações, de apoio diagnóstico e terapêutico⁽¹²⁾.

Sabe-se que a ação isolada dos serviços de saúde não é suficiente para resolver o conjunto das iniquidades em saúde⁽¹³⁾. A fala abaixo apresenta outros setores que contribuem no atendimento a saúde da criança.

Nós temos no município cinco CRAS's [...] e um Centro de Referência Especializado em Assistência Social, que é o CREAS [...] [este último] trabalha com crianças e famílias que tiveram seus direitos violados. (G5)

Percebe-se então a importância de que outros setores estejam envolvidos no alcance da equidade. Na fala dos sujeitos existe, para o grupo de crianças de zero a cinco anos e seus familiares um esforço especial dispensado, principalmente por parte da Secretaria de Ação Social por meio do Centro de Referência em Assistência Social - CRAS em algumas ações conjuntas com a área de saúde, como as citadas anteriormente, na busca de reduzir as iniquidades.

Infraestrutura e força de trabalho

Atualmente, o município conta com 21 unidades de saúde, destas, 8 com ESF e 13 unidades básicas de saúde; sendo que uma delas não faz atendimento à criança. No entanto, pode-se considerar que a rede de serviços de atenção básica está distribuída em toda a sua extensão territorial, pois os estabelecimentos de saúde estão localizados em áreas distintas, possibilitando, em sua concepção, o acesso pela população em geral.

A força de trabalho da ESF segue os princípios dessa estratégia, isto é, o trabalho em equipe multiprofissional, cada uma composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A conformação do número de equipes por unidades no município do estudo também está nos padrões

recomendados pelo Ministério da Saúde: uma Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias do território adscrito. Entretanto, os sujeitos apontam a necessidade de adequação do quadro de profissionais com destaque para o número de ACS, de acordo com as especificidades de cada unidade:

O PSF no município foi implantado em outubro de 2000 e iniciou com sete equipes [...]. Atualmente, nós temos 25 equipes, distribuídas em oito unidades. As equipes estão completas [...], têm os agentes, o médico, o enfermeiro e o auxiliar e o técnico [...]. Tem unidades com duas a quatro equipes, depende do tamanho da unidade e tamanho da abrangência. [...]. Estamos procurando aumentar o número de agentes, porque, quando iniciou em 2000, eram quatro agentes por equipe. Agora já se conseguiu em algumas unidades [...] cinco agentes em cada equipe [...]. Podemos colocar até seis agentes por equipe, desde que se faça um estudo que prove que é necessário, pela demanda. (G4)

No que se refere à ESF, os objetivos centrais são a prestação de assistência integral, contínua, resolutiva e de qualidade às necessidades de saúde de uma população adscrita, ressaltando-se a perspectiva da família. A equipe de saúde deverá ter uma abordagem multidisciplinar e organizar o trabalho de forma horizontal, que possibilite, no processo decisório, a participação de todos os envolvidos. Outro atributo desta estratégia é instigar o exercício do controle social da população pela qual é responsável⁽¹⁴⁾.

Com relação ao número de famílias que cada equipe deve acompanhar, a ESF preconiza que seja de 600 a 1000 famílias. No relato de um dos gestores, está explícito que o município acompanha o que é recomendado pelo Ministério da Saúde, o que pode facilitar algumas ações em saúde:

Cada equipe acompanha de 800 a 1000 famílias. Onde tem cinco agentes comunitários, consegue-se atender 1000; onde eu tenho só quatro, atende 800 famílias. (G4)

O Ministério da Saúde propôs algumas reestruturações direcionadas ao planejamento, programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação, construção das Unidades Básicas de Saúde

e para o trabalho das equipes, com o objetivo de contribuir no fortalecimento da ESF, visando à continuidade da mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil⁽¹⁵⁾.

A portaria 648/2006 aponta como necessários ao desenvolvimento da atenção básica: consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais; além de espaços como a área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários. É primordial a existência de equipamentos e materiais adequados que garantam resolutividade, além da dispensação de medicamentos de pactuação nacional⁽¹⁵⁾.

Nesse sentido, os gestores expressaram estar cientes das necessidades dessas mudanças, porém, reconhecem que o município apresenta dificuldades na readequação de suas unidades.

Tem uns acertos em PSF para fazer [...]. Atualmente para fazer um projeto PSF, [...] tem que ter um consultório para o médico e um consultório para o enfermeiro, justamente para implantar a consulta de enfermagem. Aí, o que acontece? Por equipe, você teria que ter dois consultórios [...], então ia ser muito complicado, mesmo que fosse readequar, não tem estrutura física [...]. (G2)

Se a gente quiser abrir mais equipes, tem que se adaptar ao que eles estão pedindo agora. Cada equipe tem que ter um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala para reunião dos agentes, banheiro específico para deficientes. (G4)

Essas declarações expressam que ainda existem sérios limites onde se localiza a base do sistema nacional de saúde, o município. Isto é devido à descentralização ocorrida, momento em que os municípios passaram a ter mais autonomia política; Porém, aliada a essa autonomia, sobressaíram-se outras limitações, como a deficiência de recursos financeiros e humanos para a saúde; desenvolvimento urbano acelerado; ausência de capacitação dos profissionais com consequente falta de competência técnica para gerir o sistema local, entre outros fatores.

Planejamento, organização e territorialização

O delineamento da população é importante para

o sistema de saúde local pois, mediante dados como perfil populacional, indicadores sanitários e epidemiológicos, taxas de desigualdades regionais, metas de cobertura e desempenho é que são repassados os recursos financeiros para atender as necessidades específicas de cada comunidade⁽⁸⁾. Contudo, a equipe de saúde local deve se apropriar das informações relevantes sobre a população da sua área de abrangência, e conhecer suas características em termos sociodemográficos e de saúde⁽¹⁾.

No relato dos gestores com relação à identificação da população atendida nas unidades de saúde na faixa etária de zero a cinco anos de idade e sua classificação de risco, nota-se a carência desses dados na SMS, pois foi referido que o domínio desses está centralizado nas unidades e, ainda, com maior organização nas que possuem a ESF.

Apenas as próprias unidades de saúde possuem este controle (número de crianças de 0 a 5 anos e classificação de risco). As unidades de PSF têm maior controle do número de crianças de sua área de abrangência. (G1)

Talvez nas unidades PSF [...] eles tenham [...]. Os agentes sabem quantas crianças eles tem, quais são de risco, quantas são de 0 a 5. (G4)

Ao se fazer um paralelo entre os manuais do PACS e PSF/ESF, constata-se que um dos princípios que as estratégias têm em comum é a identificação da população com a qual trabalham e, no caso do PACS, principalmente as de risco. Porém, as falas acima expressam as dificuldades para operacionalização nesse princípio. Tanto as unidades com ESF como as básicas que utilizam o PACS têm pouca organização e controle sobre os dados da população da sua área de atuação. Ainda, percebe-se que existe uma centralização dos dados disponíveis nas unidades de saúde, restringindo avaliações epidemiológicas e de planejamento do município em nível de SMS.

Para controle das crianças de risco os gestores apontam os dados obtidos a partir Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Todavia, reconhecem que existem falhas devido a esses sistemas serem apenas quantitativos, dificultando a identificação das reais necessidades da população infantil.

Nós temos dados bem firmes, só que eles não são

100%, são apenas sobre o SISVAN [...]. Ele tem um controle junto com o Bolsa Família, que quando se quer algum dado para fechar meta qualitativa nós usamos o SISVAN [...]. Só que isso falha um pouco, um pouco não, bastante. Porque dentro do Pacto da Saúde, você não tem mais meta quantitativa, ela agora é qualitativa [...]. Só que você não consegue tirar indicador lá de dentro [do sistema]. E da Saúde da Criança é pior ainda, porque a gente só tem dado quantitativo, que é o SINASC e um pouco do SISVAN. (G2)

O reconhecimento da importância da existência de uma divisão territorial e as dificuldades acarretadas pela sua ausência no município foi expresso em especial por um dos gestores, que salientou ser esta uma medida urgente que deve ser adotada pela SMS, pois isto pode contribuir na organização e nas práticas de saúde do sistema local.

Eu acho que tem que ser feito também essa questão de mapear os locais de risco [...] a gente precisa fazer isso urgente [...]. É bem complicado, na verdade, para você fazer uma ação; você tem que conhecer o município, a população, você tem que ter uma territorialização. A gente não tem essas particularidades bem conectadas [...] a hora que a gente tiver bem conectado e isso ai funcionando [territorialização], eu acho que melhora bastante. (G3)

A relevância da territorialização e da implantação de distritos sanitários nos municípios está interligada às propostas alternativas de modelos de atenção que, ao invés de darem enfoque exclusivo à “demanda espontânea”, também se preocupam com as necessidades de saúde da população do seu território e com o impacto das ações sobre elas. Desta forma, seria proporcionada a “oferta organizada” em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários: crianças, mulheres, idosos e trabalhadores⁽⁸⁾. Assim, o território não seria entendido apenas como uma região geográfica e sim como um espaço onde vivem grupos sociais com “suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente”^(8: 578).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo propiciou identificar, pela ótica dos

gestores, como está organizado o sistema de saúde local, desde a influência de modelos assistenciais distintos às dificuldades nos mecanismos de referência e contra-referência, infraestrutura e territorialização.

Compreender a organização da atenção à saúde da criança desse município nos levou a refletir a respeito da importância e das dificuldades existentes para a efetivação do princípio da integralidade, que é um dos pilares de sustentação da organização dos serviços. Assim, se observa que, apesar dos esforços locais para melhorar a qualidade da assistência dessa população, a operacionalização da mudança no modelo assistencial requer ferramentas que contribuam na captação, organização e uso dos dados para subsidiar as ações locais, bem como recursos financeiros e humanos para efetivar práticas com vistas à integralidade.

Estas dificuldades não são exclusivas desse município, como afirmado pelos sujeitos da pesquisa. Segundo os participantes, o Ministério da Saúde deve proporcionar ferramentas que avaliem a assistência prestada à população infantil de forma qualitativa, facilitando a captação das iniquidades locais e, com isso, propor a elaboração de estratégias mais adequadas às necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
2. Mazza VA. Necessidades das famílias com relação ao desenvolvimento infantil à luz da promoção da saúde [tese]. São Paulo(SP): Universidade de São Paulo; 2007.
3. Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em saúde pública. Cad Saúde Pública. 1999;19 (supl 2) 177-85.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. n°11. Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2002.
5. Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, 2005 [acesso em 2007 Set 15]. Disponível: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>.
6. IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Cadernos Municipais: Caderno Estatístico do Município de Colombo, 2007. [acesso em 2008 Out 10]. Disponível: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/montapdef>
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo(SP): Hucitec; 2006.
8. Monnerat GL, Senna MCM, Souza RG. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(3):509-21.
9. Teixeira CF, Paim JS, Vilas Bôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf Epidemiol Sus. [periódico na Internet] 1998 Abr/Jun; 7(2):7-28. [acesso em 2007 Abr 20]. Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>
10. Brasil. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Departamento de Atenção Básica (DAB). [acesso em 2008 Jun 30]. Disponível: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf
11. Ferreira SA, Campos LF. O conhecimento veiculado em literatura nacional sobre integralidade em saúde. Cogitare Enferm. 2009;14(2):368-73.
12. Ribeiro MR, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004 Mar/Abr;2:438-46.
13. Paim, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. 6ªed. Rio de Janeiro(RJ): MEDSI, 2003. p. 567-86.
14. Mendonça CS, Azevedo EG. Perguntas mais frequentes. In: Sampaio LFR, Lima PGA, consultores. Apoio ao Programa de Saúde da Família. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002. [acesso em 2007 Nov 10] 75 P. Disponível: http://itd.bvs.br/public/upload/associated Document/20040707093527/PSF_versao2.pdf
15. Senna MCM. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2002;18 (supl):203-11.