

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Silvio Roberto da Silva Menezes

**Implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade Sapezal – MT: uma  
análise descritiva**

Brasília

2021

Silvio Roberto da Silva Menezes

**Implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade Sapezal – MT: uma  
análise descritiva**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientador(a): Prof. Dr. Armando Martinho Bardou Raggio

Coorientadora: Profa. Dra. Kellen Cristina da Silva Gasque

Linha de Pesquisa: Gestão e avaliação de serviços na Estratégia Saúde da Família / Atenção Básica.

Brasília

2021

Primary Health Care (PHC) implantation in the city of Sapezal - MT: a descriptive analysis.

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

D111 Menezes, Silvio Roberto da Silva  
Implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade Sapezal, MT: uma análise descritiva / Silvio Roberto da Silva Menezes. -- Sapezal, MT, 2021.  
137 f.: il. color.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, 2021. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientação: Prof. Dr. Armando Martinho Bardou Raggio.

1. Atenção Primária em Saúde. 2. Sistema de Implementação. 3. Política Pública de Saúde. 4. Territorialização. 5. Adscrição. I. Título.

CDD – 23.ed. – 610

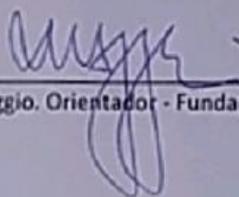
**Silvio Roberto da Silva Menezes**

Implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade Sapezal – MT: uma análise  
descritiva

Dissertação apresentada à Escola de Governo  
Fiocruz como requisito parcial para obtenção  
do título de mestre em Saúde da Família (Saúde  
Coletiva).

Aprovado em 30/08/2021.

BANCA EXAMINADORA



---

Dr. Armando Martinho Bardou Raggio. Orientador - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz  
Brasília

---

Dra. Kellen Cristina da Silva Gasque. Coorientadora - Programa de Saúde da Família – Fiocruz  
Brasília

---

Dra. Débora Dupas Gonçalves do Nascimento - Fiocruz MS

---

Dr. Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás

---

Dra. Inara Pereira da Cunha - Escola de Saúde Dr. Jorge David Nasser

Instituição Associada/Polo: <b>Escola de Governo Fiocruz – Brasília - DF</b>
Discente: <b>Silvio Roberto da Silva Menezes</b>
Título da Dissertação: <b>Implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade Sapezal – MT: uma análise descritiva.</b>

À Coordenação de Pós-Graduação em Saúde da Família,

Encaminho o exemplar final da dissertação do aluno(a) acima citado . Informo que revi o exemplar, que contém todas as modificações solicitadas na defesa como pré-requisito para a aprovação.

Essa dissertação é vinculada:

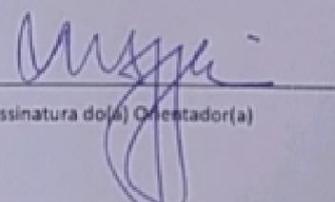
Linha de Pesquisa:

- ATENÇÃO INTEGRAL AOS CICLOS DE VIDA E GRUPOS VULNERÁVEIS
- ATENÇÃO À SAÚDE, ACESSO E QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
- EDUCAÇÃO E SAÚDE: TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS DA EDUCAÇÃO, COMPETÊNCIAS E ESTRATÉGIAS
- GESTÃO E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA/ATENÇÃO BÁSICA
- INFORMAÇÃO E SAÚDE
- PESQUISA CLÍNICA: INTERESSE DA ATENÇÃO BÁSICA
- VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Projeto vinculado: Programa de pós-graduação em rede Saúde da Família, proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma rede nacional.

Docente do Programa integrante do Projeto: Prof. Dr. Armando Martinho Bardou Raggio

Brasília-DF 08 de novembro de 2021.

  
Assinatura do(a) Orientador(a)

Este trabalho é dedicado primeiro ao Criador de todas as coisas; a todos que acreditam que é possível oferecer uma Atenção à Saúde de muita qualidade. É dedicado aqueles que também sonham com um futuro de igualdade no cuidado com a Saúde, sem espaço para o egoísmo ou para a vaidade.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço de todo o coração ao meu Deus e Criador, que é quem me capacita e quem me inspira a seguir em frente;

Agradeço a minha amada esposa que me auxiliou sem medir esforços e me estimulou a prosseguir quando o ânimo foi diminuindo e não desistiu de me mostrar que a capacidade pessoal precisa ser desenvolvida em todo o tempo, e que a prática é a melhor técnica para se alcançar nossos objetivos;

Agradeço aos colegas e amigos que sempre me deram palavras de incentivo, e que assim como eu, estão batalhando para cada dia mais melhorar como profissionais.

Agradeço ao meu orientador e coorientadora que mesmo em meio as suas muitas atividades, generosamente conseguiram me manter no foco durante todo o processo de produção deste trabalho e me colocaram na direção certa para poder realizar esta dissertação.

Vivo em excelência total porque entendo que o fracasso é um acontecimento, e não um personagem; que o dia de ontem acabou na noite passada, e que o dia de hoje é totalmente novo (ZIGLAR, 2008, p. 279).

## RESUMO

O Brasil ainda enfrenta desafios para alcançar excelência na execução de uma Atenção Primária à Saúde (APS). Tais desafios estendem-se também para os municípios de pequeno porte como Sapezal-MT devido à complexidade na solução de enfrentamentos de desafios variados, por exemplo: mudança de modelos de assistência arcaicos, dificuldades de aplicação de novos modos organizativos ou oferta de acesso a uma rede de apoio em saúde satisfatória para as necessidades da população. O objetivo geral desse projeto foi analisar o processo de implantação da APS em Sapezal-MT, correlacionando as mudanças nas formas organizativas do sistema local de saúde. De maneira mais específica, buscou-se descrever os processos de implantação da APS no município, correlacionando os modos organizativos às ações e serviços de saúde, antes e depois desse processo; comparar a implantação da APS em Sapezal-MT com outros municípios brasileiros; produzir um relatório contendo os principais achados da pesquisa apresentando qualidades e pontos de melhoria da implantação da APS em Sapezal-MT. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com método dedutivo e análise descritiva. Os materiais levantados foram comparados com as diretrizes para implantação de APS no Brasil. Os resultados mostraram que processo de implantação da APS em Sapezal-MT apresentou qualidades e pontos deficitários em comparação aos protocolos das leis e diretrizes determinados para este fim; ademais se concluiu a necessidade de reavaliação da territorialização, revisão da adscrição e divisão das equipes. Com base neste estudo sugeriu-se que fossem revistos os critérios de implantação da ESF no município. Concluiu-se que apesar de o município ter apresentado incremento na oferta de atendimentos e serviços, não houve como caracterizar a reorientação efetiva do modelo de assistência. Todos esses achados foram compilados em um relatório técnico final.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Sistema de Implementação. Política Pública de Saúde. Territorialização. Adscrição.

## **ABSTRACT**

Brazil still faces challenges to achieve excellence in the execution of Primary Health Care (PHC). Such challenges also extend to small towns as Sapezal-MT due to the complexity in solving different challenges, for example: changing archaic care models, difficulties in applying new organizational modes or offering access to a satisfactory health support network for the needs of the population. The general objective of this project was to analyze the PHC implementation process in Sapezal-MT, correlating changes in the organizational forms of the local health system. More specifically, was sought to describe the PHC implementation processes in the city, correlating the organizational modes with health actions and services, before and after this process; compare the implementation of APS in Sapezal-MT with other Brazilian towns; produce a report containing the main findings of the research showing qualities and points of improvement in the implementation of PHC in Sapezal-MT. A bibliographical research was carried out, with a deductive method and descriptive analysis. The materials collected were compared with the guidelines for implementing PHC in Brazil. The results showed that the PHC implementation process in Sapezal-MT presented deficient qualities and points compared to the protocols of the laws and guidelines determined for this purpose; in addition, the need for reassessment of territorialization, revision of the adscription and division of teams was concluded. Based on this study, it was suggested that the criteria for implementing the FHS in the city be revised. It was concluded that although the town has shown an increase in the provision of care and services, there was no way to characterize the effective reorientation of the care model. All these findings were compiled into a final technical report.

**Keywords:** Primary Health Care. Implementation System. Public Health Policy. Territorialization. Adscription.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AMAQ-AB	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão de Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
eESF	Equipe de Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde

IAP'S	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa Saúde da Família

RAS	Rede de Atenção à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTR	Unidade de Transporte Rápido
VIVA	Programa de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
3.1	GERAL .....	17
3.2	ESPECÍFICOS .....	17
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>18</b>
4.1	FONTES DE PESQUISA .....	19
	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	
<b>5</b>	<b>POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> .....	<b>24</b>
<b>7</b>	<b>MODELOS DE ATENÇÃO</b> .....	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E SERVIÇOS: CONCEITUALIZAÇÃO E HISTÓRIA</b> .....	<b>38</b>
<b>9</b>	<b>ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: VALORES E PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS</b> .....	<b>42</b>
<b>10</b>	<b>TERRITORIALIZAÇÃO</b> .....	<b>47</b>
<b>11</b>	<b>A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE APS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE: CRITÉRIOS, REGRAS E EXPERIÊNCIAS...</b>	<b>49</b>
<b>12</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>58</b>
12.1	O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA APS EM SAPEZAL-MT .....	58

12.2	HISTÓRIA DO MUNICÍPIO DE SAPEZAL-MT: CONTEXTO DO ESTUDO .....	58
12.3	ESTRUTURA DA SAÚDE EM SAPEZAL – MT .....	59
12.4	O PROCESSO DE ADSCRIÇÃO DOS USUÁRIOS E TERRITORIALIZAÇÃO DAS EQUIPES DE ESF NO MUNICÍPIO DE SAPEZAL – MT .....	60
<b>13</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>70</b>
<b>14</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>81</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>82</b>
	APÊNDICE – Relatório Técnico Científico .....	93
	ANEXO A - Termo de Anuência .....	104
	ANEXO B - Relatórios de Consulta (Sintético por Unidades) .....	105
	ANEXO C - Cadastros por equipe de eSF em Sapezal-MT .....	114
	ANEXO D - Plano Municipal de Saúde 2018-2021 .....	115

## 1 APRESENTAÇÃO

Durante todos os anos de prática profissional na Atenção Básica à Saúde, em distintos municípios, por meio de observações pessoais a respeito da implantação da APS, este que vos escreve notou que frequentemente existiam dificuldades específicas para que os serviços de atenção às populações locais fossem melhor executados e com maior resolutividade. Dificuldades variadas como: prática de um modelo tradicional e curativo de atenção à saúde; falta de coordenação e execução de modelos segundo as normas já estabelecidas e sugeridas nos Cadernos de Atenção Básica; adscrições inadequadas e demais percalços provenientes de passos iniciais de implantação inapropriados.

Daí surgiu a motivação pessoal/profissional em poder contribuir com um relatório que permitisse analisar não apenas a qualidade do serviço conforme previsto no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), mas também que servisse como um guia que esclarecendo os critérios básicos de implantação, um modelo que pudesse auxiliar a dinâmica de trabalho da saúde em Sapezal-MT.

Entretanto foi uma árdua batalha conciliar o desenvolvimento deste estudo com as práticas profissionais cotidianas como médico de família e com as horas trabalhadas no deslocamento de pacientes, em ambulância, para a capital do Mato Grosso e/ou para outros polos de atendimento, resultando em minimamente 15 horas o trajeto de ida e volta (Cuiabá por exemplo), além das horas que se despendiam para resolver situações inusitadas no tocante a devida recepção dos pacientes pelos hospitais. Algumas vezes a demanda de deslocamento de pacientes para outros municípios era maior que o número de profissionais médicos dedicados a essa atividade na cidade de Sapezal-MT, por isso era necessário chegar na cidade de volta e logo embarcar em outra ambulância para dar conta do objetivo.

Outra dificuldade enfrentada durante a elaboração da pesquisa foi eclosão da pandemia sem precedentes que atingiu o mundo inteiro no ano de 2020. Esse ocorrido veio a gerar adequações imperantes de normas sanitárias e atividades em vários setores da Prefeitura para dar conta da prestação de atendimentos que proporcionassem o devido cuidado e prevenção com seus colaboradores, assim, as vezes era necessário paralisar atividades por conta do risco oferecido a eles. Esse fato as vezes gerava entrave para a celeridade na obtenção de informações e devidas documentações.

Apesar de todos os obstáculos mencionados, espera-se que esta contribuição alcance ao menos três esferas: acadêmica, operativa e social, ou seja, que o esforço acadêmico possa inspirar e nortear a outros colegas para também desenvolverem guias, protocolos e estruturas que corrijam e ampliem processos de APS segundo as normas do Ministério da Saúde; que na esfera operativa esses guias promovam mais excelência na execução da Atenção Básica à Saúde e como consequência, no âmbito social, os usuários possam desfrutar de maior qualidade nos serviços prestados pelo sistema público de saúde.

## 2 INTRODUÇÃO

Em termos de Estratégia Saúde da Família (ESF), a prática brasileira em geral se mostrou caracteristicamente tradicional, com prevalência de cunho curativo e falhas na perspectiva preventiva idealizada e admoestada pelos ideais de ESF, fato que tornou difícil a implantação definitiva deste novo sistema em muitos municípios do Brasil. Não raro, muitos gestores aderiram aos programas do governo com o objetivo de aumentar os recursos que chegavam para a saúde do município, sem, contudo, observarem as regras básicas de implantação da Atenção Primária em Saúde (APS) e da ESF em suas localidades, mantendo dessa forma, preferencial o sistema de tratar as doenças de sua população e não de preveni-las (Faria et al., 2013).

Costa (2000) asseverou que havia autores apontando as mais diversas causas e barreiras que ao longo da história, traduzindo como complicadores para a implantação de um sistema de saúde tal como no Caderno da Atenção Básica nº 1, que tratava-se de um material complementar de capacitação contendo orientações técnicas sobre o funcionamento (operacional, gerencial e conceitual) das equipes de Saúde da Família (eSF) apresentando o passo a passo para a implantação da APS. Gomes et al. (2011) observaram que muitos municípios seguiam com o modelo tradicional apenas curativo. Canesqui e Spinelli (2008) também corroboraram com esta visão quando descortinaram o fato de que em muitos lugares ainda era usado um espaço único para atendimento da UBS por eSF e um pronto atendimento (sistema tradicional), sem que se observassem os respectivos territórios aos quais estes usuários eram adscritos, deixando o sistema sobrecarregado. Além disto, este mesmo autor observou a dificuldade que a gestão tinha em ver um usuário como um todo complexo, enxergando-o apenas como alguém que tinha uma doença específica que precisava ser tratada: a doença, não o indivíduo.

Com este mesmo olhar, Rosa; Pelegrini; Lima (2011) começaram a perceber que além da gestão, os próprios usuários tendiam a preferir a visão curativista ou hospitalocêntrica, tendo em vista principalmente a baixa resolutividade de muitas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), acreditando que somente um especialista focal era capaz de resolver seus problemas e cuidar de sua saúde, perpetuando cada vez mais o modelo tradicional. Em suma, muitos fatores poderiam estar envolvidos no processo de implantação da APS no território brasileiro, imenso e

tão diversificado culturalmente, onde infelizmente ainda se veem disparidades, não somente de acessibilidade, mas sociais, econômicas e políticas.

Este trabalho visou analisar o processo de implantação da APS em Sapezal-MT, correlacionando as mudanças nas formas organizativas do sistema local de saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Analisar o processo de implantação da APS na cidade de Sapezal-MT, correlacionando as mudanças nas formas organizativas do sistema local de saúde.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

1. Descrever a implantação da APS em Sapezal-MT, correlacionando os modos organizativos às ações e serviços de saúde, antes e depois desse processo;
2. Comparar a implantação da APS em Sapezal com outros municípios brasileiros;
3. Produzir um relatório técnico contendo os principais achados da pesquisa apresentando qualidades e pontos de melhoria da implantação da APS em Sapezal-MT.

## 4 METODOLOGIA

O presente trabalho científico tipificou-se por seu caráter analítico-descritivo; analítico na medida que buscou analisar sucintamente como se articularam os elementos constituintes do processo de implantação da APS em Sapezal-MT, e descritivo, uma vez que almejou descrever as principais características desse processo, estabelecendo as correlações deste com os modos organizativos com ações e serviços de saúde normativamente vigentes e também comparar a implantação da APS com outros municípios (Marques et al., 2006).

A análise do estudo baseou-se em fontes de pesquisa apresentadas no tópico 4.1, cujos dados fonte e secundários foram processados mediante estatística descritiva de dados (Moretti, 2008).

Na parte descritiva deu-se prioridade à abordagem do problema através da descrição de características específicas (Gil, 2008) acerca da implantação da APS em Sapezal-MT e feitas correlações entre os padrões ideais para esta classe de implantação descritos nas leis e diretrizes citados no referencial teórico; bem como comparações com implantações em outros municípios.

A investigação estudo teve origem em setembro de 2020 quando foram iniciados os levantamentos: de conteúdo para o referencial teórico e dados secundários coletados na prefeitura de Sapezal-MT. Em meados de abril de 2021 foi iniciado o procedimento de análise de dados e inferência de resultados.

Para conduzir a descrição do processo de desenvolvimento da implantação da APS no município de Sapezal-MT, foi feito um levantamento de dados públicos tomando-se em conta os seguintes aspectos:

- Levantamento populacional do município na época de implantação da APS, através de informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e relatórios do Sistema de Informações do Beneficiário – SIB realizados no ano 2000;
- Levantamento do número de equipes e da cobertura populacional na época de implantação da APS. Estas informações foram colhidas nos dados da Secretaria de Saúde com base nos relatórios de atendimento do ano 2000 fornecidos ao MS e pesquisas junto ao CNES;
- Planejamento estratégico vislumbrando o crescimento populacional futuro, buscado através das atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde – CMS e do Plano Municipal de Saúde - PMS da época;

Além disso, foram considerados os seguintes pontos ao longo do desenvolvimento do estudo:

- 1º. Após o levantamento desses registros, foi feita uma análise do processo de implantação, com construção de um quadro histórico a fim de demonstrar como foi no início e como se apresenta atualmente referido processo;
- 2º. Foram estabelecidos critérios e regras baseados no Caderno da Atenção Básica no que se refere à implantação da APS (Passo a passo das ações do Departamento de Atenção Básica – DAB) e atualizações ocorridas através da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB 2017, conforme o levantamento populacional da época de implantação da APS, visando saber aspectos importantes, tais como: a) a quantidade de equipes necessárias para atender as demandas locais; b) se houve a elaboração de um projeto para a implantação da APS; c) se o projeto de implantação da APS passou pela apreciação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde (Costa, 2000);
- 3º. Ponderações sobre a possível evolução do sistema de serviços durante o processo de implantação da APS por meio das seguintes perguntas norteadoras: ocorreu uma melhora na cobertura da ESF no município? Melhorou a acessibilidade para a população local? O número de equipes atual é suficiente para o atendimento da demanda populacional? As eSF estão com o quantitativo populacional adscrito dentro do estabelecido na PNAB 2017?

Não houve necessidade de submissão do material para um Comitê de Ética, pois a pesquisa debruçou-se apenas sobre a análise bibliográfica e documental, muito embora inicialmente houvesse o intuito de se realizarem entrevistas e questionários para colaboradores da prefeitura, não foi possível devido às demandas extenuantes de trabalho do autor e às restrições advindas da pandemia mundial, fatos já expostos na Apresentação.

#### 4.1 FONTES DE PESQUISA

A pesquisa foi delimitada pelo método dedutivo, partindo de uma situação geral e genérica para uma situação particular. A coleta de dados ocorreu através da leitura de bibliografia científica como artigos, livros e publicações dentro de sítios científicos – Bireme, Scielo, periódicos científicos, bibliotecas científicas virtuais do Ministério da

Saúde – UNA-SUS / BVS-MS, Cadernos de Saúde Pública – MS, revistas científicas de saúde como REVEDUC – UFScar e UFPR.

Documentos públicos da prefeitura de Sapezal-MT também foram utilizados: decretos municipais de criação de eSFs; Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

## 5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Antes da apresentação dos modos organizativos preconizados para a implantação de uma APS, considerou-se importante caracterizar sucintamente aspectos da trajetória histórica da construção do sistema de saúde brasileiro, a fim de valorizar e reconhecer que se interpuseram desafios e esforços que foram sendo galgados gradativamente até chegar aos passos que hoje continuam a oferecer soluções para as problemáticas na área da saúde pública.

Mundialmente viu-se a saúde sendo ratificada como um direito fundamental da humanidade, segundo Gil (2006) a Conferência Internacional de Alma Ata – promovida em 1978 pela OMS e UNICEF – constituiu-se um divisor de águas em termos de discussões norteadoras das políticas de saúde; e em decorrência disso, entre 1970-1980, na esfera nacional surgiram as primeiras implantações de serviços de saúde nos municípios, ancorados já sob as inovadoras visões conceituais de Alma Ata.

Para entender melhor a respeito das mudanças globais citadas por Gil (2006), descreveu-se em seguida a definição de políticas públicas de saúde, sua função e desenvolvimento histórico.

As Políticas Públicas de Saúde são aquelas ações, projetos e propostas de cunho político-social tomadas em todas as esferas de governo, destinando-se a suprir uma gama de demandas no que se refere à saúde da população de uma determinada nação (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

Atualmente elas servem como direcionadoras e ordenadoras a respeito de como devem ser conduzidas as ações de saúde no âmbito nacional, estadual e municipal, visando a melhoria do cuidado e da qualidade de vida da população brasileira, com um olhar que contemple todos os aspectos da vida de cada indivíduo. Obviamente que a história trouxe relato de todas as tentativas e propostas que foram surgindo e ou testadas, sendo que algumas se tornaram de fato a base para o que se construiu no Brasil no que se refere à 'Atenção à Saúde' dos brasileiros (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

Historicamente, é mister retomar a década de 1930, quando as políticas ainda insólitas de saúde eram voltadas para o combate às epidemias que surgiam na época, período que ficou conhecido com 'sanitarismo campanhista' que tinha como objetivo cuidar da saúde de grupos isolados da produção agrícola e exportadora (REIS, 2015). Neste mesmo período, com o surgimento da Previdência Social, surgiram também as

Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) que foram criadas por algumas empresas e que eram voltadas somente para seus funcionários. Com a visão de ampliar um pouco mais este cuidado com a saúde dos trabalhadores, surgiram também os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), que classificavam os profissionais de acordo com as atividades desenvolvidas e obviamente eram institutos de grande porte, porque alcançavam um número significativo de trabalhadores (Júnior e Júnior, 2006).

Ainda no final da década de 30 foi criado o Ministério da Educação e Saúde, onde os cuidados com a saúde começaram e ter como alvo não mais a coletividade, mas os indivíduos, com seus problemas de saúde. Outras propostas foram surgindo até que em 1953 foi criado o Ministério da Saúde (MS). Concomitantemente, começaram a crescer as propostas voltadas para os cuidados em saúde, diferente dos anos 30, seguindo na direção do cuidado da força de trabalho urbana e fabril, que começava a crescer e levar ao surgimento de grandes centros urbanos. Em 1960, o Governo decidiu juntar os Institutos previdenciários por meio de uma lei orgânica da Previdência Social culminando com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que se tornou o mais importante órgão voltado para o financiamento das ações de saúde no país (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

Muitos outros eventos e propostas surgiram neste período, ampliando cada vez mais o grupo de pessoas beneficiárias dos cuidados de saúde. Por exemplo, em 1972 as domésticas e trabalhadores rurais, e em 1973 os trabalhadores autônomos foram incluídos (BRUMER, 2002). Vários movimentos também foram acontecendo no país levando a uma mudança radical na forma de pensar saúde para o povo brasileiro, tais como: as mobilizações efervescentes no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES fundado em 1976 que deram origem ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB (PAIM, 2012), cuja proposta era a inovação do modelo assistencial, ressaltando a proeminência da assistência primária de saúde, sendo assim, peças-chave para estabelecer políticas mais sólidas e eficientes, bem como as discussões sobre a Atenção Primária em Saúde (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

Em 1975, com o objetivo de empoderar os municípios no tocante aos cuidados com a saúde, por meio da lei 6.229 de 27 de julho, criou-se o que seria a primeira regulamentação das políticas de saúde, regendo as atividades voltadas para a saúde (ANDRADE; PONTES; MARTINS, 2000). Infelizmente, devido a interpretação equivocada dessa lei, a proposta não foi adequadamente implementada para muitos

municípios que acabaram investindo de forma equivocada os recursos e menosprezando a atenção primária. Somente em 1978, após o primeiro encontro nacional dos municípios, a Atenção Primária tornou-se prioritária para a maior parte municípios brasileiros, deixando a média e alta complexidade sob a responsabilidade da União e Estados (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

A VII Conferência Nacional de Saúde (1980) trouxe a proposta da criação do programa denominado PREVSAÚDE que tinha como objetivo principal divulgar e tornar a Atenção Primária a Saúde prioritária no país, principalmente depois de terem constatado o sucesso do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS), com resultados significativos quando realizado no nordeste brasileiro. Muitos outros planos e novas políticas foram sendo implementados ao logo dos anos, até que na VIII Conferência de Saúde (1986), onde mais de 5 mil pessoas reunidas construíram um relatório que tornaria a questão da saúde uma integrante da Constituição Federal de 1988, estabelecendo sua Universalidade como direito de todo o cidadão, independentemente de estar ou não vinculado a qualquer que seja o instituto, a raça, religião, condição social ou qualquer outro parâmetro de exclusão. Dessa forma, obrigando todas as esferas de governo a dedicarem parte de seus recursos (gestão compartilhada) a cuidar da saúde de seus habitantes de forma preventiva e curativa (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

Em 1990, as leis 8080/90 e 8142/90 se tornaram as norteadoras para todo o sistema de saúde no Brasil, definindo a participação da comunidade nas decisões que envolviam saúde e estabelecendo as formas de financiamento e aquisição e o repasse de recursos para manter todo o sistema completamente viável, e factível para todas as esferas de governo (BRASIL, 2007). Para colaborar com esta regulamentação algumas normas regulamentadoras também foram criadas pelo Ministério da Saúde para orientar este novo modelo de saúde, a saber as NOB's de 1991,1993,1996 (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

## 6 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nesta parte o Sistema Único de Saúde – SUS e suas diretrizes foram apresentados, sobretudo considerando-se o contexto da APS. Apresentou-se a construção do árduo processo de desenvolvimento histórico do SUS e a geração de suas principais doutrinas que foram estruturando-se apesar dos obstáculos.

Em decorrência da Lei Orgânica de Saúde 8.080, o SUS foi criado em 19 de setembro de 1990 (Paim et al., 2011). Essa Lei obedecia ao princípio constitucional:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988. Art. 196, Seção II).

O artigo 7 da Lei Orgânica de Saúde de 1990 determinava o seguinte: “[...] ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal” (BRASIL, 2011 e BRASIL, 1988); e ainda ressaltava que o SUS deveria funcionar dentro dos seguintes princípios:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - Participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

- XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e  
 XIII - Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2011. Cap. II, Art. 7º).

Reis, Araújo, Cecílio (2012) remontaram a trajetória histórica da construção do SUS destacando datas que remetiam ao estabelecimento de legislações e políticas governamentais da seguinte forma:

#### Quadro 2 - Trajetória histórica da construção do SUS

Datas	Criação de Legislações, Políticas de Saúde, Eventos e Instituições
1923	<b>Lei Eloy Chaves</b> → criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) para legalizar pensão em decorrência de acidentes, afastamento em caso de doença e aposentadoria; iniciou debates entre setor público e privado sobre necessidades dos trabalhadores.
1932	<b>Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)</b> → O Estado respondia às demandas dos trabalhadores e investia em processos de urbanização e industrialização, além de assistência médica com prestação de serviços próprios e privados.
1965	<b>Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)</b> → fruto da unificação dos IAPs; destacavam-se nessa época: o robustecimento do componente assistencial, as compras de serviços assistenciais do setor privado, a solidificação do “modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico centrado”.
1977	<b>Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS)</b> , que incluiu outra instituição criada em 1974, o <b>Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)</b> → órgão governamental como importante prestador da assistência médica. Ainda com prevalência na compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado.
1982	<b>Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS)</b> → enfatizava a Atenção Primária, já concebida como rede ambulatorial e “porta de entrada” do sistema. Suas propostas consistiam em: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar instituições públicas da saúde do governo “em rede regionalizada e hierarquizada”;</li> <li>• Criar sistemas de referência e contrarreferência e a atribuir os serviços de saúde como prioridade da rede pública, onde a rede privada complementar apenas após plena utilização;</li> <li>• Descentralizar o gerenciamento dos recursos; descomplicar mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; otimizar procedimentos com alto custo a partir de critérios racionais para todos os procedimentos;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viabilizar convênios trilaterais entre MS, MPAS e SES, atraindo de recursos públicos disponíveis.</li> </ul>
1986	<b>VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)</b> → marcada por participação popular expressiva, tornou a concepção de saúde mais abrangente, considerando-a como “direito universal e dever do Estado” e posteriormente sendo absorvidos seus princípios e propostas pela Constituição de 1988 e por Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e nº 8.142/90). Ressaltou o movimento da Reforma Sanitária e a proposição ações institucionais que incluíssem a promoção, proteção e recuperação da saúde.
1987	<b>Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)</b> → suas diretrizes eram: “universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários”. Recursos do Governo Federal tornaram-se descentralizados e revertidos para estados e municípios, aumentando as redes de serviços de forma programada.
1988	<b>Constituição Cidadã</b> → modificou o princípio da saúde para “Direito de todos e dever do Estado”, fazendo com que a união, estados e municípios financiassem o Sistema de Saúde, sendo fiscalizados por conselhos de saúde representados igualmente por prestadores de serviço e usuários.
1990	<b>Sistema Único de Saúde (SUS)</b> → a reunião de princípios e diretrizes firma alicerces jurídicos do novo sistema de saúde a partir da Lei 8.080. Neste mesmo ano destacou-se a Lei no 8.142 enfatizando o envolvimento legítimo dos usuários na administração deste sistema através de Conselhos de Saúde estaduais como o CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais com o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).
1991	<b>Comissão de Intergestores Tripartite (CIT)</b> → essa comissão fortaleceu a gestão colegiada do SUS e visava acompanhar a implantação e operacionalização da implantação dele. Faziam parte dela o MS, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e CIB.
1993	<b>NOB-SUS 93</b> → ratificou a implantação do SUS e solidificou o princípio da municipalização através de níveis de gestão local do sistema de saúde e estratégias que efetivas descentralizadoras em termos de ações político-administrativas. Configurou os níveis de responsabilidade e competências do gerenciamento do SUS, além de legitimar a autonomia das CIT's. Destacou-se a inclusão de elementos de alta complexidade e maior participação comunitária nas decisões através dos CMS's.
1994	<b>Programa Saúde da Família (PSF)</b> → atual ESF ( <b>Estratégia Saúde da Família</b> ). Elaborado como um programa do governo federal para implementar a Atenção Primária nos municípios. Tornou-se ‘estratégia’ a fim de alterar o modelo assistencial antigo que privilegiava o atendimento emergencial, sobretudo em grandes hospitais. O novo modelo paradigmático suscitava debates e análises na medida em que conferia à família em seu habitat o alvo de atenção, otimizando o entendimento do processo saúde-doença. Suas

	ações objetivavam: “promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes”.
1996	<b>NOB 96</b> → representou um incentivo expressivo a um novo modelo de Atenção na medida em que propiciava a descentralizava ainda mais os recursos da união para estados e municípios. Criou o <b>Piso da Atenção Básica – PAB</b> , delegando ao município certa quantia de investimento financeiro visando o pagamento de procedimentos e ações de assistência básica. “A atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar continuam financiadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS)”.
2002	<b>Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 2002)</b> → destacou o processo de regionalização do SUS.
2006	<b>Pacto pela Saúde</b> → “[...] um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão”. Os municípios, estados e União assumiram o compromisso anual através do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) pactuando metas e responsabilidades de cada um. As transferências dos recursos foram divididas em blocos de financiamento: “Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde”.

Adaptado de: REIS; ARAÚJO; CECÍLIO (2012, p. 31-38 e 45).

Um aspecto importante dentre os avanços do SUS foi a atenção à saúde baseada em evidência, um movimento que se originou a partir dos anos 60, essencialmente caracterizado pela atenção que se dava aquilo que os profissionais – especialmente médicos – indicavam como premissa para a oferta de recursos para os procedimentos, sempre com foco em otimizar eficiência e produtividade como meios para alcançar governança de qualidade e atendimento à altura dos anseios dos cidadãos. Priorizava a indicação ou contra-indicação de procedimentos fundamentados em pesquisas com arcabouço científico robusto (MENDES, 2019).

Essa busca por melhor eficiência e produtividade também foi fator que passou a produzir descontentamento com o modelo tecnicista/hospitalocêntrico, levando a não mais ser aceito como condizente com as complexidades e mudanças do mundo moderno e já não correspondia com as necessidades de saúde das pessoas, isso era o que estava alavancando a busca por uma nova forma de se trabalhar a qual incluía a família (imersa em suas características socioambientais e culturais) como o centro da atenção e não somente uma doença em um corpo; isso motivava em nova visão

sobre os modelos de atenção que inserisse a perspectiva da prevenção (ROSA; LABATE, 2005).

Paim et al. (2011), quando escreveram sobre a definição de modelo de atenção (dimensão técnica), a conceberam como uma “lógica que orienta a ação”, todavia não como uma maneira de organizar ou gerenciar serviços, mas como uma combinação de tecnologias e técnicas (saberes e instrumentos como meio de trabalho) orientadas à resolução de problemas e ao atendimento das carências de saúde.

Dentro do histórico da construção do SUS, o PSF viabilizaria então o “abandono” do modelo antigo (no sentido de superá-lo incorporar novos elementos) e a construção de um novo modelo assistencial, servindo como uma espécie de “estratégia estruturante” que tinha uma marca cujo fundamento principal era a promoção da saúde e a mudança de foco na doença para a saúde:

Pensar a saúde, não como a simples ausência da doença, mas como produto da qualidade de vida, socialmente determinada, implica necessariamente, a superação do paradigma da biomedicina, organicista e a incorporação de um novo referencial que considere os aspectos históricos, culturais e sociais que interferem no modo como deve ser prestada a atenção à saúde (SUCUPIRA, 2003, p. 12).

Um dos principais obstáculos do PSF, instituído em 1994 (descrito no Quadro 2 - Trajetória histórica da construção do SUS) foi o cálculo desproporcional e incongruentemente ideal entre equipe de PSF e população; até hoje é um fator que dificulta o progresso da prevenção, embora a atuação dos ACSs (com conscientização sanitária e visitas domiciliares) tenha influenciado eficientemente nesse processo (CONILL, 2008).

Observou-se também que padrões inadequados de desenvolvimento urbano geravam obstáculos para o PSF, assim, ações intersetoriais coletivas e simultâneas se fizeram fundamentais para o enfrentamento de conjunturas precárias como por exemplo favelização; por outro lado, tanto os Conselhos de Saúde com planejamentos realizados através de metas pactuadas, representavam avanços (CONILL, 2008).

Na avaliação dos sistemas de serviços, Mendes (2019) apontou para a diferenciação entre dois termos importantes: em primeiro lugar o sistema de saúde, que foi considerado mais amplo, pois abrangia a saúde, a qual apontava para “a manifestação objetiva das condições de vida de uma população singular e resultante

da ação intersectorial de diferentes sistemas económicos e sociais, mais ou menos complexos”, e por outro lado, em segundo lugar o sistema de atenção à saúde, que aludia à atenção à saúde, concernente a um “sistema social temático e unissetorial”, que possuía metas, finalidades específicas e intencionais.

Os sistemas de atenção à saúde possuíam objetivos e Mendes (2019) destacava os seguintes:

1º) Buscar um nível ótimo de saúde populacional distribuído de forma equitativa: almejava os melhores os níveis de saúde dos indivíduos ao longo de todas as suas fases na vida, sendo atualmente aferido através dos indicadores: taxas de mortalidade e morbidade por habitantes, anos de vida ajustados por incapacidade ou expectativa de vida ajustada por incapacidade;

2º) Garantir proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos: neste quesito entendia-se que dentro da população geral havia grupos sociais que se encontravam em situação de exclusão, os quais tendiam a apresentar mais riscos de adoecer e morrer, e para estes, os sistemas de atenção à saúde destinavam recursos financeiros diferenciados de acordo ao grau de risco;

3º) Proporcionar acolhimento aos cidadãos. Esses responderiam a pesquisas qualitativas que dariam vasão às suas expectativas sobre como deveria ser o acolhimento nos sistemas de saúde, e através delas, aferia-se o grau de acolhimento. Tal acolhimento envolvia aspectos como: respeito, sigilo, poder escolha quanto às intervenções, direitos a serviços seguros, efetivos com prestadores competentes;

4º) Alcançar efetividade: dizia respeito aos serviços prestados que iam renovando-se fundamentados em medicina baseada em evidência, políticas de saúde sustentadas cientificamente.

5º) Manter eficiência: apontava para o equilíbrio na gestão dos recursos económicos, dividido em eficiência técnica (“resulta da multiplicação da eficiência interna, dependente da capacidade de gestão, pela eficiência de escala que expressa o tamanho da planta”) e eficiência alocativa (“combinação dos insumos de forma que o custo monetário de se produzir uma dada quantidade de produto é o menor possível, considerando os preços”).

A avaliação de Mendes (1996) sobre os sistemas de serviços foi categorizada a partir de três perspectivas: financiamento público insuficiente, segmentação permanente do sistema e falta de integração da totalidade dos serviços de atenção básica, sobretudo do PSF, aspecto que trazia entraves ao seu desenvolvimento.

Um ponto em desequilíbrio na trajetória dos avanços e obstáculos do SUS a ser considerado sobre os sistemas de serviços e o processo decisório foi a atenção baseada em opinião, onde a tomada de decisão era regida por valores e recursos. Praticamente não se consideravam as evidências e estudos científicos como critérios para a aplicação dos recursos (MENDES, 2019).

Alguns dos avanços mais celebrados do SUS foram as políticas de saúde bem-sucedidas tais como:

- Saúde reprodutiva, materna e infantil: Leal et al. (2018) citaram como exemplo de sucesso o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento que instituiu procedimentos adequados para a atenção ao parto e nascimento, incorporando o trabalho com as Parteiras Tradicionais. Outro exemplo foi o Programa de ACSs e a ESF que contribuiu notadamente para o incremento da cobertura da atenção à saúde reprodutiva e infantil;
- Prevenção de doenças e agravos: sendo exemplificada através dos programas da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (SVS/MS), que promoveram redução de taxas de prevalência de tabagismo. E do Programa Nacional de Imunizações que expandiu o calendário vacinal, reduzindo a mortalidade por doenças imunopreveníveis (NEVES, 2019);
- Promoção da saúde e de assistência e cuidados básicos: Facchini; Tomasi; Dilélio (2018) destacaram como exemplo bem-sucedido nesse aspecto, o Programa de Infraestrutura e Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), que sanou muitas carências estruturais em UBSs e viabilizou os cuidados primários de saúde;
- Programa de vigilância sanitária: um exemplo notável foi o programa de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), cujo objetivo foi entender a amplitude dos episódios violentos gerais, sobretudo acerca de violências domésticas (em geral subnotificadas) que revelou a violência doméstica e sexual muitas vezes velada na sociedade; outro destaque foi a melhor compreensão da violência autoprovocada como tentativas de suicídio e automutilação (Malta et al., 2018);
- Controle da doença de Chagas: Bedin et al. (2009) ressaltaram a criação da Portaria 1399 de 15/12/1999/MS regulamentando e definindo competências na área de epidemiologia e controle de doenças no SUS; também destacaram

o importante papel da vigilância entomológica / controle químico dos vetores que contribuíram para avanços no controle da doença, chegando receber em 2005 a “Certificação da Interrupção da Transmissão da Doença de Chagas por *Triatoma infestans*” (OPAS/OMS/ Iniciativa dos Países do Cone Sul);

- Programa Nacional de Imunizações: em 1980 esse programa ofereceu soluções para sérios problemas de saúde na população, sobretudo na infância, através das vacinas contra “coqueluche, difteria, poliomielite, sarampo e tétano neonatal” (TEIXEIRA et al., 2018, p. 1820). Também em 1992 foi criado o Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, obtendo mais um sucesso dentro da redução das doenças imunopreveníveis no Brasil (TEIXEIRA et al., 2018).
- Programa de controle da raiva humana e da Hanseníase: para o controle da raiva, cuja letalidade atingia 100% dos casos, o programa instituiu a “vacinação de animais de produção (ciclo rural), de animais domésticos (ciclo urbano), bem como tratamento antirrábico humano pós-exposição” (TEIXEIRA et al., 2018, p. 1822), resultando em significativa redução de casos humanos ao longo dos anos (de 1981 a 2010 houve redução de 81,7% dos casos). No tocante a Hanseníase os avanços são mais discretos, sendo que o Brasil ainda hoje é o segundo país do mundo com mais casos, porém desde a instalação do SUS, grandes investimentos foram realizados e resultaram na capacidade de detecção de casos aumentada, o que possibilitou mais pessoas serem diagnosticadas e aceder aos serviços de saúde para serem tratadas (TEIXEIRA et al., 2018);
- Controle do tabaco e intervenções de estímulo às atividades físicas: a partir da institucionalização dos princípios da promoção da saúde em 2006 mediante a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), vários programas foram criados melhorando a qualidade de vida da população brasileira e diminuindo índices de mortalidade como por exemplo, o Projeto Vida no Trânsito (PVT) visando o desenvolvimento de ações dirigidas para a promoção da saúde, vigilância, e prevenção de lesões/mortes no trânsito (MALTA et al. 2014). As intervenções de estímulo às atividades físicas revelam seu impacto nos indicadores de morbimortalidade, e um exemplo bem-sucedido foi o Programa Nacional de Educação através do Exercício Físico e do Esporte, criado em 1986, objetivando conscientizar a população

sobre o valor da atividade física como promotora de saúde e bem-estar e seu aumento envolvendo com práticas desportivas e atividades físicas, e ainda com a prática de hábitos saudáveis (FERREIRA; NAJAR, 2005);

- Sistema Nacional de Transplantes (SNT): tinha a finalidade de incrementar os índices de doação de órgãos para a realização de transplantes de órgãos e tecidos; o aumento das taxas de transplantes concedendo aumento de sobrevivência, retorno a atividades sociais e laborais, e qualidade de vida para pessoas portadoras de doenças crônicas incuráveis foi um reflexo da instituição do SNT através do Decreto nº 2.268/1997 (MOREIRA et al., 2020);
- Assistência farmacêutica: de 2003 a 2015 houve considerável aumento no investimento público designado para a AF no Brasil, que cresceu de aproximadamente de R\$ 2 bilhões para cerca de R\$15 bilhões, revelando o valor desse setor nas políticas públicas; a estrutura e a gestão da AF passaram a ter sistemas informatizados e foram melhoradas as condições de armazenamento dos medicamentos, bem como maior acesso para os usuários; porém até hoje permanece o desafio a ser enfrentado no tocante a baixa disponibilidade média de alguns medicamentos importantes para a atenção primária (COSTA et al., 2017); e
- Atenção Primária à Saúde, considerada como a joia da coroa do SUS (MENDES, 2019): os impactos positivos da ESF na saúde dos brasileiros revelaram que cidades com maior cobertura de ESF têm acesso a mais cuidados primários e melhores indicadores de saúde relacionados a: redução da mortalidade em geral (infantil devido a por exemplo, diarreias e infecções respiratórias; por causas cardiovasculares e cerebrovasculares) e redução de hospitalizações (LEAL et al., 2018).

Em suma, se pôde observar que muitas das conquistas do SUS nestes anos de construção foram e são muito importantes para a composição de um sistema equânime e justo, mas que, todavia, ainda sofrem com conflitos de interesse pontuais de gestores que aparentam ter na saúde tão somente o intuito de conquistarem aplausos e votos, definitivamente desconsiderando diretrizes e ou preceitos, e desprezando todo o árduo histórico de conquistas.

## 7 MODELOS DE ATENÇÃO

Os sistemas de saúde foram gerados ao longo da história a partir da implementação das políticas de saúde que envolviam o Estado e a comunidade; as ações desses sistemas tinham impacto nas condições vitais e sociais e da população, por isso visavam modificar as variáveis envolvidas no adoecimento das pessoas, impedindo-o ou atenuando-o (ALMEIDA, 2012).

Paim (2008, p.547) destacou que um sistema de serviços era composto por “infraestrutura, organização, gestão, financiamento e prestação de atenção”, e dentro da prestação de atenção estaria incluído aquilo que se conhece por modelo de atenção ou modelo assistencial que versavam sobre “cuidado, assistência, intervenção, ações ou práticas de saúde”; o conteúdo do sistema de serviços se referiam às práticas de saúde e o seu continente se relacionava com a “infraestrutura, organização, gestão e financiamento”.

Paim (2008) enfatizou que modelo de atenção ou modelo assistencial (prestação de atenção) poderia ser entendido em sua essência como esquemas representativos simplificados de um sistema de saúde, tendendo mais para uma esquematização parcial do que propriamente para normas ou padrões exemplares, assim, um modelo vinha carregado de possibilidades de imperfeições que precisavam ser lapidadas e adaptadas a cada realidade, por isto ele nunca seria único e definitivo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) adotavam o conceito de modelo de atenção como uma expressão da prestação de serviços e também como “componente do sistema de serviços de saúde, mediante a proposta de Sistemas Locais de Saúde – SILOS” e ao longo da história várias concepções de modelos de atenção foram surgindo (PAIM, 2008, p. 7).

No entendimento de Fertoni et al. (2015) a assistência à saúde organizava-se através de modelos, geralmente denominados de modelos assistenciais; o Brasil, historicamente foi alternando entre inúmeros tipos como por exemplo, o Modelo Médico Hegemônico ou Biomédico: sendo um atendimento feito apenas pelo médico visando atender a demandas espontâneas específicas da população através do conhecimento e produção científica médica, ocorrendo prioritariamente a medicalização dos problemas e privilegiando a medicina curativa; e também o Modelo Sanitarista: enfatizava a saúde pública biomédica caracterizado por campanhas, programas e vigilâncias de saúde para demandas específicas como por exemplo:

campanhas de vacinação, ações de vigilância sanitária e epidemiológica (SANAR, 2019).

Essa alternância acabou culminando em uma crise contemporânea nos modelos de atenção à saúde, fato que ficou muito claro para os Conselhos Municipais e estaduais de Saúde; e os sistemas lógicos que deveriam organizar o funcionamento das redes de atenção à saúde, esbarravam na dificuldade de articulação devido às singularidades de diferenciados modelos de atenção como por exemplo, modelos de atenção aos eventos agudos e modelos de atenção às condições crônicas (BRASIL, 2014).

Nos modelos de atenção às condições crônicas, havia muito mais complexidade do que analisar o tempo-resposta em razão dos riscos, como era feito no caso da atenção aos eventos agudos (MENDES, 2010). A abordagem das condições crônicas, demandava outra lógica de manejo de situações multidimensionais que eram complicadas, e em decorrência destes vieses, o sistema de saúde deveria aplicar mudanças referentes à organização da atenção à saúde e do sistema de prestação de serviços, bem como a comunidade deveria adotar mudanças nas formas de articulação de recursos e serviços de saúde (BRASIL, 2014).

O desenvolvimento histórico de alguns modelos foi se amoldando às medidas voltadas para a saúde conforme foram surgindo, como por exemplo:

- Modelo Ecológico: adotava uma abordagem multidimensional (análise de variáveis relacionadas à natureza dos indivíduos e do ambiente), onde tratava a multicausalidade das doenças nos aspectos físico, biológico e sociocultural, ou seja, possibilitava o estudo das relações entre as pessoas e o ambiente em que viviam; ademais, relacionava-se a intervenções que incluíam a participação social em programas de prestação de cuidados de saúde (FERREIRA et al., 2019);
- Modelo Processual ou da História Natural da Doenças: sustentava que estímulos patológicos que estavam no meio ambiente iriam desencadear uma resposta do corpo, e esta teria um desfecho em direção a “cura ou defeito ou invalidez ou morte”, reconhecendo também que as características sociais ou relacionais da pessoa influenciavam na possibilidade, forma de adoecer e na repercussão da doença (CEBALLOS, 2015, p. 8);
- Modelo de Campo da Saúde: importado do Canadá, considerava os aspectos do meio ambiente (exógeno ao indivíduo - físico e social), da

biologia humana (processos orgânicos inatos físicos/mentais), do estilo de vida (hábitos e decisões) e da organização dos serviços de saúde ou sistema de atenção à saúde [relação entre a “qualidade, quantidade, administração, natureza e relações de pessoas e recursos no oferecimento do cuidado de saúde”] (DANTAS; AGUILAR, 1998).

Teixeira e Solla (2006) evidenciaram o modelo de “Promoção da saúde”, que tinha como ponto de partida a Carta de Ottawa (1986) destacando um foco mais abrangente de assistência envolvendo termos como estilo de vida saudável e qualidade de vida:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (WHO, 2002, p. 1).

Quanto aos recursos e condições básicos para a promoção da saúde, a Carta de Ottawa elencou a “paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (WHO, 2002, p.1).

Como já exposto anteriormente, o contexto histórico brasileiro apresentou uma variedade de mudanças de modelos de assistência. Teixeira e Solla (2006) afirmaram que no tocante ao processo de construção do SUS, a mudança no modelo de atenção era um dos principais desafios para resolver a crise dos modelos então vigente e assim auxiliaria na concretização dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do cuidado.

Franco e Merhy (1999) defenderam que o PSF foi então a principal resposta dos órgãos governamentais para a crise do modelo assistencial; em 1988 o MS apresentou um documento propondo a organização do PSF com os seguintes objetivos:

A reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em **substituição ao modelo tradicional de assistência**, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir

do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (FRANCO; MERHY, 1999, p. 1. Grifo nosso).

Dentro dos desafios relacionados à substituição ao modelo tradicional de assistência (GIL, 2006) revelou que a questão das modificações paradigmáticas do modelo tradicional de atenção à saúde, foram ocorrendo à medida que o PSF (1994) foi se desenvolvendo e promovendo discussões que demonstravam de forma efetiva os déficits em termos da regência de práticas organizacionais, profissionais e gerenciais; assim, em decorrência dessas discussões e experiências adquiridas cumulativamente, o PSF veio a ascender de ‘programa’ para ‘estratégia’ (2006).

Gil (2006) também expressou que o processo de construção social da saúde era permeado por vulnerabilidades – incluindo desde ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, proposta ‘Em Defesa da Vida’, até atenção primária e básica – que eram denunciadas nas discussões internas do SUS envolvendo a Saúde da Família.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), apresentou em um de seus artigos o que conhecemos como ‘saúde para todos’, isto fez com que várias políticas fossem sendo criadas com a proposta de alcançar este objetivo; uma destas propostas foi a adoção da política pública da APS, que em 1994 lançou o PSF que em 2006 foi renomeado de ESF; uma de suas metas era mudar as características das ações e serviços de saúde baseadas no modelo assistencial tradicional (hospitalocêntrico) para um modelo mais preventivo e mais descentralizado (trabalho em equipe), melhorando o sistema de organização do trabalho em saúde (VIANA; DAL POZ, 1998).

Nesse sentido de o PSF ter um “caráter substitutivo em relação à atenção básica tradicional”, o que Sousa e Hamann (2009, p. 1327 e 1328) ressaltaram como um diferencial ideal foi que essa ‘conversão do modelo’ deveria mudar ideias e práticas do cotidiano das famílias da população assistida nos aspectos “da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos”.

E finalmente Sousa et al. (2020, p. 82) ratificaram que para se granjear sistemas universais deveria haver estímulos a modelos de cuidados à saúde que possuíssem “na atenção primária e nas equipes de saúde da família estratégias de promoção da saúde da população e de fortalecimento da cidadania”.

Resumindo e levando em consideração toda esta trajetória de construção da APS, observou-se um avanço importante no que se referia às garantias de direito de acesso ao cuidado, em toda a sua essência, da saúde das pessoas, respeitando também suas individualidades e suas demandas mais elementares. Outrossim também era preciso consciência de que o processo ainda não estava completo, que os desafios de melhorar permaneciam, e conscientizar profissionais e gestores sempre seria uma meta a ser alcançada.

## 8 ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E SERVIÇOS: CONCEITUALIZAÇÃO E HISTÓRIA

Nesse tópico foram abordados os principais conceitos sobre a APS, suas características básicas e um pouco do seu desenvolvimento histórico.

Em perspectiva geral, Sumar e Fausto (2014) vislumbraram a APS como uma espécie de alicerce que foi constantemente possibilitando a estruturação do sistema de saúde nacional sob os pilares de 'prevenção, promoção, cura e reabilitação'.

Na década de 40, o Reino Unido criou o Serviço Nacional de Saúde e adotou a concepção de médico generalista; na década de 60 houve a efervescência de conjunturas políticas e culturais que contribuíram para a institucionalização da APS em nível mundial, como por exemplo: o movimento feminista, a saúde materno-infantil, o surgimento de organizações de manutenção da saúde, estudos importantes sobre saúde e tabaco. Na década seguinte, a partir de 12 de setembro 1978, ocorreu a célebre Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde patrocinada pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, capital do Cazaquistão (MENDES, 2015).

Dada a importância da Conferência de Alma-Ata como marco divisor para os avanços globais em termos de políticas públicas de saúde, elencou-se aqui a definição de APS gerada por ela, constante na Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários:

VI - Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS/UNICEF, 1979, p. 1).

Ou seja, a APS traduziu-se como a porta de entrada aos serviços de saúde aplicados com eficiência científica, em forma de cuidados essenciais acessíveis à população, integrando-se nacionalmente como um sistema de saúde que cumpria

funções sociais e econômicas, e assistia continuamente os indivíduos em suas adjacências habitacionais e laborais (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Então Sumar e Fausto (2014) sintetizaram o trajeto histórico de construção da APS perpassando pelos preceitos de Alma Ata, melhoramentos postulares subsequentes, por meio do instrumento de avaliação desenvolvido por Bárbara Starfield sobre certas características básicas diretas e indiretas, a saber: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado [como diretas]; cuidado centrado na família e orientado para comunidade [como indiretas] (STARFIELD, 2002).

Quanto às características da APS, Sumar e Fausto (2014) por sua vez, consideraram os enlaces entre os textos de Starfield (2002) e a PNAB 2006, ressaltando por exemplo, que a efetividade de uma política de saúde deveria vincular a APS a uma rede articulada de serviços de saúde; e ainda o estabelecimento de alguns elementos fundamentais tais como:

1. Diretos: Porta de entrada preferencial do sistema de saúde; Integração com demais níveis de complexidade; Coordenação do cuidado pela atenção primária; Continuidade da atenção.
2. Indiretos: Cuidado centrado na família; Orientação para a comunidade.

Outra forma de conceituação interessante foi feita por Gil (2006), onde destacou a questão da semelhança que alguns autores outorgavam a APS e ABS, tanto no sentido de suas atribuições assistenciais, como na ótica das unidades locais, e além disso, definiam assim a APS como a porta de entrada no sistema devido ao caráter inaugural de atenção na prestação de serviços de saúde, com patamares específicos de atendimento, e sendo operacionalizada em unidades básicas.

Em outro aporte importante, Conill (2008) em seu trabalho Ensaio Histórico-conceitual sobre a APS aprofundou a caracterização citando duas ideias conceituais mais prevalentes sobre a APS:

- 1ª) Cuidados ambulatoriais na porta de entrada;
- 2ª) Política de reorganização do modelo assistencial, de modo seletivo ou ampliado.

O modo seletivo de APS ou 'APS Seletiva' foi definida por Cutolo; Verdi; Ros (2014, p. 5) da seguinte forma: "[...] se caracteriza por programas de impacto a

comunidades específicas”, sendo que alguns exemplos específicos seriam: “Terapia de Reidratação Oral em região com alta mortalidade por doença diarreica” e “um programa de Saúde Indígena”. Ainda uma segunda alternativa de conceitualização foi a ‘APS Clássica’ ou ‘APS Convencional’ segundo Starfield (2002), considerada por Cutolo; Verdi; Ros (2014, p. 6) como apenas “um nível de atenção, baseado em prevalência, centrada no atendimento clínico, ou seja, centrada nas doenças mais comuns, no indivíduo e na figura do médico”.

Com relação à APS Convencional Starfield ainda acrescentou que:

[...] os profissionais tradicionais de atenção primária clinicamente orientada têm dificuldade em entender o impacto relativo dos fatores ambientais, sociais e comportamentais na etiologia e progresso da enfermidade porque, frequentemente não estão familiarizados com o meio no qual os pacientes vivem e trabalham (STARFIELD, 2002, p. 535).

Em outras palavras, familiarizar-se com o meio onde os pacientes vivem e trabalham seria familiarizar-se com as características peculiares de determinada comunidade, com o contexto que influencia direta e indiretamente o binômio saúde-doença, tanto de fatores etiológicos e desencadeantes como de fatores mantenedores envolvidos, sobre os quais os fatores socioambientais estão relacionados.

Cutolo; Verdi; Ros (2014) explorou ainda a conceitualização ‘Atenção Primária Ampliada’, a qual teria sua essência mais vinculada à Declaração de Alma-Ata, e chamada por Starfield (2002) de “Atenção Primária Orientada para Comunidade”, a qual foi concebida como

[...] uma abordagem da atenção primária que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida (STARFIELD, 2002, p. 537).

Em suma, mais uma vez ficou inequívoca a importância do conhecimento, entendimento e consideração mais amplos acerca das peculiaridades de cada comunidade adicionando-se às competências clínicas e epidemiológicas.

Ao considerar o desenvolvimento histórico da APS, observou-se que o ano de 1920 foi um importante marco histórico da APS quando o então Ministro de Saúde do

Reino Unido elaborou o Relatório Dawson, concebendo e difundindo a atenção primária como a regionalização e hierarquização dos cuidados (CONILL, 2008).

Inicialmente o sistema de atenção à saúde foi organizado em níveis distintos como serviços em domicílios, centros de saúde (primários, secundários, suplementares) e hospitais de ensino (Mendes, 2015 e Penn et al., 1920).

Mendes (2015) ressaltou a importância do Relatório Dawson para o entendimento da trajetória histórica do desenvolvimento da APS:

Esse clássico documento descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles e representa o texto inaugural da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados com base na saúde da população, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo. Além disso, esse documento constitui a proposta seminal das RAS coordenadas pela APS (MENDES, 2015, p. 29).

Em síntese, a Atenção Primária de Saúde e Serviços transformou-se em elemento central dos sistemas de saúde, uma vez que sua história aponta para questões altamente positivas como: o progresso dos índices de saúde, fluidez apropriada dos usuários entre as cadeias institucionais de saúde, que resulta em mais práticas preventivas e eficácia nos cuidados às condições crônicas dos pacientes, elevando assim seus níveis de satisfação (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

## 9 ABS - ESF: VALORES E PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS

A seguir são apresentados os principais conceitos sobre ABS e ESF, destacando na visão de vários autores os seus principais valores, princípios organizativos, desenvolvimento histórico, características e desafios relacionados as suas implantações.

No tocante às terminologias APS – ABS, Matta e Morosini (2009, p. 1) apontaram que o Brasil veio a utilizar o termo APS aludindo aos princípios da Reforma Sanitária e por causa disso, o SUS passou a designar o termo ABS como um modo de destacar “a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde”.

Os termos APS e ABS têm sido usados como análogos e maiormente aludindo tanto ao caráter de primeiro e primordial contato para adentrar em um sistema de saúde; como também a serem níveis de atenção rudimentares e essenciais de um sistema de saúde; onde ambos dispõem de uma gama de ações e serviços eficazes para tratar de forma bastante abrangente a saúde de uma população específica (Brasil, 2010). Na verdade, poderia haver uma falsa crença associando o termo ‘básica’ às ações em saúde simplórias, mas a realidade mostrou que a ABS requeria muitas ações complexas a fim de alcançar necessidades de saúde de diferentes gamas, de forma individual ou coletiva, nos diferentes contextos ambientais da comunidade (FIGUEIREDO, 2012).

Na visão de Starfield (2002), a ABS seria o ‘primeiro contato’ funcionando como a porta de entrada, o que precisaria gerar um sentido de acessibilidade ao uso de todos os serviços de acordo com a necessidade demandada de um indivíduo ou de uma determinada comunidade.

Na definição do MS, ABS foi descrita como:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato

preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 12. Grifo nosso).

Esta definição do MS corrobora com o que Matta e Morosini (2009, p. 1) postularam acerca do histórico de construção da ABS, que tomou em conta os princípios do SUS: “[...] a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular”.

A Atenção teve como objetivos principais fazer notórios e praticáveis seus princípios básicos que, de acordo com Mendes (OMS/UNICEF, 1979) eram: Longitudinalidade – cuidados ao longo da vida; Integralidade – Cuidado com todas as áreas de necessidade do indivíduo; Coordenação – armazenar dados e informações sobre os cuidados do paciente de maneira que possa ser acessado por todos os profissionais envolvidos no cuidado; continuidade e longitudinalidade do cuidado – estabelecer vínculos duradouros (equipe e comunidade); participação Social e Controle Social – Incentivar a criação dos Conselhos locais de Saúde; valorização dos profissionais que fazem parte dos Serviços de Saúde – Provendo cursos e atualizações de maneira a manter a equipe sempre atualizada e bem preparada; e avaliação e acompanhamento constante dos resultados alcançados visando melhoras no planejamento das ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2006).

Na ótica de Sumar e Fausto (2014), até que o PSF atingisse características mais abrangentes em termos de definições e conceitos, teve que passar por transições políticas que enfocavam o redirecionamento do modelo assistencial daquele momento.

Para Mendes (2019), o PSF fazia parte do ‘quinto ciclo de expansão da atenção primária à saúde no país’ que nasceu antecedido de outras propostas que começaram em períodos anteriores a implantação definitiva do Programa, como segue: as propostas da Medicina Geral e Comunitária - iniciadas em Porto Alegre em 1983; da Ação Programática em Saúde - originada em São Paulo nos anos 70; do Médico de Família não implantada em Niterói em 1992; e o modelo de Defesa da Vida - desenvolvido em Campinas no final dos anos 80.

Este processo de implantação do PSF no Brasil foi espelhado no programa que já havia sido implantado em Cuba e apresentou bons resultados, inclusive técnicos

deste país vieram para ajudar a viabilizar este processo de implantação e consolidação do PSF, respeitando os princípios e diretrizes do nosso SUS (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

No início, o PSF estabelecia que os gestores locais (municípios) poderiam adaptar o programa de acordo com as necessidades locais, mas o padrão a princípio a ser seguido seria de que cada equipe deveria se tornar responsável por uma área específica e definida, de no máximo 4.000 habitantes, sendo entre 600 a 1000 famílias cadastradas e que a formação destas equipes deveria ter um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, e agentes de saúde que fossem suficientes para oferecer 100% de cobertura da sua população adscrita (12 ACS's no máximo), e que poderiam ser ampliadas com a presença de uma equipe de Saúde Bucal (ROSA; LABATE, 2005).

Em 2017 estes parâmetros foram alterados pela nova PNAB, o que gerou vários conflitos em âmbitos do Programa, que neste período aliás, também já havia deixado de ser Programa para se tornar ESF (1996) se tornando reorientadora da APS no país [PNAB, 2011 e 2017] (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Para Gil (2006, p. 1178), o caráter da Vigilância à saúde que incluía a “organização das ações a partir do território e problemas de saúde, intersetorialidade, discriminação positiva de saúde, paradigma da produção social da saúde” era suporte para o PSF (1994) enquanto estratégia de organização da APS.

Dentro das discussões, reflexões e produção de referenciais teóricos atuais acerca da estruturação da Saúde da Família, Gil (2006) comentou a proposta ‘Em Defesa da Vida’, cujo olhar estava sobre os processos de trabalho em saúde que englobavam o investimento em: métodos, instrumentos de gestão/organização do trabalho coletivo almejando modificações no sistema, nas pessoas e suas práticas; priorizando: “o acolhimento, o vínculo, o contrato e a autonomia dos sujeitos na organização progressiva do cuidado como estratégias de transformação do sistema” (GIL, 2006, p. 1179); sobretudo, a autora apontou para a importância dessas discussões e reflexões de forma sistemática a fim de otimizar a gestão pública e torná-la mais eficaz no atendimento das necessidades de saúde através do estabelecimento oficial de uma agenda abrangendo gestores federais, estaduais e municipais.

Na ESF (2006) a proposta que incorporava a política, era de oferecer um acesso igualitário à saúde, levando em conta seus princípios fundamentais:

integralidade, a hierarquização, a territorialização, a equipe multiprofissional e o caráter de ser um modelo substitutivo de assistência à saúde (BRASIL, 2006).

Sendo assim, a ESF seria definida como uma nova opção de política voltada para uma melhora do sistema de assistência à saúde no Brasil, ou seja, o que antes era apenas um Programa, agora se torna uma verdadeira estratégia para trazer uma visão do trabalho em equipe com vistas nas demandas de sua comunidade e na qual esta faz parte das decisões (participação social) no que se refere aos cuidados de saúde (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Quanto aos desafios relacionados à implantação, foram vários e ao longo do tempo iam se dissipando, entretanto novos foram surgindo. Um estudo bibliográfico realizado em 2014, concluiu que os principais desafios para implantação da ESF no Brasil eram: na dimensão político-institucional, onde os desafios perpassariam pelo subfinanciamento dos serviços de saúde e pela falta de qualificação técnica de seus profissionais, descaracterizando desta forma o serviço; do ponto de vista organizativo, o desafio seguia sendo o acesso aos serviços, a precariedade da rede de apoio em muitos municípios, a falta de planejamento de ações pontuais e ausência da participação da sociedade nas tomadas de decisões sobre estas ações; do ponto de vista técnico assistencial, as dificuldades encontradas se referiam a algumas práticas ausentes nos serviços (saúde do adolescente, práticas integrativas, saúde mental, usuários de drogas, obesos, portadores de HIV), além da volta do modelo biomédico desenvolvido por alguns profissionais nestas unidades (ARANTES; PORTILHO, 2014).

Almeida et al. (2012) debateram e propuseram a necessidade de que a ESF fosse periodicamente avaliada e discutida visando melhoria e correção de desvios dos princípios fundamentais no que se referia a estratégia, especialmente quanto ao seu caráter substitutivo do modelo assistencial.

No tocante aos desafios relacionados aos recursos humanos apropriados para o SUS, observou-se que as novas propostas da ESF visando superar o modelo de assistência antigo (baseado em práticas prevalentemente curativas, especializadas, hospitalares, com uso excessivo de medicamentos e recursos tecnológicos fragmentadores do cuidado) constituíram um grande desafio, cujas discussões permeavam a reforma sanitária brasileira e apontavam para a aceitação da importante tarefa de construir um 'novo modo de fazer saúde' (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Referente à territorialização, um capítulo à parte foi proposto a seguir para defini-la com mais detalhes, visando dar continuidade às explicações dos parâmetros técnicos e diretrizes envolvidos nos moldes necessários para a implantação de APS.

## 10 TERRITORIALIZAÇÃO

Neste capítulo almejou-se descrever algumas aproximações conceituais acerca do processo de territorialização e princípios relacionados a este.

Observou-se que a territorialização não se constituía em uma simples e mera contagem de pessoas de uma área determinada, mas objetivava ir muito além disto, tal como Pereira e Barcellos (2006) a conceberam, ou seja, como uma avaliação e constatação da realidade e das condições de vida das pessoas que ocupavam determinada área, de como conviviam com suas diferenças, dividindo um mesmo espaço territorial; sendo o lugar onde muitas situações se desenvolviam no dia a dia, gerando muitas vezes impactos positivos, mas algumas vezes também negativos a sua população; constatado como um lugar de constante movimento, onde muitas culturas se encontravam e se formavam ou se transformavam.

Na forma de entender de Santos (2005, p. 253) “o território usado se constitui em uma categoria essencial para a elaboração sobre o futuro”: entenda-se que este futuro estava atrelado às condições de saúde ou doença que seriam oferecidas a esta população, e ainda segundo o mesmo autor “[...] é neste território dinâmico que acontece todo o desenrolar da vida do indivíduo”.

Evidentemente, para que se realizassem ações de saúde, seja aonde quer que fosse, era imperativo ter um bom conhecimento do território onde se iria atuar, conhecer que tipo de população vivia ali, quais eram suas reais necessidades, como era a acessibilidade aos equipamentos de saúde e recursos, quais eram as condições de higiene local, as condições sociais em que viviam, as doenças prevalentes, dentre outros fatores; enfim, diversos eram e ainda são os fatores que continuam servindo de parâmetro para que se faça um bom mapa epidemiológico, ponto de partida da atuação da ESF em qualquer parte do território brasileiro, e, foi considerado o determinante para que se montassem estratégias de ações para curto, médio ou longo prazo (SILVA et al., 2010).

Para Sousa e Hamann (2009) o processo de adscrição da clientela, princípio relacionado com a territorialização, apontava para uma nova forma de vinculação ajustada de maneira permanente “entre os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde”, e a territorialização deveria assinalar a relação específica firmada através do delineamento do território e da população, tendo como subjacente “o mapeamento e a segmentação da população por território” (SOUSA; HAMANN, 2009, p. 1327).

Outros dois princípios estritamente associados à territorialização destacados por Sousa e Hamann (2009) foram: o diagnóstico da situação de saúde da população e o planejamento baseado na realidade local. O primeiro estava associado porque tornava possível analisar o contexto de saúde do território através do “cadastramento das famílias e dos indivíduos e a geração de dados”; e o segundo porque permitia o delineamento de atividades baseadas nos critérios de risco à saúde “priorizando solução dos problemas em articulação permanente com os indivíduos, famílias e comunidades” (SOUSA; HAMANN, 2009, p. 1327).

## 11 A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE APS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE: CRITÉRIOS, REGRAS E EXPERIÊNCIAS

Inicialmente foram elencados de maneira geral e resumida três tópicos importantes relacionados à implantação de serviços de APS e logo após, as referências e especificidades relativas a eles na visão de diferentes autores. Ao final foram citados alguns exemplos de municípios brasileiros e suas experiências relacionadas à implantação da APS.

Resumo de tópicos importantes para a implantação da APS. Três necessidades imperantes:

**Tópico 1.** Estabelecimento de critérios fundamentais para divisão das áreas e microáreas dentro do município;

**Tópico 2.** Verificação sobre se na divisão das equipes de ESF foram contemplados de fato os conceitos de territorialização e se a adscrição da população foi adequada a cada equipe instalada no município;

**Tópico 3.** Observação quanto ao seguimento dos passos estabelecidos pela PNAB em relação a transição de um modelo tradicional hospitalar para o modelo de APS ampliada.

Costa (2000) descreveu detalhadamente quatro passos para implantação de Saúde da Família que foram descritos aqui resumidamente:

Como primeiro passo do processo deveria introduzir-se a proposta do PSF através de debates (fóruns) e divulgações sobre as vivências em outras cidades. Tanto a população (geral) como os gestores, políticos, colaboradores da saúde necessariamente deveriam conscientizar-se sobre o funcionamento e o conceito chave do PSF como uma estratégia de reorganização da atenção básica englobando todo o sistema, por isso todos participam do redirecionamento. A sensibilização para a necessidade de implantação da APS prioritariamente precisava convencer o gestor municipal e o CMS para obter aprovação. Na discussão inicial incluiria um Projeto de Implantação que estivesse baseado nos princípios básicos do PSF embora com flexibilizações condizentes com realidades e recursos existentes no município.

Um segundo passo (COSTA, 2000) necessário seria iniciar com um Projeto de Implantação criado pelo município estabelecendo previamente quais os recursos e ajustes dos aspectos físicos (prédios, equipamentos) e humanos (profissionais da saúde e colaboradores diversos) estariam disponíveis para solucionar os problemas de saúde da população.

As etapas básicas do Projeto de Implantação citado no parágrafo acima seriam as seguintes:

a) Definição de áreas prioritárias a serem cobertas, com acesso garantido a todos mesmo em lugares mais distantes (periferias, zonas rurais, indígenas); priorizando áreas de risco social (criminalidade, prostituição, população em situação de risco) pois apresentariam maior propensão a adoecer e ou morrer;

b) Levantamento do número de habitantes;

c) Estabelecer o quantitativo da ESF através do cálculo padrão (divisão do número populacional pelo número de ACS's que iria assisti-los) vigente em PNAB's e Portarias atualizadas e diretrizes do MS, respeitando-se as características do território e as condicionantes ambientais e determinantes sociais;

d) Mapeamento de áreas e microáreas prioritárias: diante da planta do município, seriam estabelecidas esferas de atuação das equipes.

Em um terceiro passo, para Costa (2000) o CMS teria de aprovar o Projeto de Implantação e encaminhá-lo mediante ofício para a Secretaria Estadual de Saúde e para a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) solicitando e estabelecendo a pactuação dos recursos federais (FNS) condizentes com os critérios legislativos vigentes. Para tanto, o município obrigaria-se a se qualificar adequando-se a exigências indispensáveis para o repasse dos recursos tais como: preenchimento de documentos específicos (como por exemplo a declaração de qualificação aos incentivos), implantação de banco de dados e alimentação do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB; compatibilidade com as metas de implantação.

E finalmente, no quarto passo dar-se-ia início aos processos de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da ESF, priorizando profissionais cujos perfis condizem com as características da ESF, respeitando-se também as peculiaridades locais e regionais (COSTA, 2000).

Já nas asseverações da nova PNAB de 2017, Portaria nº 2436/2017 (Brasil, 2017), revogando a Portaria nº 2488/2011 (Brasil, 2011), ambas referentes à PNAB, foram estabelecidas orientações\* na forma de lei, específicas para o município que desejasse implantar e credenciar a APS ou novas UBS's, a saber:

1º Ponto: O município devotar-se-ia a elaborar um projeto contendo as seguintes informações:

---

\* Sendo que algumas delas repetem o mesmo afirmado por Costa<sup>3</sup> sobre os passos para implantação da APS.

- a) Área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente;
- b) Descrição da estrutura mínima contando as UBSs onde atuam os ACSs;
- c) Definição das ações mínimas que seriam desenvolvidas pelo ACS;
- d) Indicação das UBS's de referência para o trabalho dos ACSs;
- e) Definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do pacto de indicadores da atenção básica e utilização dos sistemas nacionais de informação;
- f) Descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos ACSs, de acordo com a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006;
- g) Contrapartida de recursos do município ou do Distrito Federal.

2º Ponto: Careceria propor-se um debate amplo com a população, gestores, trabalhadores da saúde e vereadores para avaliar a importância e a viabilidade de se implantar a APS no município, e a partir daí seria realizado um Projeto de Implantação que observasse as seguintes orientações:

1. Identificação de área prioritária;
2. Levantamento de número de habitantes;
3. Dimensionamento de ACSs e ESFs necessários para a cobertura populacional.

Também a Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011) aprovou e estabeleceu as políticas da Atenção Básica e a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, ESF e programa de ACS; e com base na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (TEMPORÃO, 2010), que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde - RAS no âmbito do SUS, descrevendo os objetivos fundamentais e as diretrizes da Atenção Básica da seguinte forma:

- a. Ter território adscrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais;
- b. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos;
- c. Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita;
- d. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos;

- e. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado.

Assim estabeleceram-se orientações claras e precisas para que pudesse haver a implantação da APS de forma legal e sólida em qualquer município do Brasil.

Historicamente o SUS se submetia a constantes avaliações do modo como a Atenção Básica e a ESF vinham se portando e como as equipes de ESF poderiam ser melhoradas; como eram vistas pelos usuários e que ponderações precisavam ser feitas para que estas melhorias ocorressem e o sistema pudesse, de fato, tornar-se mais efetivo e resolutivo, nesse sentido, Hartz (1997) categorizou essa avaliação periódica em objetivos de 4 tipos:

- I. Ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico);
- II. Fornecer informações para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo);
- III. Determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo);
- IV. Contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

Em suma, não eram objetivos punitivos, mas sim para propor que melhorias pudessem ocorrer não apenas durante a fase de implantação, como também sempre que houvesse motivos para melhorar o sistema ou corrigir distorções.

O mesmo autor ainda sugeriu que se fizesse uma avaliação do processo, de modo a saber se os serviços propostos eram capazes de responder às necessidades dos usuários que deles usufruíam e se fosse necessário, fazer as devidas intervenções para que os serviços cumprissem com os seus objetivos (HARTZ, 1997; VIACAVA et al., 2012).

Viacava et al. (2012) citaram que a efetividade de um serviço seria progressivamente vinculada aos resultados em saúde, sendo alcançada a partir de algumas intervenções que se fizessem necessárias. Para que fosse de fato solidificado este pensamento de que a saúde se fazia com resultados, era preciso verificar se todo o processo de implantação seguia rigorosamente os caminhos que foram pré-estabelecidos pela PNAB, do contrário poderia se tornar inviável, por

exemplo: caso existissem eSFs com um número de população adscrita que ultrapassasse a quantidade estabelecida pela PNAB, existiriam conseqüentemente dificuldades para a realização do planejamento de intervenções pontuais e/ou o cumprimento dos programas que eram propostos dentro da ESF, comprometendo a prática salutar dos serviços prestados.

Viana et al. (2008) comentaram sobre as normas e procedimentos que iriam regulamentar todo o processo descentralizador do gerenciamento dos serviços prestados na área da saúde - para adquirir maturidade institucional - o que aliás, era uma variável de aprendizado institucional e que foi definida a partir da trajetória de habilitação do município no SUS. Dessa forma, permitindo estabelecer em qual padrão o município se encontrava no tocante ao aprendizado institucional. A NOB 01/96 veio complementar as normas já estabelecidas de forma a: reorganizar o modelo assistencial, distribuindo aos municípios e permitindo a responsabilidade pela gestão e execução direta da ABS; além de regulamentar as relações entre os sistemas municipais e destes com as instâncias estadual e federal; também a Norma Operacional de Assistência Social – NOAS 01/02 ampliou a temática e ofereceu os conceitos de “município sede” e “município polo”, criando as unidades territoriais de qualificação na assistência à saúde.

No tocante à contribuição da territorialização como um dos passos importantes para implantar a APS, Pereira (2011) citou em sua tese:

Para além de o espaço reticular e racional da ação hegemônica, o território, quando compreendido como território usado, contempla necessariamente todos os usos, todos os interesses, todas as políticas e todas as razões de ser (e de existir), constituindo assim um recurso analítico pleno de caráter político e humanista (PEREIRA, 2011, p. 4. Grifo do meu).

Isto realçou a importância de se conhecer com detalhes o território de responsabilidade de cada equipe, de modo a estabelecer propostas que condissessem com a necessidade local.

Gondim e Monken (2008) também se reportou à territorialização em sua obra “Territorialização em Saúde”:

No cenário da crise de legitimidade do Estado, o ponto de partida para a reorganização do sistema local de saúde brasileiro foi redesenhar suas bases territoriais para assegurar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção (GONDIM e MONKEN, 2008, p. 395).

Isto revelou que só era possível melhorar a qualidade da atenção primária se fosse entendida e respeitada a importância de uma boa divisão territorial. Esta mesma autora seguiu comentando que o reordenamento territorial auxiliava a melhorar o fluxo dos usuários, movendo-se dentro de seu próprio território e onde estava sendo vivenciada toda a sua realidade pessoal, o que de modo direto ou indireto influenciava em seu estado de saúde e doença.

Santos e Rigotto (2010) propuseram o conceito de “Território Usado”, que até hoje é uma referência para definir o SUS como a porta de entrada para a atenção à saúde da população local e que facilitava de forma inequívoca o planejamento para as ações de saúde por parte das equipes de ESF nas UBSs, fomentando muitos estudos em outras áreas que eram e ainda são importantes para a saúde integral do usuário.

Descreveu-se nos parágrafos adiante um resumo acerca de alguns estudos sobre municípios brasileiros, principalmente de pequeno porte, que tiveram experiências singulares na implantação da APS.

Soares (2012) propôs o estudo “Implantação da Estratégia de Saúde da Família em município de pequeno porte no interior paulista”; onde foram apresentadas algumas características do município de Altinópolis-SP e seu respectivo processo de implantação da ESF:

- Em 2008 possuía cinco UBS's, um hospital e maternidade com trinta leitos, uma farmácia municipal, um centro de fisioterapia e um centro odontológico. Nas cinco unidades foram cadastradas equipes de ESF, entretanto essas equipes permaneciam atuando no modelo de assistência tradicional, centrando-se na doença, no médico e em eventos agudos da população local;
- O hospital local servia de ambulatório da saúde da mulher e de outras especialidades, como pronto atendimento, para internação de alguns casos de média complexidade;
- Os atendimentos eram permeados por irregularidades de descontinuidades, não havendo serviço de referência e ou contrarreferência entre os serviços das UBSs e hospital;
- As estruturas físicas poderiam até suportar as demandas do contingente populacional, todavia os problemas organizacionais eram obstáculos para a aplicação das diretrizes e princípios do SUS;

- Em 2009 a gestão implantou a ESF. Foi realizada uma nova territorialização com capacitação de todas as equipes por meio de atividades programadas. Houve participação efetiva do prefeito nas tomadas de decisões.
- Um novo recadastramento foi feito dentro da nova adscrição das equipes e as visitas domiciliares por parte dos profissionais das unidades foram sendo retomadas à medida que se faziam necessárias;
- Houve problemas até que a população absorvesse o novo modelo, e para sanar essas dificuldades foi implantado o acolhimento nas USFs priorizando a escuta qualificada e a resolubilidade das demandas dos usuários;
- A partir de trinta meses de implantação do novo modelo foi percebendo-se a consolidação do mesmo. Alguns profissionais de nível superior buscaram especializar-se em Saúde da Família. A incompreensão e a falta de conhecimento sobre a sistemática de trabalho da ESF geraram visões preconceituosas e falta de credibilidade na proposta, sendo uma variável mantenedora de reclamações de usuários, profissionais e gestores.

Arantes e Portilho (2014) realizaram pesquisa intitulada Reorientação da Atenção Básica em Saúde Bucal em Unaí-MG, apresentando algumas características do município de Unaí-MG e seu processo de mudança de modelo de assistência:

- Unaí possuía 70.033 mil habitantes. Apresentou um serviço de atenção básica em saúde bucal no sistema tradicional até 2005. Tendo em vista o preconizado pelo MS e pelas diretrizes da ABS, planejou-se uma programação qualificada como “ideal” e ainda “programação estratégica” (baseada em orientações sobre as práticas dos serviços públicos de atendimento em saúde bucal nacionais, estaduais e municipais), a qual foi aplicada como referencial para posterior comparação com o sistema de atenção até então usado, levando a uma proposta de reorientação do modelo de saúde bucal;
- Vários indicadores que se referem a saúde bucal foram avaliados, incluindo a territorialização e adscrição dos usuários atendidos, exames epidemiológicos, acolhimento, primeira consulta, consultas de urgência e emergência em saúde bucal e outras;
- Os relatórios realizados e as conclusões deste trabalho indicaram que o município não estava tendo uma saúde bucal condizente com a estratégia

proposta, revelando também a dificuldade para incorporar políticas estabelecidas em nível federal e estadual. Dois resultados importantes apontaram para a necessidade de uma reorientação do modelo assistencialista e a incorporação de profissionais de saúde bucal na filosofia de trabalho da ESF.

Facchini et al. (2006) em pesquisa denominada “Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde”, apresentaram a seleção de alguns pontos:

- O alcance do estudo foi constituído por 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, das regiões Sul e Nordeste, dos estados Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina;
- Uma comparação que se destacou foi que nas áreas de ESF havia uma média de mais pessoas por domicílio, mais construções inadequadas, pertencentes a pessoas com baixa escolaridade, categorizadas como economicamente menos privilegiadas (estratos econômicos C e D) do que nas áreas de UBSs tradicionais;
- Os municípios do Nordeste (65%) apresentaram maior descentralização do SUS, com gestão plena do sistema municipal de saúde, em relação aos municípios do Sul (33%);
- Entre 1999 a 2004 observou-se maior crescimento relativo da cobertura de PSF no Nordeste do que no Sul. Verificou-se nos municípios estudados que a cobertura de ESF cresceu por volta de 35% em quase 65% dos municípios nordestinos, porém no Sul essa cobertura apresentou-se em somente 5% dos municípios;
- A média de pessoas atendidas pelo médico do ESF por hora no Sul foi três e nas UBSs tradicionais foi quatro. Já no Nordeste, a média era de quatro nas unidades ESF e cinco nas UBSs Tradicionais;
- Na avaliação da implantação do PSF constatou-se maior consolidação nos grandes centros urbanos do Nordeste do que no Sul do país;
- A avaliação também evidenciou a importância da delimitação da área de abrangência das equipes de ESF, o que tornou a estratégia diferente do sistema aberto preconizado pelas UBSs tradicionais, porque houve uma

disponibilidade de acesso a uma população adscrita a cada unidade, além de que propiciou a coordenação do cuidado em saúde e das ações de prevenção.

- Um último ponto importante foi a conclusão de que: “O PSF ainda é uma estratégia em construção, carecendo de melhor definição em aspectos conceituais e operacionais” (p. 679);

Nascimento et al.<sup>84</sup> abordaram o “Dimensionamento como dispositivo de fortalecimento e consolidação da Estratégia de Saúde da Família no município Campinas” elencando alguns pontos:

- O município estudado caracterizava-se por já haver passado por experiências denominadas de “arranjos assistenciais na construção do sistema de saúde” (FACCHINI et al., 2006, p. 4829), sendo destaque nacional na implantação do SUS;
- Foi um desafio harmonizar novas diretrizes e antigas conquistas do sistema local. Além disso, as mudanças na gestão municipal, o alta modificação de colaboradores públicos e a falta de médicos generalistas foram impactantes para que o novo modelo de saúde não se consolidasse;
- Muitas readequações metodológicas possibilitaram transformações que partiram de uma análise situacional, dando margem a uma remodelação da adscrição de usuários e readequação dos profissionais nas UBSs e nas equipes de Saúde da Família, todavia o processo de mudança de modelo assistencial flui gradativamente sempre enfrentando desafios dinâmicos.

## 12 RESULTADOS

### 12.1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA APS EM SAPEZAL-MT

Neste tópico foi apresentado um breve relato histórico sobre o município de Sapezal-MT, desde sua fundação, localização e índices. Logo depois, apresentou-se a descrição das características da estrutura de saúde de Sapezal-MT, onde foram citadas as partes componentes do seu sistema de saúde como um todo. E por fim, apresentou-se como se desenvolveu o processo de adscrição dos usuários e territorialização das equipes de ESF até chegar à atualidade no tocante ao funcionamento do sistema de saúde neste município de modo a ser possível analisar seus passos, sua evolução e onde possa ter havido falhas no processo de implantação da ESF.

### 12.2 HISTÓRIA DO MUNICÍPIO DE SAPEZAL- MT: CONTEXTO DO ESTUDO

A cidade pertencente ao Estado do Mato Grosso foi colonizada a partir da instalação de um grupo de iniciativa privada da área agrícola e elevada à categoria de município em 1994, sendo emancipada do município de Campo Novo do Parecis. Sua localização a oeste do Mato Grosso possuindo uma área total de 13.500 km<sup>2</sup>, e a partir do último censo demográfico de 2010, a estimativa da população atual de aproximadamente 26.000 habitantes (BRASIL, 2010). As principais fontes de renda encontradas foram: o agronegócio, funcionalismo público e privado.

Alguns indicadores foram encontrados: analfabetismo ao redor de 3,53%; faixa etária da população com 60% entre 15 a 59 anos de idade; Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios – IDHM igual a 0,732; índice de mortalidade infantil em 2017 era de 13,16 por mil nascidos vivos no município; 80% do lixo era coletado pelo menos 3 vezes na semana e destinado ao aterro sanitário (BRASIL, 2017).

Quanto à estrutura urbana: cerca de 80% de ruas da cidade eram asfaltadas; 85% das casas construídas com alvenaria ou material similar; 70% dos domicílios possuíam ligação à rede de água potável; 40% deles tendo esgotamento sanitário adequado. Havia quadras de esportes espalhadas pela cidade, algumas academias ao ar livre e pista de caminhada (BRASIL, 2017).

### 12.3 ESTRUTURA DE SAÚDE EM SAPEZAL – MT

Neste tópico são elencados os recursos e serviços oferecidos pelo município com a finalidade de atender às necessidades de saúde da população. Os seguintes dados foram fornecidos pelo arquivo da Secretaria municipal de saúde de Sapezal-MT, a saber:

- 05 UBS's com equipes de ESF, mais uma ainda em construção;
- 01 Centro de reabilitação (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Nutrição), vinculado a atenção primária de saúde do município;
- 01 Centro de especialidades médicas (ginecologia, pediatria, ortopedia, oftalmologia, cardiologia, neurologia), que atende também como unidade básica sendo referência para pacientes indígenas e de áreas rurais do município;
- 01 Centro de convivência do Idoso;
- 01 Unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- 01 Farmácia municipal;
- 01 Laboratório municipal;
- 01 Centro de diagnóstico por imagem (terceirizado);
- 01 Hospital filantrópico (conveniado);
- 04 Unidades de atenção à saúde indígena (postos avançados com um ACS local);
- 01 Central de regulação Médica;
- 01 Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel para remoção de pacientes graves;
- 03 Unidades de Transporte Rápido (UTR);
- 01 Ônibus para transporte de pacientes que necessitam de interconsultas com especialistas em falta na cidade;
- 01 VAN para transporte de pacientes (principalmente para as sessões de hemodiálise);
- 01 Unidade móvel para atendimento odontológico.

Consta na página web <https://leismunicipais.com.br/a1/plano-municipal-de-saude-sapezal-mt>, o decreto nº 89/2016 com a seguinte descrição: “Dispõe sobre a

aprovação do Plano Municipal de Saúde de Sapezal e dá outras providências”. No artigo 1º foi anunciada a aprovação do referido plano para o ano de 2017, com vigência de apenas doze meses, que deveria constar como documento anexo ao decreto e deveria estar localizado no Paço Municipal, todavia esse documento não foi encontrado durante a pesquisa.

O único documento com essa característica de planejamento disponibilizado para a presente investigação foi uma nova proposta de Plano Municipal de Saúde escrita em 2017, sob nova gestão municipal, destacando a estrutura dos estabelecimentos em sua organização dos serviços com a seguinte listagem:

Secretaria Municipal de Saúde; Central Municipal de Regulação; Vigilância Ambiental; Vigilância Sanitária; Unidade Descentralizada de Reabilitação – UDR; Farmácia Municipal; Laboratório Municipal; Centro de Saúde Marcelo Mecca Seidler; Unidade I de Saúde da Família; Unidade II de Saúde da Família Bonifácio Sachetti; Unidade III de Saúde da Família; Unidade de Saúde IV Diana Auxiliadora Gonzales de Almeida; Unidade V de Saúde da Família Marlena Webler; SAMU – 192; Conselho Municipal de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL-MT, 2016, p. 8).

Porém essa nova proposta não aprovada pela câmara de vereadores do município durante a realização deste estudo.

#### 12.4 PROCESSO DE ADSCRIÇÃO DOS USUÁRIOS E TERRITORIALIZAÇÃO DAS EQUIPES DE ESF NO MUNICÍPIO DE SAPEZAL – MT

O processo de adscrição dos usuários e territorialização das equipes de ESF em Sapezal-MT deu-se a partir do crescimento populacional que foi se distribuindo pelo município, formando novos bairros, e naturalmente exigindo que o município fosse adequando-se a estas mudanças, criando meios de acesso à saúde para estes novos moradores, ampliando desta maneira, a RAS no município, até chegar ao quantitativo populacional (até a data da coleta dos dados).

Em 2019, a cobertura da ESF aproximava-se de 80%, porém uma nova UBS estava sendo construída e ao final, provavelmente aumentaria a cobertura para praticamente 100% da população, proporcionando ampliação da RAS.

A partir do levantamento documental com a anuência pelo Secretário Municipal de Saúde, através da Secretária Municipal de Saúde, foi realizado um resumo

cronológico dos eventos relacionados à área da saúde do município de Sapezal-MT, conforme Quadro 3.

**Quadro 3** - Trajetória histórica das realizações na área da saúde em Sapezal-MT.

<b>Datas</b>	<b>Criação de Legislações, Políticas de Saúde, Eventos e Instituições</b>
<b>1997</b>	De acordo com a Lei 6/97 de 20 de janeiro de 1997, revogado pela lei 1169/2014, foi criado no município de Sapezal-MT o Conselho Municipal de Saúde (CMS).
<b>2000</b>	Através da Lei 152/2000, o município de Sapezal autorizou o auxílio financeiro, bem como ceder bens imóveis para a Associação Hospitalar de Sapezal, com o objetivo de criar uma unidade hospitalar no município, tendo como contrapartida o atendimento à população local a nível hospitalar (Cota de atendimentos preestabelecida em contrato e em lei municipal). Mensalmente o hospital deveria prestar os seguintes serviços: 70 consultas, 30 internamentos; 20 cirurgias (parto, cesárea, laqueadura e procedimentos de emergência); 30 atendimentos de PS, até 50 atendimentos de fisioterapia, 20 inalações (pessoas carentes nos finais de semana e feriados).
<b>2001</b>	Neste mesmo ano foi cadastrada a primeira UBS do município, construída em 10/03/2001, mas cadastrada no CNES em 29/09/2003, e foi denominada Unidade de Saúde I.
<b>2002</b>	Em 05/01/2002 foi construída a Unidade 2, que neste momento supriam as necessidades de saúde do município, tendo em vista contar com uma população de cerca de 8 mil habitantes (DATASUS). Esta unidade também cadastrada somente em 29/09/2003 no CNES.
<b>2003</b>	Criação do primeiro Hospital na cidade que tinha característica de uma instituição Filantrópica, batizado com o nome de Hospital e Maternidade Renato Sucupira. Cadastrado no CNES em 2003. E rebatizado em 2018 com o nome de Hospital Santa Marcelina em virtude da parceria firmada com esta instituição para seguir administrando a unidade hospitalar.

<p><b>2004</b></p>	<p>- Foi construída a Unidade de Saúde III, visto que a população local começou a crescer e a demanda por consultas médicas também;</p> <p>- Foi inaugurado o Centro de Especialidades/UBS denominado “Centro de Saúde Marcelo Mecca Seidler), cadastrado no CNES em 03/03/2004, com a finalidade de oferecer à população local consultas com alguns especialistas, evitando assim, que os usuários precisassem sair da cidade para realizar consultas. Nesta unidade começou a se oferecer consultas nas áreas de ginecologia, psiquiatria, cirurgia geral, anestesia, pediatria e cardiologia;</p> <p>- Foi construído e inaugurado neste mesmo ano o Centro de Reabilitação, proporcionando desta forma, um novo leque de serviços de atenção primária à população local (fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, nutrição);</p> <p>- A Prefeitura adquiriu uma unidade móvel odontológica com a finalidade de chegar até às fazendas mais distantes, oferecendo não apenas atendimentos odontológicos, mas em alguns momentos, atendimento médico e promoção de saúde aos trabalhadores destas fazendas.</p>
<p><b>2008</b></p>	<p>Como o município está localizado dentro de uma área com a presença de várias tribos indígenas, foram criadas várias pequenas unidades (com equipe de saúde reduzida) dentro de algumas tribos para facilitar o acesso e reduzir o número de indígenas sem cuidados da Atenção Primária à Saúde (2008, 2009, 2012).</p>
<p><b>2012</b></p>	<p>Contando com população acima de 10 mil habitantes, foi inaugurada a UBS IV (Unidade de Saúde Diana Auxiliadora Gonzales);</p> <p>Também foi criada a Central de Regulação do Município, para poder regular o acesso dos usuários não apenas aos especialistas, mas também aos níveis secundários e terciários da saúde da população local.</p>
<p><b>2014</b></p>	<p>Com o propósito de melhorar o acesso da população às medicações da Relação Municipal de Medicamentos – REMUME, a Prefeitura inaugurou a Farmácia Municipal;</p> <p>Uma nova unidade de saúde indígena foi inaugurada;</p> <p>Pela Lei municipal 1116/2014 – Foi aprovada e sancionada a construção de uma nova unidade de saúde, que se chamaria “Marlena Webler”.</p>

<b>2015</b>	Devido ao aumento dos casos de acidentes pessoais (Trabalho, Trânsito e outros), foi criada uma unidade de emergência (SAMU); Foram inauguradas mais 02 unidades de saúde indígena.
<b>2016</b>	Quando a população chegava a aproximadamente 20 mil habitantes, foi inaugurada a unidade de saúde V Marlena Webler. Cadastrada no CNES em 21/06/2016; Pelo Decreto 89/2016 foi aprovado o Plano Municipal de Saúde.
<b>2018</b>	Começou a construção de uma nova unidade de saúde no município. Pela lei 1403/2018 – as Unidades de Saúde I, II e III passaram a ser denominadas como unidades de Estratégia de Saúde da Família.

Adaptado de: Prefeitura Municipal de Sapezal (2016; 2021).

Até a data de levantamento de dados desta pesquisa, dentre as cinco unidades de saúde do município, quatro possuíam assistência odontológica, três eram unidades de ESF e uma unidade de atendimento às populações das áreas Rural e Indígena, além de abrigar o atendimento de outras especialidades. Em 2018 foi iniciada a construção de uma nova unidade de saúde que em 2020 foi cadastrada no CNES como UBS VI Rozemari Linde Sachetti (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Levando em consideração os parâmetros do Ministério da Saúde (MS), em 2019 o município de Sapezal apresentou cerca de 86% de cobertura com a ESF (GIL, 2008).

De acordo com o IBGE (BRASIL, 2010), o município de Sapezal apresentava no censo de 2010, uma população de 18.094 habitantes, com uma estimativa de em 2019 chegar a mais de 25 mil habitantes. Em 2010 a mortalidade infantil era de 19,54 para cada 1000 nascidos vivos, as internações por quadros diarreicos eram de 4 para cada 1000 habitantes, a faixa etária dos habitantes neste período era entre 30 a 49 anos de idade, sendo a maior parte, do sexo masculino.

Na avaliação documental, não foi possível encontrar informações consideradas vitais para a realização desta pesquisa tais como:

- Projeto de implantação da ESF no município;
- Projeto que propusesse a mudança na APS (considerado o primeiro passo para a implantação da ESF), e que transformasse as UBSs tradicionais em USFs;

- As atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde que relatassem a aprovação de algum projeto e que mencionasse ou propusesse esta nova modalidade de atenção à saúde, ou seja, não se pode precisar em que momento exatamente ocorreu ou se deu o início do processo de implantação da APS.

Com relação à territorialização das equipes observou-se o que está determinado na PNAB de 2017. A quantidade populacional distribuída por UBSF ficou em torno de 5 mil pessoas por equipe, levando-se em conta a quantidade de unidades, todavia, a divisão estava desproporcional, tendo em vista que algumas UBSF's tinham dentro de sua área de abrangência mais de 6 mil pessoas, levando a uma sobrecarga de atendimentos para alguns profissionais, fazendo-se necessária uma revisão do quantitativo populacional para as áreas de abrangência de cada UBSF (Relatório de pessoas cadastradas fornecido pelo SISAB).

Com relação à evolução na quantidade de atendimentos realizados pelas UBSF's, foi notória a melhoria, como se pode demonstrar através dos relatórios apresentados pela Secretária Municipal de Saúde. Infelizmente como não havia um sistema de registro adequado, estes relatórios foram construídos apenas a partir de 2011.

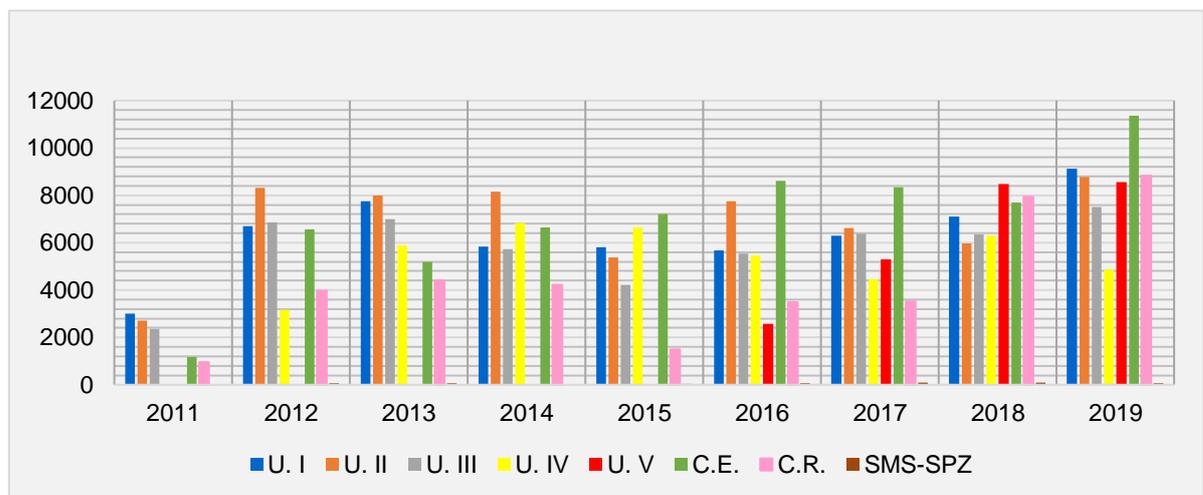
Os atendimentos realizados pelas unidades de saúde, UBS's e USF's a partir de 2011 até 2019 são apresentados na Tabela 1 e nos gráficos de 1 a 4.

**Tabela 1:** Compilação dos Relatórios de Consulta Sintéticos por Unidade com a quantidade de atendimentos realizados pelas unidades de cuidado à saúde nos períodos de 2011 a 2019.

RELATÓRIO DE CONSULTA SINTÉTICO POR UNIDADES (2011-2019)									
UNIDADES <sup>†</sup>	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
U. I	2998	6702	7754	5840	5798	5664	6292	7115	9111
U. II	2720	8309	7997	8160	5364	7736	6616	5959	8761
U. III	2354	6869	6986	5736	4227	5535	6379	6357	7504
U. IV	-	3152	5885	6833	6655	5456	4450	6305	4877
U. V	-	-	-	-	-	2574	5303	8483	8548
<b>C.E.</b>	<b>1174</b>	<b>6566</b>	<b>5175</b>	<b>6641</b>	<b>7196</b>	<b>8621</b>	<b>8346</b>	<b>7689</b>	<b>11358</b>
C.R.	943	3965	4393	4206	1503	3477	3507	7938	8818
SMS-SPZ	1	72	51	26	28	59	78	83	73
<b>Total Geral</b>	<b>10190</b>	<b>35635</b>	<b>38241</b>	<b>37443</b>	<b>30771</b>	<b>39122</b>	<b>40971</b>	<b>49929</b>	<b>59077</b>

Fonte: Anexo B - Relatórios de Consulta Sintético por Unidades da SMS de Sapezal-MT.

**Gráfico 1:** Dados comparativos referentes aos atendimentos realizados pelas unidades de saúde desde 2011 a 2019.



Fonte: Anexo B - Relatórios de Consulta Sintético por Unidades da SMS de Saúde de Sapezal – MT.

2019.

<sup>†</sup> Leiam-se as legendas da seguinte forma:

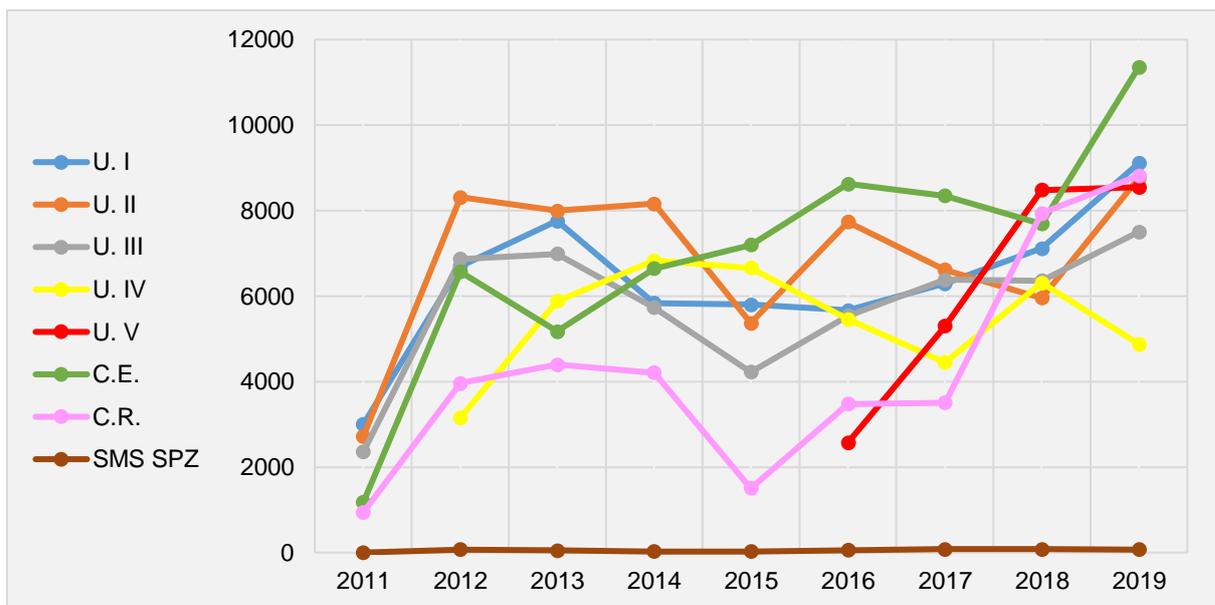
- U.I: Unidade de saúde I;
- U.II: Unidade de saúde II;
- U.III: Unidade de saúde III;
- U.IV: Unidade de saúde IV;
- U.V: Unidade de saúde V;
- C.E.: Centro de Especialidades denominado Centro de Saúde Marcelo Mecca Seidler;
- C.R.: Centro de Reabilitação denominado Unidade Descentralizada de Reabilitação de Sapezal-MT;
- SMS-SPZ: Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal-MT.

O gráfico 1 indicou o número de atendimentos ocorridos em unidades de cuidados em saúde variadas, por ano de 2011 a 2019. Em destaque: o número máximo de pessoas atendidas ocorreu no Centro de Especialidades em 2019 e o número mínimo foi em 2011 na SMS-SPZ.

Em 2012, a baixa quantidade de atendimentos do Centro de Especialidades, provavelmente ocorreu devido ao seu pouco tempo de inauguração, mas a partir de 2016 estes valores aumentaram, justificando-se possivelmente pelo fato de além de ser uma unidade que recebia encaminhamentos das demais (por conta dos especialistas que nela atendiam), também atendia a pacientes da área rural e indígena, indicando cobertura por este Centro às áreas de abrangências dentro do município.

O gráfico1 também revelou aumento gradativo da quantidade de atendimentos em cada unidade à medida que elas foram sendo habilitadas para atenderem à população local. Além deste quantitativo que se referia aos atendimentos pelas unidades, levou-se em conta os atendimentos realizados pelo Centro de Reabilitação do município vinculado a RAS (Rede de atenção à Saúde) que recebia pacientes encaminhados pelas unidades de saúde, pelo Centro de Referência da Assistência Social - CRAS e por escolas do município.

**Gráfico 2:** Tendência dos quantitativos referentes aos atendimentos realizados por unidades desde 2011 a 2019.



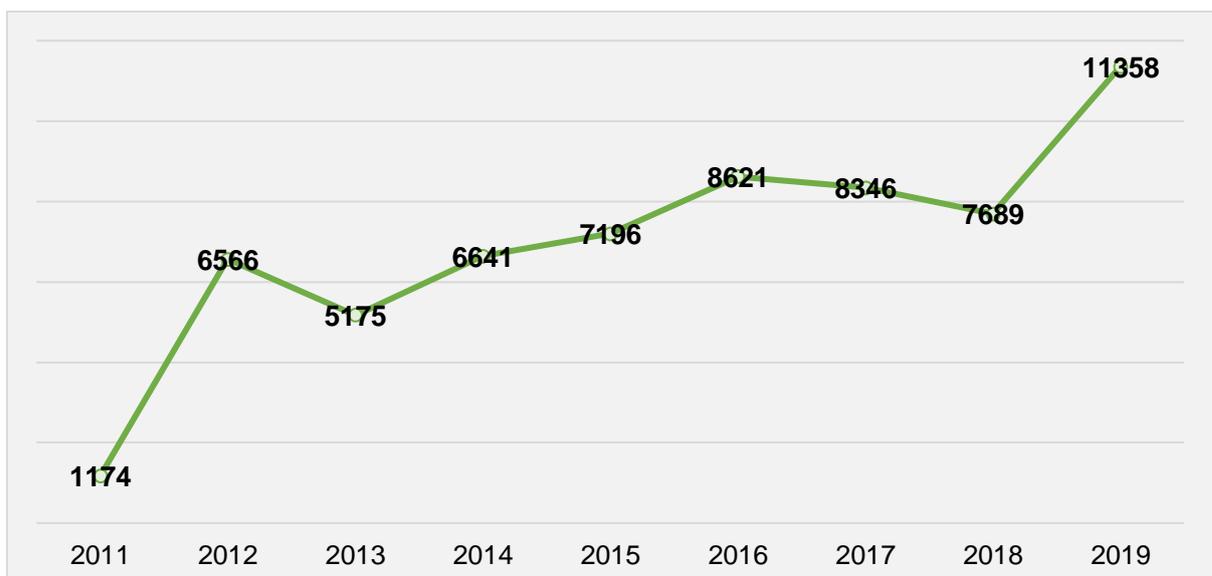
Fonte: Anexo B - Relatórios de Consulta Sintético por Unidades da SMS de Sapezal-MT. 2019.

No gráfico 2 observou-se que a tendência dos atendimentos da SMS-SPZ manteve-se estável, porém com número de atendimentos sempre reduzido (menor que 90), podendo justificar-se pelo fato de se tratar de atendimentos caracterizados por busca de respostas de consultas com especialistas que atendem fora do município, usuários que usam os transportes e que precisam informar e agendar seu deslocamento para outras localidades, ou até aqueles usuários que buscam levar suas demandas não sanadas na UBS a qual estão vinculados.

Outro achado que se destacou no gráfico 2 foi a tendência flutuante geral dos atendimentos observados nas unidades I, II, III, IV e C.R. com decréscimo moderado a significativo em todas essas unidades especificamente em 2015. Uma hipótese possível para explicar o decréscimo nos atendimentos seria a defasagem no número de profissionais, e, portanto, possivelmente justificativa para a chamada de concurso público que ocorreu em 2016. Outra hipótese poderia ser a pausa nos atendimentos para reforma na estrutura física de algumas unidades.

Em linha ascendente significativa, a unidade V revelou ligeiro decréscimo apenas em 2019.

**Gráfico 3:** Quantitativo de atendimentos realizados no Centro de Saúde Marcelo Mecca Seidler (Centro de Especialidades) no período de 2011 a 2019.

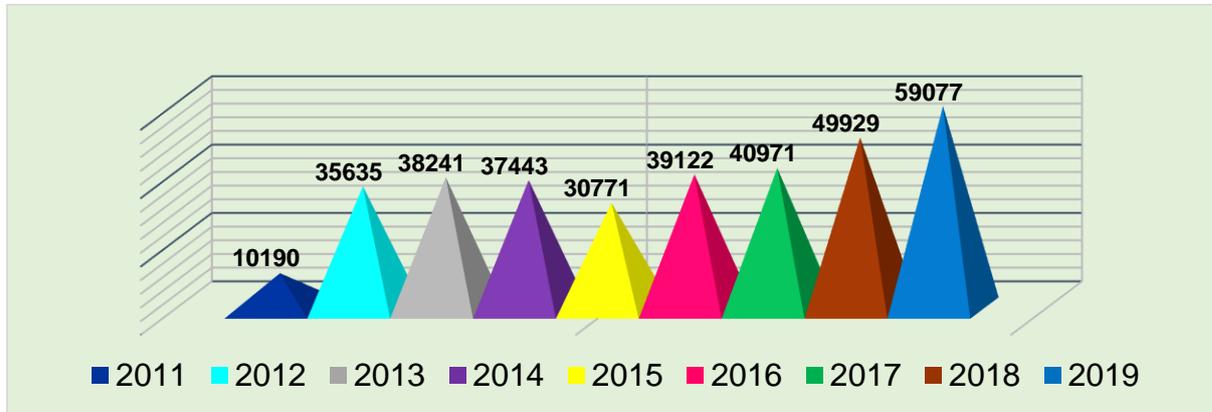


Fonte: Anexo B - Relatórios de Consulta Sintético por Unidades da SMS de Sapezal-MT. 2019.

No gráfico 3 observou-se que os atendimentos se mantiveram crescentes até 2013, o que se traduziu em provável falta de especialistas no município para atender

as demandas desta unidade. Com um provável aumento do número de especialistas contratados a partir deste ano os números voltaram a crescer significativamente.

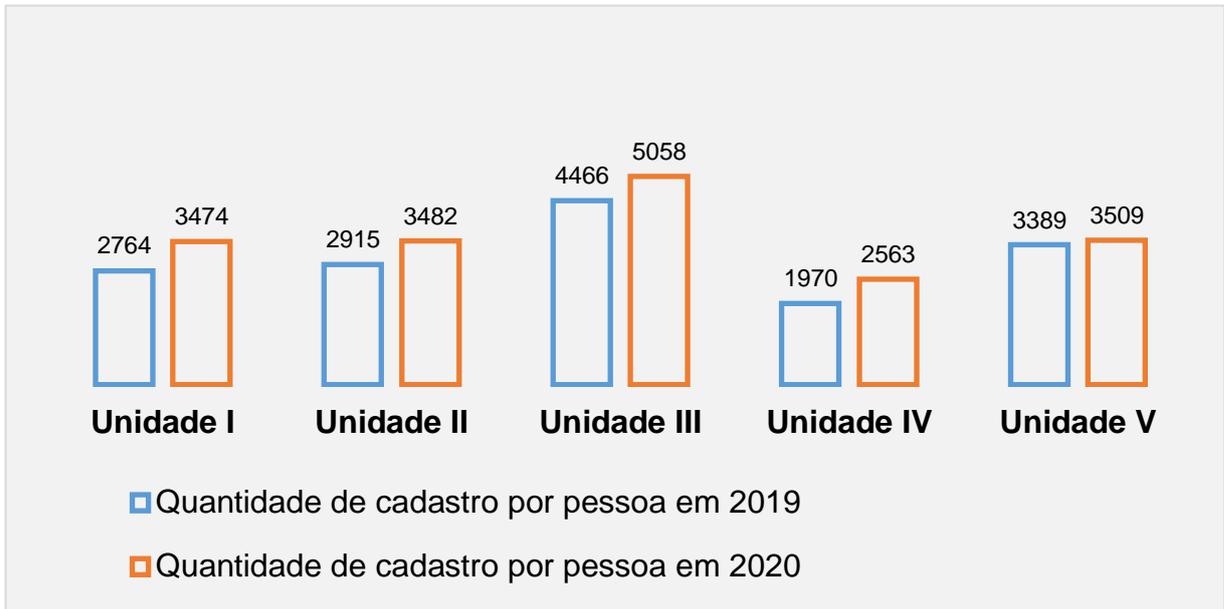
**Gráfico 4:** Quantitativo do total geral de atendimentos realizados anualmente desde 2011 a 2019.



Fonte: Sistema de Informação da SMS de Sapezal – MT. 2019.

Foi possível observar que houve um crescimento significativo na oferta de serviços e de atendimentos realizados pelas equipes de ESF e ou UBS tradicional, o que indicou uma melhora na acessibilidade dos usuários ao atendimento nestas unidades, ressaltou-se que os atendimentos eram tanto de medicina como de enfermagem (Gráfico 4). Foi importante observar que aqui nestes valores estavam incluídos os atendimentos feitos pelo Centro de Especialidades que dentro da atenção primária realizava a cobertura da área rural e indígena, além das consultas com especialistas.

**Gráfico 5:** Quantidade populacional por unidade de saúde - cadastros realizados até 2019, considerando a área adscrita de cada eESF.



Adaptado de: Anexo C - Relatório Quadrimestral de Cadastro - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. 2019.

No gráfico 5 observou-se que a quantidade de usuários por equipe sofreu uma disparidade significativa, apesar de estarem ainda em fase de cadastramento, ou seja, uma parte da população não estava adscrita. Concluiu-se que as equipes necessitavam passar por uma configuração mais igualitária, sendo um tema possível e viável. No relatório de 2020 já foi possível visualizar que pelo menos uma unidade já se encontrava com a quantidade de usuários acima do que previa a PNAB 2017 e a portaria 2436/17 do MS.

## 13 DISCUSSÃO

Neste tópico foram organizadas as respostas aos questionamentos centrais da pesquisa da seguinte forma:

1ª Etapa - Relatando se os objetivos foram ou não alcançados;

2ª Etapa - Indicando as correlações entre modos organizativos às ações e serviços;

E por último, um apanhado geral - que nos anexos dessa investigação está compilado em forma de Relatório Técnico - com os achados da pesquisa, qualidades encontradas e pontos a melhorar.

1ª Etapa

No que se refere ao primeiro objetivo específico, que visava descrever como se desenvolveu o processo de implantação da APS em Sapezal- MT correlacionando os modos organizativos às ações e serviços de saúde, concluiu-se que foi possível descrever o processo de implantação da APS apenas de forma parcial, uma vez que por questões logísticas (mudança de domicílio do autor da pesquisa e impedimentos advindos do processo pandêmico mundial nessa data) não foi possível coletar dados sobre a prestação de serviços e as formas de cuidado. Todavia foram descritas informações acerca do sistema de serviços ofertado em Sapezal-MT na área de infraestrutura, gestão, organização e financiamento. A partir daí seguiu-se ao processo de correlação que foi mostrado da segunda etapa dessa discussão.

O segundo objetivo foi alcançado completamente na medida em que a implantação da APS em Sapezal-MT foi comparada com os municípios de Altinópolis-SP<sup>81</sup>, Unaí-MG (Arantes e Portilho, 2014), alguns municípios do Nordeste e Sul situados nos Estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina (FACCHINI et al., 2006), e ainda em Campinas (NASCIMENTO et al., 2021).

O terceiro objetivo foi alcançado e foi apresentado na terceira etapa dessa discussão e também em anexos.

2ª Etapa

As correlações entre os modos organizativos observados na descrição da implantação da APS em Sapezal-MT e as ações e serviços de saúde, antes e depois do processo, foram baseadas no capítulo 11 deste estudo e foram encontrados os seguintes aspectos:

Com relação ao tópico 1 Não foram encontrados documentos que mostrassem o estabelecimento antecipado de critérios fundamentais para divisão das áreas e microáreas dentro do município;

Com relação ao tópico 2 os documentos apontaram que os conceitos de territorialização - e dentro deste a adscrição da população - não estavam idealmente adequados a cada equipe instalada no município como exposto no Gráfico 4 (Quantidade populacional por unidade de saúde - cadastros realizados até 2019, considerando a área adscrita de cada equipe de ESF), podendo-se inferir a possibilidade de que a unidade três estivesse sobrecarregada, todavia mais uma unidade de saúde estava sendo construída e isso poderia aliviar essa sobrecarga dependendo da adscrição populacional a ser realizada futuramente.

Com relação ao tópico 3 não foi possível encontrar documentos que evidenciassem se foi seguida desde o início a sequência de passos estabelecidos pela PNAB para a implantação da APS, porém dentro da proposta da gestão atual de novo Plano Municipal de Saúde (ainda não aprovado pela câmara de vereadores), havia pelo menos duas importantes referências indicando a aspiração à transição de um modelo tradicional hospitalar para o modelo de APS ampliada.

A primeira dessas referências foi apontada dentro do item “Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores” se estabeleceu como primeira diretriz que deveria dar-se ênfase na: “humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS” e também na segunda diretriz cujo objetivo proposto foi:

Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL-MT, 2016, p. 13).

E ainda na terceira diretriz propondo:

Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na

promoção do envelhecimento saudável (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL-MT, 2016, p. 13).

Também na nova proposição de Plano municipal de saúde de Sapezal em seus “Projetos e Metas para Atenção Básica” se prometeu a garantia do acesso populacional aos serviços com equidade e “[...] mediante aprimoramento da política da Atenção Básica e da Atenção Especializada” (Anexo D, p. 18). Pode-se observar ainda o desejo de transição para o modelo de APS ampliada nos demais objetivos contidos nos projetos e metas para a atenção às urgências, vigilância e proteção em saúde, assistência farmacêutica e gestão e controle social.

Ademais, esse esboço de novo plano manifestou sua convicção na busca por regular-se e nortear-se com base na Política Nacional de Saúde do SUS:

O município de Sapezal/MT tem avanzado substancialmente na construção de uma Política Municipal de Saúde ampla e integrada que supere ações desiguais, clientelistas ou meramente emergenciais pensada e organizada num sistema participativo que contemple as reais necessidades da população sapezalense (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL-MT, 2016, p. 25. Grifo meu).

Viu-se que a essência do documento, ainda que não aprovado, manifestava o desejo de superação de um modelo que antes contemplava uma política de saúde limitada e direcionada à clientela emergencial para uma nova que oferecesse maior participação da comunidade.

A segunda referência foi a instauração da lei municipal 1403/2018 que passou a denominar três unidades de saúde como unidades de Estratégia da Família.

Outra correlação pode ser feita a partir dos postulados de Costa (2000) em seus quatro passos para implantação de Saúde da Família, sendo o fato de que não foram encontrados:

1º) Documentos que relatassem sobre a introdução da proposta do PSF através de debates (fóruns) e divulgações sobre as vivências em outras cidades, ou encontrados registros escritos acerca de uma reunião específica que explicasse como a população, os gestores, políticos, colaboradores da saúde se conscientizaram sobre os conceitos do PSF como uma estratégia de reorganização da atenção básica. Não foram encontrados registros sobre um Projeto prévio de Implantação que estivesse baseado nos princípios básicos do PSF.

2º) Registros de um Projeto inicial de Implantação criado pelo município estabelecendo previamente recursos e ajustes físicos e humanos disponíveis. Não foi possível encontrar um documento histórico que relatasse como e em quais momentos o município passou intencionalmente a definir: as áreas prioritárias para cobertura e áreas de risco social; o levantamento do número de habitantes; o quantitativo da ESF através do cálculo padrão vigente nas diretrizes do MS; e mapeamento de áreas e microáreas prioritárias.

3º) Documentos indicando que o CMS de Sapezal-MT tivesse aprovado um Projeto de Implantação, encaminhando-o mediante ofício para a Secretaria Estadual de Saúde e para a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) solicitando e estabelecendo a pactuação dos recursos do FNS. Tampouco foram encontrados documentos registrando o momento inicial no qual o município passou a adequar-se às exigências para o repasse dos recursos de saúde (declaração de qualificação aos incentivos) e implantação de banco de dados e alimentação do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB.

4º) Documentos indicando o início dos processos de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da ESF.

Correlacionando a implantação da APS de Sapezal-MT com as orientações da nova PNAB de 2017, Portaria nº 2436/2017 para a implantação e credenciamento de APS ou novas UBS's, encontrou-se que não se encontrou:

1º Ponto: Registros de um projeto prévio, por isso não foi possível estabelecer por exemplo quando e como ocorreu a transição das definições do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do pacto de indicadores da atenção básica;

2º Ponto: Documentos explicitando o debate entre população, gestores, trabalhadores da saúde e vereadores para avaliar a importância e a viabilidade de se implantar a APS no município, dando margem a criação de Projeto oficial de implantação.

Tomando-se em conta a correlação com a Portaria 2488/2011 (Políticas da Atenção Básica, diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, ESF e programa de ACS); e a Portaria nº 4.279/2010 (diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde – RAS), a nova proposta de Plano Municipal de saúde atenderia às suas orientações, possibilitando caracterizar documentalmente a reorientação do modelo assistencial, caso já estivesse aprovada pela câmara de vereadores.

Tomando-se em conta os objetivos das categorizações para avaliação periódica de Hartz (1997) correlacionados com as ações do Plano Municipal de Saúde de Sapezal aspirado (Anexo D), observou-se que apenas no projeto 4 (“Efetivar a Política de Educação Permanente em Saúde”, p. 19) dentro de “Projetos e Metas – da Atenção Básica” haveria duas pequenas referências a avaliação de ações. Muito embora tenha-se expressado na página quatro que o documento era um “instrumento de consulta e avaliações periódicas de trabalho a ser executado” pela SMS, seria importante incluir itens de avaliações periódicas em todos os pontos elencados no Plano a fim de melhorar o sistema de saúde ou corrigir distorções, isto poderia ser inclusive revisado antes dessa proposta de plano passar pela apreciação na câmara de vereadores.

Viacava et al. (2012) salientaram que a efetividade dos serviços se tornaria inviável caso não fosse verificada rigorosamente de acordo com as diretrizes pré-estabelecidas pela PNAB e elencaram o clássico exemplo de equipes com um número inadequadamente elevado de população adscrita que resultaria em dificuldades para: realização do planejamento de intervenções e cumprimento dos programas. Esse aspecto correlacionado com os resultados do Gráfico 2 (Tendência dos quantitativos referentes aos atendimentos realizados por unidades desde 2011 a 2019) onde a tendência flutuante apontou decréscimo moderado significativo dos atendimentos em várias unidades de saúde concomitantemente em 2015; talvez os decréscimos pudessem ser mais bem explicados pela falta de rigor na aplicação das orientações citadas por Viacava et al. (2012). Infelizmente não foi possível encontrar documentos mostrando avaliações para o melhoramento e correção de ações e serviços.

E por fim, procedeu-se a explicar (vide em Anexos o Relatório Técnico resumindo essa parte) vários achados importantes da pesquisa correlacionados com o conteúdo do marco teórico e com o capítulo dos resultados; as qualidades encontradas; e os pontos de melhoria que poderiam sanar déficits e desafios constantes encontrados no processo de implantação da APS em Sapezal-MT.

Observou-se que o município de Sapezal-MT também vivenciou obstáculo semelhante ao percurso histórico de desenvolvimento do SUS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012), na medida em que antes de suas unidades passarem a ter caráter de ESF em 2018 (pelo menos constando na lei municipal 1403/2018), o município privilegiava o modelo assistencial antigo.

Outro aspecto a ser correlacionado com o desenvolvimento do SUS foi a adscrição, com cálculo desproporcional entre eESF e quantitativo populacional (CONILL, 2008). A partir do Gráfico 4 ficou evidente que a Unidade III apresentou em 2019/2020 adscrição desproporcional às outras unidades, o que poderia acarretar uma sobrecarga para a equipe de ESF e entrave no progresso de ações voltadas à “promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012) nesse território.

Um ponto de melhoria para esta situação seria a aplicação de uma reavaliação do processo de territorialização e adscrição adequada de usuários no município, visando oferecer maior efetividade na prestação de serviços, obedecendo aos critérios da PNAB 2436/17 (BRASIL, 2017) e Portarias 2488/11 (BRASIL, 2011), 4279/2010 contidas no capítulo sobre a implantação dos serviços de APS (COSTA, 2000) em municípios de pequeno porte.

Alguns aspectos positivos do município estudado que contribuem para fomentar a construção de uma APS orientada para a comunidade (STARFIELD, 2002) encontrados foram: o desenvolvimento urbano com estruturação planejada de bairros, ampla pavimentação das vias, casas majormente construídas em alvenaria, locais públicos destinados a atividade física e lazer (BRASIL, 2017).

A consciência e entendimento desses aspectos ambientais que Sapezal apresenta, fazem parte do aprofundamento no estudo do “território usado” citado por Pereira (2011) e da APS ampliada, na medida em que apresentam evidências da condição de vida da população, ocupação de áreas de forma a gerar impacto positivo na mesma (PEREIRA; BARCELOS, 2006).

Um ponto deficitário encontrado em Sapezal foi que o esgotamento sanitário adequado alcançava apenas 40% dos domicílios (BRASIL, 2017), esta informação poderia contribuir para uma melhor caracterização de sua territorialização, fundamento a necessidade de planejamento de ações intersetoriais coletivas e simultâneas para o enfrentamento dessa conjuntura (CONILL, 2008).

Outro ponto positivo que foi observado no histórico de desenvolvimento da APS em Sapezal, referiu-se à preocupação por parte da gestão do município em oferecer aos usuários da saúde uma carta de serviços ampliada - bem como maior acessibilidade a estes - possibilitando o atendimento da maioria de suas demandas em saúde, fato que se evidenciou em vários momentos como por exemplo: a autorização de aporte financeiro e material destinada a criação do primeiro hospital; a

criação das unidades de saúde; a inauguração de um Centro de Especialidades e Centro de Reabilitação; a aquisição de unidades móveis para ampliar ações e serviços programadas pela SMS; criação da Central de Regulação; a inauguração do SAMU.

Tal preocupação citada no parágrafo anterior, revelou que o subfinanciamento não era um obstáculo para o avanço da APS no município. Muito embora o modelo assistencial (hospitalocêntrico) - citado por Reis, Araújo, Cecílio (2012) no capítulo sobre os valores e princípios organizativos da ABS e ESF - fosse majormente prevalente durante o período histórico apresentado (2011 a 2019) na pesquisa, ainda assim a atuação político-institucional buscava vincular a APS a uma rede articulada de serviços de saúde, conferindo-lhe assim maior efetividade (SUMAR; FAUSTO, 2014), e já dando mostras de que estava ocorrendo um processo de amadurecimento e redirecionamento do modelo assistencial.

Também se destacou o fato de que o município geograficamente se encontrava distante do município polo (Tangara da Serra – 260Km) e que ademais estava a cerca de 500 km da capital Cuiabá, que era onde o município encaminhava os casos de média e alta complexidade, o que poderia justificar o investimento na quantidade de unidades de transporte em saúde que o município adquiriu e que usavam com bastante regularidade.

Ao analisar a aplicação de ações e serviços de saúde em Sapezal-MT, notou-se que havia presença do modelo de atenção a condições agudas (Brasil, 2014) evidenciado no Quadro 3, apontando para a inauguração em 2015 da unidade de emergência SAMU, a qual foi criada a partir do aumento da demanda de acidentes (trabalho e trânsito).

Considerando características ambientais e comportamentais do aspecto da territorialização de Sapezal, alguns pontos de melhoria poderiam ser sugeridos a fim de otimizar a APS no município:

- Levantamento epidemiológico e planejamento de ações e serviços, bem como políticas públicas específicas efetivas direcionadas aos cuidados em saúde nas seguintes áreas: 1<sup>a</sup>- Relacionada aos impactos negativos dos agrotóxicos na saúde da população, uma vez que se trata de uma área com denso exercício de agronegócio, sendo este um importante gerador de fonte de renda da região (BRASIL, 2017) e; 2<sup>a</sup>- A saúde mental (BRASIL, 2018).

Uma falha importante do início do processo que tentou viabilizar a mudança do modelo de APS, que até 2017 ocorria (em tese) através de UBS's funcionando com modelos tradicionais e pelo hospital local:

- Dentro das orientações que foram elencadas por Costa (2000) o levantamento de dados da pesquisa não conseguiu encontrar documentos que comprovassem a existência de um Projeto de Implantação elaborado pelo município que previsse flexibilizações e possíveis adaptações condizentes com realidades e recursos existentes/disponíveis no município; o Conselho Municipal de saúde, a princípio não tem em suas atas de reunião a apresentação e ou aprovação deste Projeto de Implantação prévio.

Outras qualidades observadas foram: o município conseguiu inicializar avanços no desafio de ofertar assistência aos cuidados da saúde para a população a partir da criação do CMS em 1997, buscando entregar aos seus munícipes um acesso melhorado aos serviços de saúde na própria cidade e otimizando ainda mais através da criação das Unidades de Saúde I e II (2001 e 2002); mais adiante possibilitando e investindo na criação de hospital local (2000 e 2003), marcado pelo modelo de assistência tradicional.

Olhando para o Caderno da Atenção Básica de nº 1 (TEMPORÃO, 2010), e a PNAB 2017 (BRASIL, 2017) onde se estabeleceram os critérios para a implantação da APS, foi possível observar algumas falhas:

- No processo inadequado de territorialização realizado no passado e por conseguinte, na distribuição geográfica das UBS's;
- Na adscrição, havendo equipes que apresentavam um quantitativo populacional muito acima do que foi proposto na PNAB 2017 (BRASIL, 2017), que estabeleceu 2000 a 3500 pessoas como um máximo por equipe, mas recomendando 3000 pessoas como o ideal, visto que isto acabava traduzindo-se em um elemento impeditivo na qualidade da prestação dos serviços de saúde.

Uma deficiência encontrada dentro do município, e que demonstrou uma certa precariedade na construção da rede de apoio a saúde foi a ausência de um Centro de Assistência Psicossocial - CAPS e de uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA, quanto a isto Arantes e Portilho (2014) salientaram em seu estudo as falhas do ponto de vista técnico assistencial como parte dos desafios no processo de implantação do ESF.

Um exemplo comparativo de implantação da APS citado no capítulo sobre a ‘implantação do serviço de APS em municípios de pequeno porte’ foi o de Campinas, que embora já fosse um município de grande porte, com cerca de 1 milhão e meio de pessoas, passou por muitos ajustes e reajustes do modelo assistencial e inclusive atualmente segue na tarefa de reavaliar constantemente novas formas de enfrentar os obstáculos e limitações para alcançar a mudança de paradigma, sendo assim, constatou a necessidade de uma reavaliação para melhor distribuição, não só da população adscrita nas UBSFs, mas também de profissionais para ampliar e melhorar a atenção primária aos seus usuários, o que levou a um estudo detalhado sobre como alcançar este objetivo com eficiência (NASCIMENTO et al., 2021).

Esse exemplo poderia ser seguido pelo município de Sapezal-MT a fim de readequar a adscrição e proporcionar para a população mais qualidade na oferta dos serviços da APS, uma vez que uma outra falha ocorrida no processo de implantação da APS foi que as unidades foram construídas próximas umas das outras, deixando áreas importantes sem cobertura, na divisão de área mais de 40% da cidade fazia parte da cobertura de uma única unidade e o restante dividido entre 4 outras equipes.

Ao estudar e comparar as experiências de outros municípios brasileiros com Sapezal-MT, considerou-se que as falhas durante o processo de implantação das APSs eram uma tônica constante, e que mesmo nas experiências mais bem sucedidas, como por exemplo em Campinas, muitas avaliações, readequações metodológicas e análises situacionais tiveram que ser feitas a fim de remodelar a adscrição dos usuários (NASCIMENTO et al., 2021); além disso, como apontou Facchini et al. (2016): “O PSF ainda é uma estratégia em construção, carecendo de melhor definição em aspectos conceituais e operacionais”. Na época da pesquisa de Facchini et al. ainda era considerada a nomenclatura PSF, atualmente seria lido como ESF.

Na experiência de Unaí-MG, voltada para a saúde bucal, constatou-se que havia necessidade constante de avaliação dos parâmetros e da reorientação dos serviços de saúde, aceitando-se que sempre seriam necessárias pequenas ou grandes intervenções para melhorar a qualidade do serviço, asseverando que “os modelos são inacabados” (ARANTES; PORTILHO, 2014).

A extensa pesquisa de Facchini et al. (2006) também corroborou com esse pensamento de estar em constante reavaliação e melhoramento, mostrando que no processo de implantação da ABS, sempre existiram problemas relacionados a

questões como estrutura física de unidades, limitações ou inadequada formação dos profissionais que prestavam serviços de assistência à saúde.

Outro estudo comparativo interessante foi o de Altinópolis-SP, onde indicou que no processo de mudança da UBS tradicional para a ESF também houveram dificuldades da população, culturalmente acostumada ao modelo tradicional, querendo usar o Hospital como referência de atendimento, e que somente após alguns anos da implantação, a população começou a captar as melhorias que a ESF oferecia aos seus usuários, todavia, processos de reavaliação seguiram acontecendo de modo a corrigir falhas nos serviços oferecidos (SOARES, 2012).

Todo o processo de mudança de modelo pode causar prejuízo à clientela deixando-a insatisfeita e acarretando entraves nos planejamentos focados no cumprimento de programas mínimos que são determinados pelo MS para as equipes de ESF (ARANTES; PORTILHO, 2014).

Outras sugestões de melhoria do processo de implantação da APS em Sapezal-MT foram:

- Elaborar um histórico detalhado sobre o modo como se deu o processo de implantação da ESF no município de Sapezal-MT, buscando resgatar documentos (não encontrados nessa pesquisa) que possam demonstrar se o passo a passo foi cumprido verificando efetivamente a trajetória da mudança do modelo assistencial. E que seja um documento educativo acessível para todos os profissionais e usuários, a fim de resgatar as conquistas históricas e formar opinião acerca da necessidade de constante avaliação e adequação de modelos mais eficazes de assistência;
- Avaliar o modelo assistencial atual, considerando a ESF como uma possibilidade de implantação para todas as equipes atuantes no município e levar em conta a opinião dos profissionais da saúde e da população utilizadora do serviço.

Os relatórios de atendimento das equipes constantes nos quatro gráficos desta pesquisa serviram de subsídio para demonstrar que houve um aumento da oferta e acesso dos usuários aos serviços, todavia a implantação da APS não alcançou seu objetivo final e pleno conforme prevê a proposta da ESF e as diretrizes do MS, apesar de ter aberto espaço para o crescimento do sistema de saúde no município.

Com relação a abordagem aos profissionais de saúde em relação a conscientização no que se referia trabalhar dentro da proposta de equipe de ESF, foi

possível encontrar diretrizes e planificação de ações específicas no Plano Municipal de Saúde (proposta desejada pela nova gestão municipal que ainda não foi aprovada pela câmara de vereadores), como por exemplo no Projeto 4 (Anexo D, p. 19) que versa sobre a efetivação da Política de Educação Permanente em Saúde.

Além disso também foi observado o empenho da gestão em melhorar continuamente o número de unidades de atendimento à medida em que a população da cidade vinha crescendo e novas contratações de profissionais da área da saúde também buscavam suprir a deficiência dos mesmos, tanto no que referia a especialistas como também generalistas; também a ampliação da rede de atenção ganhou novos equipamentos que aumentaram o acesso aos serviços, promovendo a longitudinalidade e a integralidade do cuidado. Os investimentos financeiros em saúde aparentemente não sofreram restrições no município de Sapezal-MT.

Ao considerar-se o quantitativo populacional previsto pelo IBGE para 2020, que seria de cerca de 26.000 mil habitantes e levando-se em conta o número de unidades de saúde do município, também levando-se em conta o que propõe a portaria 2436/17 do Ministério da Saúde, Sapezal necessitaria de pelo menos mais uma UBS, para poder alcançar uma cobertura de 100% de sua população (26.000/3500).

E por fim, sugeriu-se que fossem adotados os parâmetros descritos pelo DAB no que se refere à gestão, conforme expresso no Quadro 4. Tais parâmetros apontavam para a necessidade de que a gestão municipal passasse a implementar instrumentos de autoavaliação a fim de verificar o alcance gradual na prestação dos serviços de Atenção Básica.

**Quadro 4** – Parâmetros sugeridos pelos instrumentos da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Amaq-AB).

Gestão	Gestão Municipal	Implantação e Implementação da Atenção Básica no município.
		Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
	Unidade Básica de Saúde	Infraestrutura e equipamentos

Adaptado de: BRASIL, 2012.

## 14 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As observações acerca do processo de implantação da APS foram realizadas com várias limitações devido a questões logísticas imprevistas inicialmente (mudança de domicílio do autor da pesquisa e impedimentos advindos do processo pandêmico mundial nessa data), o que restringiu a coleta de dados sobre a prestação de serviços e as formas de cuidado em saúde in loco.

Uma consideração clara e abrangente do estudo a ser destacada foi que o conceito de territorialização - e dentro deste, a adscrição da população - não estava idealmente adequado a cada equipe instalada no município. Entretanto, esse é um obstáculo historicamente comum a vários municípios brasileiros, sejam eles de grande ou pequeno porte.

Viu-se que dentro da nova proposta de Plano Municipal de saúde (ainda a ser aprovada) foi manifesta a pretensão de superar o modelo antigo de saúde destinado à clientela emergencial em busca de um novo modelo que oferecesse maior participação da comunidade. Essa proposta seria um documento ideal para caracterizar a reorientação do modelo assistencial, caso já estivesse aprovada pela câmara de vereadores, pois estava adequada em relação às Portarias nº 2488/2011 e nº 4.279/2010.

Porém não há como garantir a aplicação prática de um documento que não tenha força de lei, posto que é apenas um esboço. Um documento da natureza de um Plano Municipal de Saúde deveria ser uma prioridade para aprovação ainda no primeiro ano da gestão dos administradores e legisladores municipais, a fim de terem tempo hábil para desenvolvê-la e avaliar sua eficácia.

Uma série de documentações importantes para orientar análises e embasar futuras avaliações para o melhoramento e correção de ações dos serviços em saúde não estavam adequadamente disponíveis para consulta, ainda que relatórios de atendimento das equipes tenham servido como subsídio para demonstrar o aumento da oferta e acesso dos usuários a serviços de saúde.

Portanto, concluiu-se que não foi possível afirmar mediante análise documental descritiva que o processo de implantação da APS tenha alcançado seu objetivo final e pleno conforme preveem a proposta da ESF e as diretrizes do MS, apesar de ter sido comprovada a abertura de espaço para o crescimento do sistema de saúde no município.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Is0VBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA15&dq=GIOVANELLA,+L.+et+al.+Pol%C3%ADticas+e+sistema+de+sa%C3%BAde+no+Brasil.+Rio+de+Janeiro&ots=BRobnmxWk6&sig=SVX-wYtsiEbV63aQ175mGSigJug#v=onepage&q=GIOVANELLA%2C%20L.%20et%20al.%20Pol%C3%ADticas%20e%20sistema%20de%20sa%C3%BAde%20no%20Brasil.%20Rio%20de%20Janeiro&f=false> >. Acesso em: 12 ago. de 2021.
- ALMEIDA, P. F; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, p. 84-95, 2011. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2011.v29n2/84-95/pt> >. Acesso em: 20 jan. 2021.
- ANDRADE, L. O. M; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 8, p. 85-91, 2000. Disponível em: < <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8778/3021.pdf?sequence=1> >. Acesso em: 11 ago. de 2021.
- ARANTES, L. J.; PORTILHO, J. A. C. Reorientação da Atenção Básica em Saúde Bucal em Unaí-MG. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 77-87, 2014. Disponível em: < <https://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1044/953> >. Acesso em: 01 ago. de 2021.
- BEDIN, C. et al. Vigilância ambiental: doença de Chagas no Rio Grande do Sul. **Bol Epidemiol**, v. 11, n. 3, p. 1-8, 2009. Disponível em: < <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1326723002545v.11,%20n.3,%20set.,%202009.pdf> >. Acesso em: 1 ago. de 2021.
- BRASIL. A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde Debate**. Brasília: CONASS, 2014. 171 p. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n3.pdf> >. Acesso em: 23 mar. de 2021.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Tit VIII; Cap II; Seção II; p. 118. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p. Disponível em: < [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf) >. Acesso em: 23 mar. de 2021.
- BRASIL. IBGE **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, Censo Demográfico 2010. <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em, v. 9, p. 2013, 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 19 jan. de 2020.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS.** Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Obtido em 01/12/2013>. Acesso em: 23 mar. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:< <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>>. Acesso em: 20 jun. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. (**Série E. Legislação de Saúde**; Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4) 4 ed. Brasília: MS, 2007. 68 p. Disponível em:< [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_4ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf)>. Acesso em: 20 jun. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. (**Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos Humaniza SUS** ; v. 2). Brasília: MS, 2010. 256 p. Disponível em:< [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 30 abr. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União.** 22 Set 2017. Disponível em:< [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031)>. Acesso em: 10 dez. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf) >. Acesso em: 12 jan. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. (REVOGADA) **Portaria GM de 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 a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Disponível** em:< [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html)>. Acesso em: 19 fev. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM de 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). Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em 19 fev.de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. APÊNDICE B: Agrotóxicos, tentativa de suicídio e casos de violência e homicídio, *In*: “**Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos**”, 2018. v 1. Disponível em:< [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_nacional\\_vigilancia\\_populacoes\\_expostas\\_agrotoxicos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_vigilancia_populacoes_expostas_agrotoxicos.pdf)>. Acesso em: 09 ago. de 2021.

BRUMER, A. Previdência social rural e gênero. **Sociologias**. p. 50-81, 2002. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/soc/a/RjHdp4QzNsZbPT6MqnsGDDt/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 25 out. de 2020.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A.S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 862-870, 2008. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000400017&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000400017&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 01 jan. de 2020.

CEBALLOS, A. G. C. Modelos conceituais de saúde: determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde. **UNA-SUS UFPE**. Recife: UFPE, 2015. 20 p. Disponível em: <[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod\\_conc\\_saude\\_2016.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf)> . Acesso em: 12 ago. de 2021.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s7-s16, 2008. Disponível em:< <https://www.scielo.org/pdf/csp/2008.v24suppl1/s7-s16/pt>>. Acesso em: 16 jan. de 2021.

CORBO, A D'A.; MOROSINI, M. V.; G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. *In*: MOROSINI, G. C. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 69-106. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Disponível em:< <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39175>>. Acesso em: 11 ago. 2021.

COSTA, K. S.; TAVARES, N. U.; NASCIMENTO Júnior J. M.; MENGUE, S.; ÁLVARES, J.; GUERRA, Junior A. e SOEIRO, O. M. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 3s, 2017. Disponível em:< <https://www.scielo.org/article/rsp/2017.v51suppl2/3s/pt>>. Acesso em: 21 jul. 2021.

COSTA, N. M. M. org. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. **Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica**, 2000. 44 p. Disponível em:<

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_unidade\\_saude\\_familia\\_ca\\_b1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_ca_b1.pdf) >. Acesso em: 08 ago. de 2021.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005. Acesso em 02 de março de 2021.

CUTOLO, L. R. A.; VERDI, M. I. M.; ROS, M. A. D. Atenção Primária da Saúde, Atenção Básica da Saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Governo de Santa Catarina: Oficina de Fortalecimento de AB**, 2014. Disponível em:< <https://saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/eventos-1/oficina-de-fortalecimento-de-ab/2-oficina/8509-atencao-primaria-da-saude-cutolo/file>>. Acesso em: 04 ago. de 2021.

CUTOLO, L. R. A.; VERDI, M. I. M.; ROS, M. A. D. Atenção Primária da Saúde, Atenção Básica da Saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Governo de Santa Catarina: Oficina 2 – Apostila Final**, 2014. Disponível em:< <https://saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/eventos-1/oficina-de-fortalecimento-de-ab/2-oficina/8581-apostila-oficina-2-fortalecimento-da-atencao-basica/file>>. Acesso em: 04 ago. de 2021.

DANTAS, R. A. S.; AGUILAR, O. M. Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de "campo de saúde". **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 51, p. 571-588, 1998. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/reben/a/qYwY7k7gDPV7vFsKfBFcgxF/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 12 ago. de 2021.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 669-681, 2006. Disponível em:< [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v11n3/30982.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v11n3/30982.pdf)>. Acesso em: 01 ago. de 2021.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 1 ago. de 2021.

FARIA, H. P.; COELHO, I. B.; AZEREDO, M.; WERNECK, F.; SANTOS, André M. **Modelo assistencial e atenção básica**. BH: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em:< <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3847.pdf> >. Acesso em: 23 jul. de 2020.

FERREIRA, A. G. et al. Participação social na saúde e o papel da enfermagem: aplicação do modelo ecológico. **Rev Fund Care Online**, v. 11, n. 5, p. 1360-7, 2019. Disponível em:< <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6905/pdf>>. Acesso em: 12 ago. de 2021.

FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 207-219, 2005. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/csc/a/bbhYjnxsdRvy44zvxfhNsF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 1 ago. de 2021.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015. Disponível em:< <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n6/1869-1878/pt>>. Acesso em: 30 set. de 2020.

FIGUEIREDO, E. N. de. A Estratégia Saúde da Família na atenção básica do SUS. **Bases de dados nacionais / Brasil / Recurso educacional aberto**. CVSP – Brasil. UNA-SUS | UNIFESP, 2012. Disponível em:< <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/una-169>>. Acesso em: 06 ago. de 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. **Campinas: Editora da Unicamp**, 1999. Disponível em:< [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45411955/PSF\\_CONTRADIES\\_DE\\_UM\\_PROGRAMA\\_DESTINADO\\_20160506-77542-1sd2lzi-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1628818037&Signature=KQ5JGkz-10yqvMicYqTmWkzPv7X13BL~H1fIBSPNN4RF0~SnHLpaYtZ79~wVENbz9TJ0rRbdgMqo3aUaCSbHIWK2oBGDAklys1AhpOkolb8v5F7zrv7Dg2~qyXIPmbrMLNA~~tA7QIsWWN1j5H1iUfDWflygfv7VDKNzJBIFChtrQgCncSh0PYbhlcj9O9WgGWyPBd-jR9MpB1APVDX9VYVv~zZ-kkZLbJyRrCI2CI1L3VAMt3NSc0McnfUDWRFiS0syEBacLDtLWUQw5shy2JAs6r3y8XLzcAQptHwl9Mjqf8DuVFjfgc1rAID8PB6H5Vc2VKXX1kAz94oA5SZIQ\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45411955/PSF_CONTRADIES_DE_UM_PROGRAMA_DESTINADO_20160506-77542-1sd2lzi-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1628818037&Signature=KQ5JGkz-10yqvMicYqTmWkzPv7X13BL~H1fIBSPNN4RF0~SnHLpaYtZ79~wVENbz9TJ0rRbdgMqo3aUaCSbHIWK2oBGDAklys1AhpOkolb8v5F7zrv7Dg2~qyXIPmbrMLNA~~tA7QIsWWN1j5H1iUfDWflygfv7VDKNzJBIFChtrQgCncSh0PYbhlcj9O9WgGWyPBd-jR9MpB1APVDX9VYVv~zZ-kkZLbJyRrCI2CI1L3VAMt3NSc0McnfUDWRFiS0syEBacLDtLWUQw5shy2JAs6r3y8XLzcAQptHwl9Mjqf8DuVFjfgc1rAID8PB6H5Vc2VKXX1kAz94oA5SZIQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)>. Acesso em: 12 ago. de 2021.

GIL, C. A. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. SP: Atlas, 2008.

GIL, C R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1171-1181, 2006. Disponível em:< <https://www.scielosp.org/article/csp/2006.v22n6/1171-1181/>>. Acesso em: 16 jan. de 2021.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde-a 'menina dos olhos' do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 881-892, 2011. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700020&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 jan. de 2020.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 392-399, 2008. In PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:< <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html> >. Acesso em: 23 jan. de 2020.

HARTZ, Z M. A. (Ed.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1997.

JÚNIOR, A. P.; JÚNIOR, L. C. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: <<http://files.tvs4.webnode.com/200000244-78e4379de1/Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 16 jan. de 2021.

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1915-1928, 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/1915-1928>>. Acesso em: 1 ago. de 2021.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M.; ALBUQUERQUE, G. M.; LIMA, C. M.; CAVALCANTE, T.; JAIME, P. C. e SILVA, Júnior J. B. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4301-4312, 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n11/4301-4312/>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1799-1809, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/9mXFmz3J8Y4qjjbKgk8VVVq/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 1 ago. de 2021.

MARQUES, H. et al. **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. Campo Grande: UCDB, 2006.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 44-50, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 03 ago. de 2021.

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 45, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 20 de ago. de 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2010, v. 15, n. 5, pp. 2297-2305. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>. Acesso em: 26 jul. de 2021.

\_\_\_\_\_. Desafios do SUS. In: **Desafios do SUS**. 2019. p. 869-869. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>>. Acesso em: 23 ago. de 2020.

\_\_\_\_\_. Uma agenda para a saúde. In: **Uma agenda para a saúde**. 1996. p. 300-300. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-176443>>. Acesso em: 11 ago. de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Indicadores: tipo de Estabelecimento. **DataSUS Centro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES Net [recurso online]**. Atualizado em 2021.

. Disponível em:<

[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=51&VMun=&VSubUni=&VComp=>](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=51&VMun=&VSubUni=&VComp=>). Acesso em: 11 abr. 2020.

MOREIRA, D. L. S.; BRESINSKI, M. R.; CANZIAN, C. A. T.; RIBEIRO, G.; PIOVEZAN, G. V. O.; NUNES, M. A. C. Política pública de transplante de órgãos no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, p. e5062, 18 dez. 2020. Disponível em:< <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5062/3487>>. Acesso em: 1 ago. de 2021.

MORETTI, N. Manual de Metodologia Científica – Como elaborar trabalhos acadêmicos. **União de Ensino Superior de Cafelândia**, 2008. Disponível em:< [https://www.unincor.br/images/arquivos/documentos\\_cgtcc/manual-elaboracao-trabalhos-academicos.pdf](https://www.unincor.br/images/arquivos/documentos_cgtcc/manual-elaboracao-trabalhos-academicos.pdf) >. Acesso em: 12 maio de 2020.

NASCIMENTO, E. P. L. et al. Dimensionamento como dispositivo de fortalecimento e consolidação da Estratégia de Saúde da Família no município Campinas. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 61, p. 4828-4837, 2021. Disponível em:< <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1183/1422>>. Acesso em: 04 ago. de 2021.

NEVES, U. Ministério da Saúde lança publicação com principais avanços e desafios dos últimos 16 anos. Saúde Pública. **Portal Pebmed**, 2019. Disponível em:< <https://pebmed.com.br/ministerio-da-saude-lanca-publicacao-com-principais-avancos-e-desafios-dos-ultimos-16-anos/> >. Acesso em: 1 ago. de 2021.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. SPE, p. 158-164, 2013. Disponível em:< [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700020&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700020&script=sci_arttext)>. Acesso em: 02 mar. de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. Cuidados primários de saúde. In: **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata**, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979. Disponível em:< [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>. Acesso em: 20 fev. de 2021.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. In: **Reforma Sanitária: trajetória e rumos do SUS**. Projeto de Formação em Cidadania para a Saúde do Cebes. RJ: CEBES, 2012. Disponível em:< <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6419/1/PAIM%20JS.%20Texto%20CEBES.pdf>>. Acesso em: 10 ago. de 2021.

\_\_\_\_\_. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: **Política e sistema de saúde no Brasil**. 2008. p. 547-573. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/modelos\\_de\\_atencao\\_a\\_saude\\_no\\_brasil\\_-\\_paim\\_0.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/modelos_de_atencao_a_saude_no_brasil_-_paim_0.pdf)>. Acesso em: 16 jan. de 2021.

\_\_\_\_\_, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Rio de Janeiro, 2011. Rio de Janeiro, Fiocruz, 21 **Slides**. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39645>>. Acesso em: 16 jan. de 2021.

PENN, L. D. et al. Interim report on the future provision of medical and allied services. **United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London: Her Majesty Stationery Offices**, 1920. Disponível em: <<https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>>. Acesso em: 21 fev. de 2021.

PEREIRA, M. F. V. Território e política: práxis invertidas e desafios da existência. **Soc. nat. (Online)**, Uberlândia, v. 23, n. 1, p. 95-104, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-45132011000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-45132011000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jan. de 2020.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. Hygeia, **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun./2006. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/651>>. Acesso em: 20 mar. de 2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL-MT. Legislação Municipal de Sapezal-MT. <https://leismunicipais.com.br/sistema-leis>. **Liz serviços online**. 2021. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/prefeitura/mt/sapezal>>. Acesso em: 12 mai. de 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL-MT. Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal-MT. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Sapezal-MT: SMS, 2016, 26pp.

REIS, J. R. F. Viver é influenciar: Mário Magalhães, sanitarismo desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960). **Tempo Social**, v. 27, p. 279-304, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ts/a/9H9WzJmYtNCGGMFnDHfTLPF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 out. de 2020.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. **Módulo Político Gestor**. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_4.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf). Acesso em, v. 20, 2012. Disponível em: <[https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_4.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf)>. Acesso em: 16 jan. de 2021.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. **Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família**. Revista de Enfermagem (online), v 32, n 2, junho 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 set. de 2020.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, p. 1027-1034, 2005. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FQGxm7s89ZQtmJHHXMgSYyg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 nov. de 2020.

SANAR. Modelos Assistenciais da Saúde. **Manual Prático para Concursos em Saúde: Saúde Coletiva e o Sistema de Saúde**. v 2. 2019. Disponível em:< <https://www.sanarsaude.com/portal/carreiras/artigos-noticias/tudo-sobre-modelos-assistenciais-da-saude>>. Acesso em: 9 nov. de 2020.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000300003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000300003&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 12 de jan. de 2020.

SANTOS, M. **O retorno do Território**. EM: OSAL: Observatório Social de América Latina. Ano 6 no. 16 (jun. 2005). Buenos Aires: CLACSO, 2005. – ISSN 1515-3282. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal16/D16Santos.pdf>. Acesso em: 15 mar. de 2020.

SILVA, E. S. da et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. s49-s60, 2010. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/KNnhNntdkYkkLtBG39Bw7rM/?lang=pt&format=pdf> >. Acesso em: 26 de out. de 2020.

SOARES, F. N. Implantação da Estratégia de Saúde da Família em município de pequeno porte no interior paulista. **Monografia de especialização**. MG: UFMG, 2012. Disponível em:< [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9DDFR4/1/monografia\\_f\\_bio\\_nardelli\\_soares.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9DDFR4/1/monografia_f_bio_nardelli_soares.pdf) >. Acesso em: 12 de ago. de 2021.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. r M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, p. 1325-1335, 2009. Disponível em < <https://www.scielo.org/article/csc/2009.v14suppl1/1325-1335/>>. Acesso em: 19 jan. de 2020.

SOUSA, M. F. et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 82-93, 2020. Disponível em:< <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/82-93/pt>>. Acesso em: 16 jan. de 2021.

SUCUPIRA, A. C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 4, n. 1, 2003. Disponível em:< <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/108> >. Acesso em: 20 jul. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em:< <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>>. Acesso em: 16 jan. de 2021.

SUMAR, N; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014. Disponível em:< <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/217/220>>. Acesso em: 16 jan. de 2021.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Edufba, 2006. Disponível em:< <http://me.precog.com.br/bc-texto/obras/teixeira-9788523209209.pdf> >. Acesso em: 16 de jan. de 2021.

TEIXEIRA, M. G. et al. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1819-1828, 2018. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/csc/a/qQCnB7Fb4w6NwYQrHFzbmPL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 1 ago. de 2021.

TEMPORÃO J G. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2010. Disponível em:< <https://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/Portaria%204279%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010%20-%20Redes%20de%20Ateno%20%20Sade.pdf>>. Acesso em 21 mai. 2020.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, abr. 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jan. de 2020.

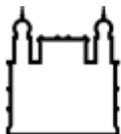
VIANA, A. L. D'A. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em:< <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33079>>. Acesso em: 12 jan. de 2020.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, p. 11-48, 1998. Disponível em:< [file:///C:/Users/andre\\_000/Downloads/A%20Reforma%20do%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20e%20o.pdf](file:///C:/Users/andre_000/Downloads/A%20Reforma%20do%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20e%20o.pdf)>. Acesso em: 05 ago. de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Carta de OTTAWA**. 2002. Disponível em:<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 4 nov. de 2020.

ZIGLAR, Z. **Automotivação e alta performance**. SP: MC, 2008.

## APÊNDICE A - Relatório Técnico Científico



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

### RELATÓRIO TÉCNICO CIENTÍFICO

#### IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NA CIDADE SAPEZAL – MT: UMA ANÁLISE DESCRITIVA.

Relatório Técnico Científico elaborado no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentado ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientador(a): Prof. Dr. Armando Martinho Bardou Raggio

Coorientadora: Profa. Dra. Kellen Cristina da Silva Gasque

Aluno: Silvio Roberto da Silva Menezes

Brasília-DF

2021

## 1 INTRODUÇÃO

Estudos demonstram que a Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil enfrentou dificuldades para ajustar-se à transposição a partir de um modelo com características tradicionais de atendimentos prevalentemente curativistas e hospitalocêntricos para a observância das orientações estabelecidas nos critérios e regras do Departamento Nacional de Atenção Básica e atualizações vigentes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Ainda havia mais ênfase na doença do que no indivíduo, mais foco no tratamento do que na prevenção e promoção da saúde.

O autor da pesquisa vivenciou este fato durante anos de prática profissional na Atenção Básica à Saúde, em distintos municípios da nação e notou que frequentemente existiam percalços na resolutividade das práticas de saúde como por exemplo: inadequação no planejamento e execução de atendimentos, territorialização incongruente e adscrições desproporcionais; várias situações decorrentes de passos iniciais de implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) que não haviam sido considerados.

Por isso, a finalidade deste relatório foi poder contribuir com um produto técnico que proporcionasse análise da qualidade do serviço conforme previsto no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e servisse como um norteador dos critérios básicos de implantação da APS a fim de melhorar a dinâmica de trabalho da saúde em Sapezal-MT.

A pesquisa intitulada **“Implantação da atenção primária à saúde (APS) na cidade Sapezal – MT: uma análise descritiva”** teve como objetivo geral analisar o processo de implantação da APS na cidade de Sapezal-MT, correlacionando as mudanças nas formas organizativas do sistema local de saúde.

Este documento será apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal-MT e contém metodologia, principais achados e recomendações que possibilitarão auxílio na esfera da APS do município.

## 2 METODOLOGIA

Este foi um estudo analítico-descritivo com método dedutivo. Seu início foi em setembro de 2020 através dos levantamentos: de conteúdo para o referencial teórico e de dados secundários coletados na prefeitura de Sapezal-MT. Em meados de abril de 2021 foi iniciada a análise de dados e inferência de resultados.

Intentou-se descrever o processo de desenvolvimento da implantação da APS no município realizando-se levantamentos de dados públicos: sobre a população através do informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e relatórios do Sistema de Informações do Beneficiário – SIB realizados no ano 2000; no tocante ao número de equipes e da cobertura populacional na época de implantação da APS (fontes: Secretaria de Saúde - relatórios de atendimento do ano 2000 fornecidos ao MS e CNES); acerca do planejamento estratégico vislumbrando o crescimento populacional futuro, buscado através das atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde – CMS e do Plano Municipal de Saúde - PMS da época.

Foram listados os recursos e serviços de saúde ofertados pelo município na época da pesquisa e foi construído um quadro histórico demonstrando as origens da estruturação da APS a fim de analisar como se encontrava o processo de implantação da APS no momento da investigação.

Buscou-se responder a algumas indagações norteadoras sobre: se houve a elaboração de um projeto para a implantação da APS; se o projeto de implantação da APS passou pela apreciação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde; se havia quantidade de equipes suficientes para atender as demandas locais; se houve uma melhora na cobertura da ESF no município; se melhorou a acessibilidade para a população local; se o número de equipes naquele momento era suficiente para o atendimento da demanda populacional; se as equipes da estratégia Saúde da Família (eSF) estavam com o quantitativo populacional adscrito dentro do estabelecido na PNAB 2017.

Não houve necessidade de submissão do material para um Comitê de Ética, por se tratar de pesquisa com base em análise bibliográfica e documental.

### 3 PRINCIPAIS RESULTADOS

Instalou-se em Sapezal-MT um grupo de iniciativa privada da área agrícola, por meio do qual foi paulatinamente sendo colonizada. Em 1994 deixou de pertencer a Campo Novo do Parecis-MT, tornando-se um município. Situada a oeste do Mato Grosso, possui área total de 13.500 km<sup>2</sup>. A estimativa do último censo demográfico de 2010 foi de que em 2020 a população seria de aproximadamente 26.000 habitantes<sup>85</sup>, apresentando como as principais fontes de renda foram: o agronegócio, funcionalismo público e privado.

Indicadores destacados: analfabetismo ao redor de 3,53%; faixa etária da população com 60% entre 15 a 59 anos de idade; Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios – IDHM igual a 0,732; índice de mortalidade infantil em 2017 era de 13,16 por mil nascidos vivos no município; 80% do lixo era coletado pelo menos 3 vezes na semana e destinado ao aterro sanitário<sup>86</sup>.

Achados sobre a estrutura urbana: aproximadamente 80% de ruas da cidade são asfaltadas; 85% das casas foram construídas com alvenaria ou material similar; 70% dos domicílios possuem ligação à rede de água potável; 40% deles contendo esgotamento sanitário adequado. Há quadras de esportes espalhadas pela cidade, algumas academias ao ar livre e pista de caminhada<sup>86</sup>.

Os recursos e serviços de saúde proporcionados pelo município para atender às necessidades da população durante a pesquisa foram:

- 05 UBS's com eSF, mais uma ainda em construção;
- 01 Centro de Reabilitação (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Nutrição), vinculado a atenção primária de saúde do município;
- 01 Centro de Especialidades Médicas (ginecologia, pediatria, ortopedia, oftalmologia, cardiologia, neurologia), que atende também como unidade básica, sendo referência para pacientes indígenas e de áreas rurais do município;
- 01 Centro de Convivência do Idoso;
- 01 Unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- 01 Farmácia municipal;
- 01 Laboratório municipal;
- 01 Centro de diagnóstico por imagem (terceirizado);

- 01 Hospital filantrópico (conveniado);
- 04 Unidades de atenção à saúde indígena (postos avançados com um ACS local);
- 01 Central de regulação Médica;
- 01 Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel para remoção de pacientes graves;
- 03 Unidades de Transporte Rápido (UTR);
- 01 Ônibus para transporte de pacientes que necessitam de interconsultas com especialistas em falta na cidade;
- 01 VAN para transporte de pacientes (principalmente para as sessões de hemodiálise);
- 01 Unidade móvel para atendimento odontológico.

O quadro 1 mostra o percurso histórico de importantes eventos relacionados à área da saúde do município de Sapezal-MT:

**Quadro 1** - Trajetória histórica das realizações na área da saúde em Sapezal-MT.

<b>Datas</b>	<b>Criação de Legislações, Políticas de Saúde, Eventos e Instituições</b>
<b>1997</b>	De acordo com a Lei 6/97 de 20 de janeiro de 1997, revogado pela lei 1169/2014, foi criado o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Sapezal-MT.
<b>2000</b>	Através da Lei 152/2000, o município de Sapezal autorizou o auxílio financeiro, bem como cedeu bens imóveis para a Associação Hospitalar de Sapezal, com o objetivo de criar uma unidade hospitalar no município, tendo como contrapartida o atendimento à população local em nível hospitalar (Cota de atendimentos preestabelecida em contrato e em lei municipal). Mensalmente o hospital deveria prestar os seguintes serviços: 70 consultas, 30 internamentos; 20 cirurgias (parto, cesárea, laqueadura e procedimentos de emergência); 30 atendimentos de PS, até 50 atendimentos de fisioterapia, 20 inalações (pessoas carentes nos finais de semana e feriados).

<b>2001</b>	Neste mesmo ano foi cadastrada a primeira UBS do município, construída em 10/03/2001, mas cadastrada no CNES em 29/09/2003, e foi denominada Unidade de Saúde I.
<b>2002</b>	Em 05/01/2002 foi construída a Unidade 2, que neste momento supriam as necessidades de saúde do município, tendo em vista contar com uma população de cerca de 8 mil habitantes (DATASUS). Esta unidade foi cadastrada somente em 29/09/2003 no CNES.
<b>2003</b>	Criação do primeiro Hospital na cidade que tinha característica de uma instituição Filantrópica, batizado com o nome de Hospital e Maternidade Renato Sucupira. Cadastrado no CNES em 2003. E rebatizado em 2018 com o nome de Hospital Santa Marcelina, em virtude da parceria firmada com esta instituição para seguir administrando a unidade hospitalar.
<b>2004</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Foi construída a Unidade de Saúde III, visto que a população local começou a crescer e a demanda por consultas médicas também;</li><li>- Foi inaugurado o Centro de Especialidades/UBS denominado “Centro de Saúde Marcelo Mecca Seidler), cadastrado no CNES em 03/03/2004, com a finalidade de oferecer à população local consultas com alguns especialistas, evitando assim, que os usuários precisassem sair da cidade para realizar consultas. Nesta unidade começou a se oferecer consultas nas áreas de ginecologia, psiquiatria, cirurgia geral, anestesia, pediatria e cardiologia;</li><li>- Foi construído e inaugurado neste mesmo ano o Centro de Reabilitação, proporcionando desta forma, um novo leque de serviços de atenção primária à população local (fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, nutrição);</li><li>- A Prefeitura adquiriu uma unidade móvel odontológica com a finalidade de chegar até às fazendas mais distantes, oferecendo não apenas atendimentos odontológicos, mas em alguns momentos, atendimento médico e promoção de saúde aos trabalhadores destas fazendas.</li></ul>

<b>2008</b>	Como o município está localizado dentro de uma área com a presença de várias tribos indígenas, foram criadas várias pequenas unidades (com equipe de saúde reduzida) dentro de algumas tribos para facilitar o acesso e reduzir o número de indígenas sem cuidados da Atenção Primária à Saúde (2008, 2009, 2012).
<b>2012</b>	Contando com população acima de 10 mil habitantes, foi inaugurada a UBS IV (Unidade de Saúde Diana Auxiliadora Gonzales); Também foi criada a Central de Regulação do Município, para poder regular o acesso dos usuários não apenas aos especialistas, mas também aos níveis secundários e terciários da saúde da população local.
<b>2014</b>	Com o propósito de melhorar o acesso da população às medicações da Relação Municipal de Medicamentos – REMUME, a Prefeitura inaugurou a Farmácia Municipal; Uma nova unidade de saúde indígena foi inaugurada; Pela Lei municipal 1116/2014 – Foi aprovada e sancionada a construção de uma nova unidade de saúde, que se chamaria “Marlena Webler”.
<b>2015</b>	Devido ao aumento dos casos de acidentes pessoais (Trabalho, Trânsito e outros), foi criada uma unidade de emergência (SAMU); Foram inauguradas mais 02 unidades de saúde indígena.
<b>2016</b>	Quando a população chegava a aproximadamente 20 mil habitantes, foi inaugurada a unidade de saúde V Marlena Webler. Cadastrada no CNES em 21/06/2016; Pelo Decreto 89/2016 foi aprovado o Plano Municipal de Saúde.
<b>2018</b>	Começou a construção de uma nova unidade de saúde no município. Pela lei 1403/2018 – as Unidades de Saúde I, II e III passaram a ser denominadas como unidades de Estratégia de Saúde da Família.

Adaptado<sup>88-89</sup>.

#### 4 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

Até a data de levantamento de dados desta pesquisa, dentre as cinco unidades de saúde do município, quatro possuíam assistência odontológica, três eram unidades de ESF e uma unidade de atendimento às populações das áreas Rural e Indígena,

além de abrigar o atendimento de outras especialidades (Centro de Especialidades). Em 2018 foi iniciada a construção de uma nova unidade de saúde que em 2020 foi cadastrada no CNES como UBS VI Rozemari Linde Sachetti<sup>90</sup>, demonstrando que o município tinha um potencial de melhorias no que se referia à saúde local e que com um bom planejamento poderia alcançar uma cobertura da assistência de 100% dos seus usuários.

Também foi possível destacar o investimento na melhoria dos equipamentos de saúde do município, uma vez que novos serviços foram sendo oferecidos à população local, além disso, na própria proposta de plano municipal de saúde destacava-se a necessidade de avanços em vários aspectos da saúde dos seus usuários e trabalhadores da saúde (educação permanente).

Com relação à evolução na quantidade de atendimentos realizados pelas UBSFs, houve uma melhoria, como se pode demonstrar através dos relatórios apresentados pela Secretária Municipal de Saúde. Infelizmente como não havia um sistema de registro adequado, estes relatórios foram construídos apenas a partir de 2011.

Alguns aspectos positivos do município, já demonstrados na literatura como fomentadores da construção de uma APS orientada para a comunidade<sup>57</sup> foram: o desenvolvimento urbano com estruturação planejada de bairros, ampla pavimentação das vias, casas maiormente construídas em alvenaria, locais públicos destinados a atividade física e lazer<sup>86</sup>.

Com relação às fragilidades foi possível descrever alguns itens que a presente pesquisa constatou no decorrer do seu desenvolvimento:

- A falta de um plano que pudesse demonstrar qual era exatamente o modelo de assistência à saúde escolhido pelo município para oferecer a sua população;
- Não havia um quantitativo de população adscrita por unidade, ou algum critério estabelecido para a adscrição dos usuários por unidade de saúde, tendo em vista a comprovação de que algumas unidades ultrapassavam inclusive o estabelecido pela PNAB 2017;
- A falta de alguns equipamentos de saúde, como a presença de CAPS no município, apontava para uma deficiência referente ao cuidado mais pontual daqueles usuários que eram portadores de alguns distúrbios mentais, ou psiquiátricos;

- Também o fato de que o município geograficamente se encontrava distante do município polo (Tangara da Serra – 260Km) e distando cerca de 500 km da capital Cuiabá, dificultando o acesso dos usuários ao atendimento na atenção secundária e terciária.

## 5 CONCLUSÕES

Foi possível descrever o processo de implantação da APS apenas de forma limitada, uma vez que por questões logísticas e situações inerentes ao processo pandêmico mundial ainda em vigor, não foi possível coletar dados imprescindíveis sobre a prestação de serviços e as formas de cuidado. Todavia foram descritas informações acerca do sistema de serviços ofertado em Sapezal-MT na área de infraestrutura, gestão, organização e financiamento.

A implantação da APS em Sapezal-MT foi comparada com os municípios de Altinópolis-SP<sup>82</sup>, Unaí-MG<sup>71</sup>, alguns municípios do Nordeste e Sul situados nos Estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina<sup>84</sup>, e ainda com Campinas, e as dificuldades apontadas nestes municípios associadas à implantação da APS apresentaram algumas similaridades relacionadas às dificuldades encontradas no decorrer deste processo de implantação.

Não foram encontrados documentos que:

1º) Mostrassem o estabelecimento antecipado de critérios fundamentais para divisão das áreas e microáreas dentro do município;

2º) Evidenciassem se foi seguida a sequência de passos estabelecidos pela PNAB para a implantação da APS, ou qual modelo foi escolhido para a implantação, no que se refere aos cuidados em saúde dos cidadãos sapezalenses;

3º) Relatassem sobre a introdução da proposta de implantação da Estratégia Saúde da Família – ESF<sup>49</sup> através de debates (fóruns) e divulgações sobre as vivências em outras cidades, ou encontrados registros escritos acerca de uma reunião específica que explicasse como a população, os gestores, políticos, colaboradores da saúde se conscientizaram sobre os conceitos da ESF como uma estratégia de reorganização da atenção básica;

4º) Registrassem um Projeto prévio de Implantação que estivesse baseado nos princípios básicos da ESF.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTAS**

Algumas sugestões de melhoria no processo de implantação da APS em Sapezal-MT foram:

- Elaborar um histórico detalhado sobre o modo como se deu o processo de implantação da ESF no município de Sapezal-MT, buscando resgatar documentos (não encontrados nessa pesquisa) que possam demonstrar se o passo a passo foi cumprido verificando efetivamente a trajetória da mudança do modelo assistencial. E que seja um documento educativo acessível para todos os profissionais e usuários;
- Definir em um projeto escrito o modelo assistencial escolhido, considerando a ESF como uma estratégia principal de implantação para todas as equipes atuantes no município, levando em conta a opinião dos profissionais da saúde e da população usuária dos serviços de saúde, CMS, através de movimentos de discussão e de esclarecimento sobre os modelos possíveis a serem utilizados pelo município;
- Efetivar uma Política de Educação Permanente em Saúde da Família para todos os trabalhadores da saúde, como um objetivo a ser cumprido a curto prazo, com a finalidade de que todos sejam preparados dentro do modelo escolhido;
- Criar um CAPS no município, não somente com a finalidade de ampliar a rede de serviços, mas também de proporcionar aos usuários que necessitem deste serviço, uma atenção mais qualificada e específica;
- Fazer uma nova territorialização e adscrição dos usuários dentro do município, levando em conta as áreas de maior vulnerabilidade e o quantitativo sugerido pela PNAB 2017 para cada equipe de UBS e ou UBSF;
- Com base nesta reavaliação, sugere-se realizar estudo para redistribuição das unidades, de maneira que estas estejam dentro das suas áreas de abrangência e com facilidade de acesso aos seus usuários (distância entre

uma unidade e outra), considerando que o município cresceu e precisa se readequar;

- Levando em conta os dados do IBGE sobre o esgotamento sanitário do município onde indicava que apenas 40% dos domicílios apresentavam acesso ao serviço, criar e implementar um novo projeto intersetorial que amplie esta rede, visto que este é um dado importante para a saúde da população, ou caso já tenha havido esta ampliação, que os dados sejam atualizados;

## ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA



### **PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL** **ESTADO DE MATO GROSSO** CNPJ 01.614.225/0001-09

Sapezal/MT, 23 de Março de 2021.

#### **TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade de Sapezal – MT: uma análise sócia histórica", sob a coordenação e a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Dr Silvio Roberto da Silva Menezes, permitindo desta forma o uso de informações e dados desta Secretária, necessário para a conclusão da referida pesquisa, e assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nessa instituição, no período de 08/03/2021 a 15/06/2021, após a devida aprovação por esta Secretaria.

Atenciosamente,

  
**RALPH NEVES LIMA**

Secretário Municipal de Saúde de Sapezal

**Ralph Neves Lima**  
Secretário de Saúde  
Portaria 820/2019

## ANEXO B - RELATÓRIOS DE CONSULTA SINTÉTICO POR UNIDADE



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL

### Relatório de Consulta Sintético por Unidades

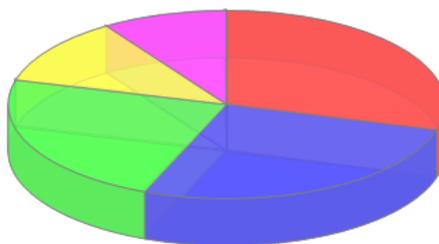
Filtros: Data Inicial: 01/01/2011 Data Final: 31/12/2011

Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59

Consulta Básicas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados

Unidade	Quantidade	%
4-1 PSF I SAPEZAL SAPEZAL	2.998	29,42 %
11-1 PSF II SAPEZAL SAPEZAL	2.720	26,69 %
10-1 PSF III SAPEZALSAPEZAL	2.354	23,10 %
2-1 CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER	1.174	11,52 %
7-1 UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL	943	9,25 %
18-1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL	1	0,01 %
71-1 HOSPITAL GERAL UNIVERSITARIO - CUIABA	1	0,01 %
<b>Total Geral..:</b>	<b>10.191</b>	

#### Relatório de Consulta Sintético - por Unidade de saúde



● PSF I SAPEZAL SAPEZAL=2998	● PSF II SAPEZAL SAPEZAL=2720	● PSF III SAPEZALSAPEZAL=2354
● CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER=1174		
● UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL=943		
● SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL=1	● HOSPITAL GERAL UNIVERSITARIO - CUIABA=1	



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL

### Relatório de Consulta Sintético por Unidades

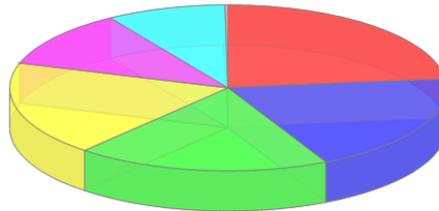
Filtros: Data Inicial: 01/01/2012 Data Final: 31/12/2012

Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59

Consulta Básicas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados

Unidade	Quantidade	%
11-1 PSF II SAPEZAL SAPEZAL	8.309	23,32 %
10-1 PSF III SAPEZALSAPEZAL	6.869	19,28 %
4-1 PSF I SAPEZAL SAPEZAL	6.702	18,81 %
2-1 CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER	6.566	18,43 %
7-1 UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL	3.965	11,13 %
145-1 UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA	3.152	8,85 %
18-1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL	72	0,20 %
<b>Total Geral...:</b>	<b>35.635</b>	

### Relatório de Consulta Sintético - por Unidade de saúde



● PSF II SAPEZAL SAPEZAL=8309	● PSF III SAPEZALSAPEZAL=6869	● PSF I SAPEZAL SAPEZAL=6702
● CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER=6566		
● UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL=3965		
● UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA=3152		
● SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL=72		



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL

### Relatório de Consulta Síntico por Unidades

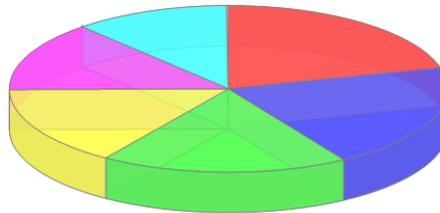
Filtros: Data Inicial: 01/01/2013 Data Final: 31/12/2013

Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59

Consulta Básicas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados

Unidade	Quantidade	%
11-1 PSF II SAPEZAL SAPEZAL	7.997	20,91 %
4-1 PSF I SAPEZAL SAPEZAL	7.754	20,28 %
10-1 PSF III SAPEZALSAPEZAL	6.986	18,27 %
145-1 UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA	5.885	15,39 %
2-1 CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER	5.175	13,53 %
7-1 UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL	4.393	11,49 %
18-1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL	51	0,13 %
<b>Total Geral..:</b>	<b>38.241</b>	

#### Relatório de Consulta Síntico - por Unidade de saúde



● PSF II SAPEZAL SAPEZAL=7997	● PSF I SAPEZAL SAPEZAL=7754	● PSF III SAPEZALSAPEZAL=6986
● UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA=5885		
● CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER=5175		
● UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL=4393		
● SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL=51		



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL

**Relatório de Consulta  
Síntico por Unidades**

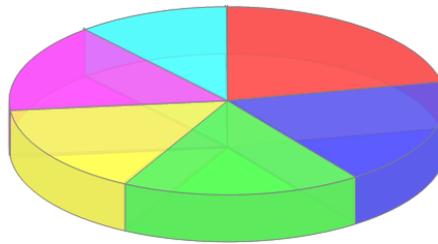
Filtros: Data Inicial: 01/01/2014 Data Final: 31/12/2014

Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59

Consulta Básicas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados

Unidade	Quantidade	%
11-1 PSF II SAPEZAL SAPEZAL	8.160	21,79 %
145-1 UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA	6.833	18,25 %
2-1 CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER	6.641	17,74 %
4-1 PSF I SAPEZAL SAPEZAL	5.840	15,60 %
10-1 PSF III SAPEZALSAPEZAL	5.736	15,32 %
7-1 UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL	4.206	11,23 %
18-1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL	26	0,07 %
124-1 CREADA - CBA	1	0,00 %
<b>Total Geral..:</b>	<b>37.443</b>	

**Relatório de Consulta Síntico - por Unidade de saúde**



● PSF II SAPEZAL SAPEZAL=8160	● UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA=6833
● CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER=6641	● PSF I SAPEZAL SAPEZAL=5840
● PSF III SAPEZALSAPEZAL=5736	● UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL=4206
● SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL=26	● CREADA - CBA=1



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL

### Relatório de Consulta Sintético por Unidades

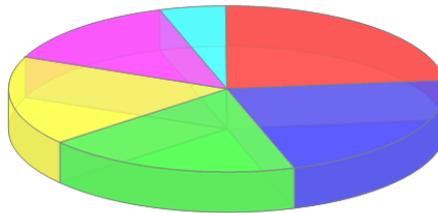
Filtros: Data Inicial: 01/01/2015 Data Final: 31/12/2015

Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59

Consulta Básicas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados

Unidade	Quantidade	%
2-1 CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER	7.196	23,39 %
145-1 UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA	6.655	21,63 %
4-1 PSF I SAPEZAL SAPEZAL	5.798	18,84 %
11-1 PSF II SAPEZAL SAPEZAL	5.364	17,43 %
10-1 PSF III SAPEZALSAPEZAL	4.227	13,74 %
7-1 UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL	1.503	4,88 %
18-1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL	28	0,09 %
<b>Total Geral..:</b>	<b>30.771</b>	

#### Relatório de Consulta Sintético - por Unidade de saúde



● CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER=7196	● PSF I SAPEZAL SAPEZAL=5798
● UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA=6655	● PSF II SAPEZAL SAPEZAL=5364
● PSF III SAPEZALSAPEZAL=4227	● UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL=1503
● SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL=28	



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL

### Relatório de Consulta Sintético por Unidades

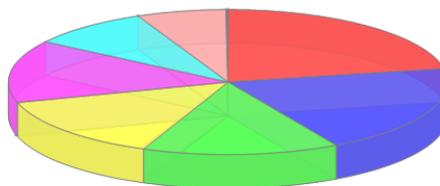
Filtros: Data Inicial: 01/01/2016 Data Final: 31/12/2016

Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59

Consulta Básicas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados

Unidade	Quantidade	%
2-1CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER	8.621	22,04 %
11-1PSF II SAPEZAL SAPEZAL	7.736	19,77 %
4-1PSF I SAPEZAL SAPEZAL	5.664	14,48 %
10-1PSF III SAPEZALSAPEZAL	5.535	14,15 %
145-1UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA	5.456	13,95 %
7-1UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL	3.477	8,89 %
282-1UNIDADE V DE SAUDE DA FAMILIA MARLENA WEBLER	2.574	6,58 %
18-1SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL	59	0,15 %
<b>Total Geral..:</b>	<b>39.122</b>	

#### Relatório de Consulta Sintético - por Unidade de saúde



● CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER=8621	● PSF II SAPEZAL SAPEZAL=7736
● PSF I SAPEZAL SAPEZAL=5664	● PSF III SAPEZALSAPEZAL=5535
● UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA=5456	
● UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL=3477	
● UNIDADE V DE SAUDE DA FAMILIA MARLENA WEBLER=2574	
● SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL=59	



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL

### Relatório de Consulta Sintético por Unidades

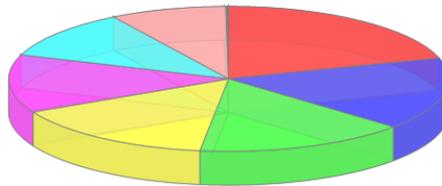
Filtros: Data Inicial: 01/01/2017 Data Final: 31/12/2017

Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59

Consulta Básicas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados

Unidade	Quantidade	%
2-1 CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER	8.346	20,37 %
11-1 PSF II SAPEZAL SAPEZAL	6.616	16,15 %
10-1 PSF III SAPEZALSAPEZAL	6.379	15,57 %
4-1 PSF I SAPEZAL SAPEZAL	6.292	15,36 %
282-1 UNIDADE V DE SAUDE DA FAMILIA MARLENA WEBLER	5.303	12,94 %
145-1 UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA	4.450	10,86 %
7-1 UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL	3.507	8,56 %
18-1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL	78	0,19 %
<b>Total Geral..:</b>	<b>40.971</b>	

#### Relatório de Consulta Sintético - por Unidade de saúde



● CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER=8346	● PSF II SAPEZAL SAPEZAL=6616
● PSF III SAPEZALSAPEZAL=6379	● PSF I SAPEZAL SAPEZAL=6292
● UNIDADE V DE SAUDE DA FAMILIA MARLENA WEBLER=5303	
● UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA=4450	
● UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL=3507	
● SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL=78	



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL

### Relatório de Consulta Sintético por Unidades

Filtros: Data Inicial: 01/01/2018 Data Final: 31/12/2018

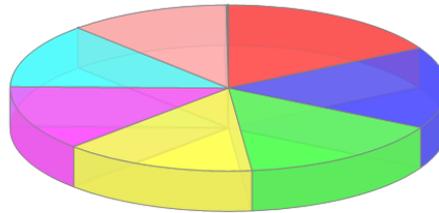
Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59

Convênios: 1-1 ? SUS

Consulta Básicas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados

Unidade	Quantidade	%
282-1 UNIDADE V DE SAUDE DA FAMILIA MARLENA WEBLER	8.483	16,99 %
7-1 UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL	7.938	15,90 %
2-1 CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER	7.689	15,40 %
4-1 PSF I SAPEZAL SAPEZAL	7.115	14,25 %
10-1 PSF III SAPEZALSAPEZAL	6.357	12,73 %
145-1 UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA	6.305	12,63 %
11-1 PSF II SAPEZAL SAPEZAL	5.959	11,93 %
18-1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL	83	0,17 %
<b>Total Geral..:</b>	<b>49.929</b>	

#### Relatório de Consulta Sintético - por Unidade de saúde



● UNIDADE V DE SAUDE DA FAMILIA MARLENA WEBLER=8483
● UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL=7938
● CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER=7689
● PSF I SAPEZAL SAPEZAL=7115
● PSF III SAPEZALSAPEZAL=6357
● UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA=6305
● PSF II SAPEZAL SAPEZAL=5959
● SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL=83



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPEZAL

### Relatório de Consulta Sintético por Unidades

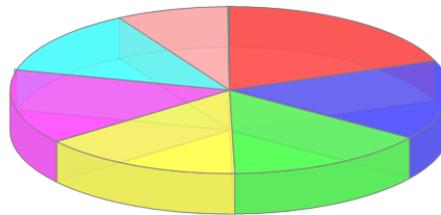
Filtros: Data Inicial: 01/01/2019 Data Final: 31/12/2019

Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59

Consulta Básicas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados

Unidade	Quantidade	%
2-1 CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER	11.385	19,27 %
4-1 PSF I SAPEZAL SAPEZAL	9.111	15,42 %
7-1 UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL	8.818	14,93 %
11-1 PSF II SAPEZAL SAPEZAL	8.761	14,83 %
282-1 UNIDADE V DE SAUDE DA FAMILIA MARLENA WEBLER	8.548	14,47 %
10-1 PSF III SAPEZALSAPEZAL	7.504	12,70 %
145-1 UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA	4.877	8,26 %
18-1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL	73	0,12 %
<b>Total Geral..:</b>	<b>59.077</b>	

#### Relatório de Consulta Sintético - por Unidade de saúde



● CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER=11385	● PSF I SAPEZAL SAPEZAL=9111
● UNIDADE DESCENTRALIZADA REABILITACAO SAPEZAL=8818	● PSF II SAPEZAL SAPEZAL=8761
● UNIDADE V DE SAUDE DA FAMILIA MARLENA WEBLER=8548	● PSF III SAPEZALSAPEZAL=7504
● UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA G DE ALMEIDA=4877	
● SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAPEZAL=73	

## ANEXO C - Cadastros por equipe de eSF no município de Sapezal-MT.

CADASTROS POR EQUIPE DE eSF no município de Sapezal-MT

CNES ↓	Nome UBS ↓	2018 Q1 ↓	2018 Q2 ↓	2018 Q3 ↓	2019 Q1 ↓	2019 Q2 ↓	2019 Q3 ↓	2020 Q1 ↓	2020 Q2 ↓	2020 Q3 ↓
0267279	UNIDADE VI DE SAUDE ROZEMARI LINDE SACHETTI	0	0	0	0	0	0	0	0	84
2472678	CENTRO DE SAUDE MARCELO MECCA SEIDLER	315	302	306	0	0	0	0	0	0
2812622	PSF I SAPEZAL SAPEZAL	1.271	1.650	1.870	2.217	2.612	2.764	3.308	3.414	3.474
3398242	PSF III SAPEZALSAPEZAL	2.157	2.845	3.403	3.857	4.261	4.466	4.950	4.773	5.058
4070224	PSF II SAPEZAL SAPEZAL	2.487	2.547	2.624	2.820	2.746	2.915	3.243	3.397	3.482
7037295	UNIDADE DE SAUDE IV DIANA AUXILIADORA GONZALES DE ALMEIDA	345	893	1.162	1.422	1.677	1.970	2.320	2.209	2.563
7995458	UNIDADE V DE SAUDE DA FAMILIA MARLENA WEBLER	2.142	2.650	2.829	3.166	3.313	3.389	3.514	3.330	3.509

<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>

Ministério da Saúde 2018. [Departamento de Saúde da Família](#) em 22/06/2021

ANEXO D – Plano Municipal de Saúde 2018-2021



**Prefeitura Municipal de Sapezal**  
**Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

# PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

## 2018-2021





**Prefeitura Municipal de Sapezal**  
**Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

**PREFEITO MUNICIPAL**

**VALCIR CASAGRANDE**

**VICE PREFEITO**

**JOÃO CESÁR BORGES MAGGI**

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**MARCOS ROBERTO LUCIANO**

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**JEFERSON MARCIO BARBIERO**

**EQUIPE DE ELABORAÇÃO**

**CLAUDILENE SOLANO**

**KEISA CAMACHO BALDUINO MARCELINO**

**GISELE RODRIGUES DA SILVA VIEIRA**





## **Prefeitura Municipal de Sapezal** **Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

### **SUMÁRIO**

- 1 Introdução
- 2 Aspectos Demográficos do Município
- 3 Caracterização do Município
- 4 Organização dos Serviços
- 5 Recursos Financeiros
- 6 Definição das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
- 7 Projetos e Metas
- 8 Conclusão





## **Prefeitura Municipal de Sapezal** **Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

### **INTRODUÇÃO**

O presente Plano Municipal de Saúde de Sapezal terá vigência nos anos de 2018-2021 tendo como princípio básico ampliação da qualidade dos atendimentos aos usuários do sistema, buscando soluções e alternativas que integrem os anseios da demanda atendida.

A Secretaria Municipal de Saúde buscando a constante melhoria da Política Municipal de Saúde, visando à qualidade e a humanização, apresenta neste plano as inovações necessárias para o cumprimento de nosso objetivo.

Este instrumento, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/90, consolida o processo de planejamento, fornecendo subsídios para a Programação Pactuada Integrada e para a proposta orçamentária anual para a área de saúde.

O Município de Sapezal no setor da saúde a partir do processo de implantação do Programa de Saúde da Família possibilita a melhoria das condições de saúde e contribui para a qualidade de vida da população sapezalense.

No intuito de chegar ao conhecimento de todos, sintetizamos as propostas e atividades neste Plano Municipal de Saúde, que contém informações gerais do quadro de metas e plano anual de saúde.

Reafirmamos que este Plano Municipal de Saúde é um instrumento de consulta e avaliações periódicas de trabalho a ser executado pela Secretaria Municipal de Saúde.





## **Prefeitura Municipal de Sapezal** **Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

### ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO MUNICÍPIO

**Município:** Sapezal

**Código IBGE:** 5107875

**Microrregião de Saúde de:** Médio Norte Mato-grossense

**Escritório Regional de Saúde de:** Tangará da Serra

**Prefeito Municipal:** Valcir Casagrande

**Endereço da Prefeitura Municipal:** Av. André Antônio Maggi, 1400.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 78.356-000

**Tel.** 3383-4500

**Secretário Municipal de Saúde:** Marcos Roberto Luciano

**Endereço da Secretaria Municipal de Saúde:** Av. Lions Internacional, 1789

**Bairro Jardim Ipê**

**CEP:** 78.365-000

**Tel.:** 3383-0200

**Email:** saude@sapezal.mt.gov.br

### CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

A formação do núcleo urbano de Sapezal está ancorada numa proposta de colonização do Sr. André Antonio Maggi, que foi desbravador do município e deu esta denominação à cidade em referência ao Rio Sapezal. O rio Sapezal deságua no rio Papagaio, pela margem esquerda, que por sua vez joga suas águas no Juruena. O sapé, que dá nome ao rio, é planta da família das gramíneas, conhecida por sua propriedade de servir de cobertura. Histórico: O território de Sapezal foi amplamente cortado por viajantes e aventureiros a partir do séc. XVIII. Passou pela região a expedição de Marechal Cândido Rondon que instalou a linha telegráfica cortando o Brasil. Mas, a Colonização só veio a partir da abertura da fronteira agrícola Mato-grossense. As distâncias entre as fazendas variavam de 40 a até

5





## **Prefeitura Municipal de Sapezal** **Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

100 km. As estradas que ligavam as fazendas umas às outras eram, na verdade, picadas abertas no cerrado pelos próprios colonos, o que dificultava a formação de um centro de maior povoamento. Os pioneiros foram colonos sulistas, a maior parte vinda do Norte do Rio Grande do Sul, Oeste de Santa Catarina e oeste do Paraná que chegaram nas décadas de 70 e 80. Citamos alguns: Paulino Abatti, Ricardo Roberto, Arno Schneider, Ademar Rauber, Eriberto DalMaso, Elenor DalMaso, Írio DalMaso, Mauro Paludo, Família Scariote e outros.

### **Data de Instalação**

A Lei de número 6.534, de 19 de setembro de 1994, de autoria dos deputados Antônio Joaquim e Jaime Muraro, sancionada por Júlio Campos, criou o município de Sapezal. Nas eleições de 03 de outubro de 1996, foi eleito André Antônio Maggi, como primeiro prefeito de Sapezal com 98% dos votos.

### **Dependência Genealógica**

O Município de Cuiabá deu origem ao Município de Nossa Senhora da Conceição do Alto Araguaia Diamantino (Diamantino), que deu origem ao Município de Campo Novo do Parecis, do qual originou-se o Município de Sapezal.

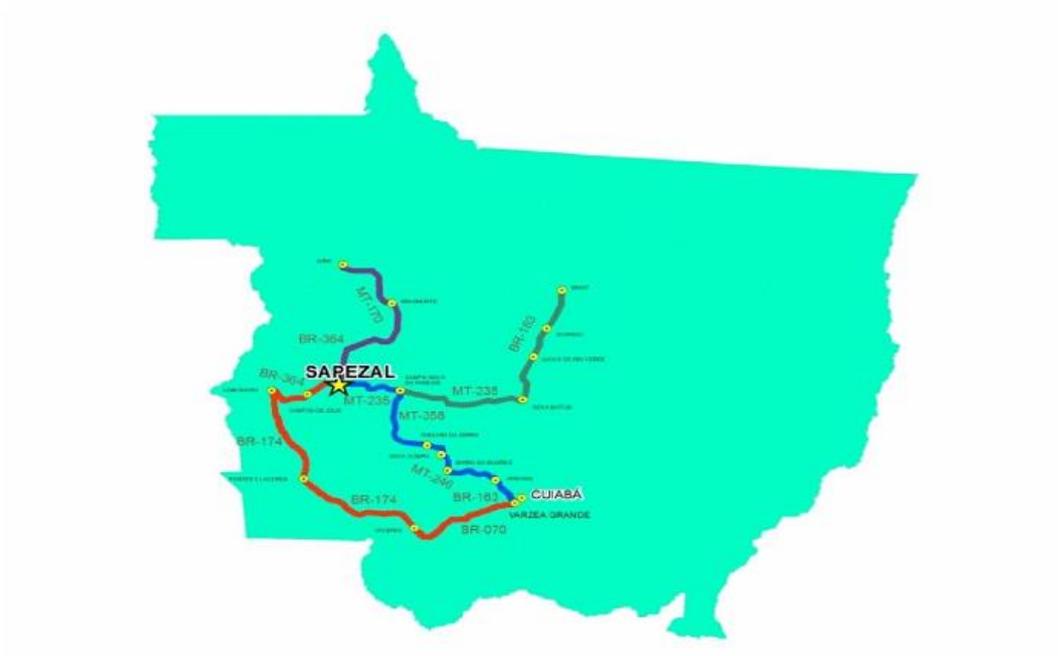
### **Localização**

Localizado na latitude sul 13º 32' 48", longitude oeste 58º 48' 55", na Mesorregião 127, Microrregião de Parecis (Nº04), Chapada dos Parecis, médio norte do Estado do Mato Grosso, região Centro-Oeste do Brasil. O município de Sapezal possui hoje uma área de 13.696 km<sup>2</sup>, sendo 4.934 Km<sup>2</sup> de área indígena. Está a uma altitude de 561 metros acima do nível do mar, e localiza-se a 515 km da capital do Estado, Cuiabá.





## Prefeitura Municipal de Sapezal Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal





## **Prefeitura Municipal de Sapezal** **Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

### **A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

O Sistema Municipal de Saúde de Sapezal está estruturado com os estabelecimentos abaixo relacionados:

- Secretaria Municipal de Saúde;
- Central Municipal de Regulação;
- Vigilância Ambiental;
- Vigilância Sanitária;
- Unidade Descentralizada de Reabilitação – UDR;
- Farmácia Municipal;
- Laboratório Municipal;
- Centro de Saúde Marcelo Mecca Seidler;
- Unidade I de Saúde da Família;
- Unidade II de Saúde da Família Bonifácio Sachetti;
- Unidade III de Saúde da Família;
- Unidade de Saúde IV Diana Auxiliadora Gonzales de Almeida;
- Unidade V de Saúde da Família Marlena Webler;
- SAMU – 192;
- Conselho Municipal de Saúde





## Prefeitura Municipal de Sapezal Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

### RECURSOS FINANCEIROS

O Financiamento é de responsabilidade das três esferas de gestão, ou seja, de responsabilidade do Governo Federal, Governo Estadual e Governo Municipal. A Lei Complementar 141/2012 que regulamentou o art. 198 da Constituição Federal, trata em seus artigos 5º (União), 6º (Estados e Distrito Federal) e 7º (Municípios e Distrito Federal) das bases de cálculo e aplicações mínimas em ações e serviços.

No entanto, é histórico o investimento muito acima do mínimo constitucional nos municípios, uma vez que é este ente que abriga o usuário, e que acaba sendo responsabilizado e arcado com toda diferença no financiamento das ações de saúde.

Os recursos financeiros em saúde são divididos em blocos de financiamento:

- Atenção Básica – Componentes: piso da atenção básica fixo (PAB fixo); piso da atenção básica variável (PAB variável);
- Média e alta complexidade - Componentes: teto financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar;
- Vigilância em Saúde – Componentes: Piso fixo da vigilância e promoção da saúde; vigilância sanitária;
- Assistência farmacêutica – Componentes: básico da assistência farmacêutica;
- Gestão do SUS – Componentes: qualificação da gestão do SUS; implantação de ações e serviços de saúde;
- Investimentos na rede de serviços de saúde – Componentes: composto por recursos financeiros a serem transferidos, mediante repasse regular e automático, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde.



**Prefeitura Municipal de Sapezal**  
**Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

**Recursos Financeiros por Blocos de Financiamento – Ministério da Saúde -**  
**2016**

<b>Bloco de Financiamento</b>	<b>Valor Anual</b>
Atenção Básica	R\$ 1.557.296,96
Média e Alta Complexidade	R\$ 685.593,56
Vigilância em Saúde	R\$ 279.619,43
Assistência Farmacêutica	R\$ 104.312,00
Investimento	R\$ 573.488,90
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 3.200.310,85</b>





**Prefeitura Municipal de Sapezal**  
**Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**





**Prefeitura Municipal de Sapezal**  
**Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

**DEFINIÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES**

**Diretriz.** Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

**Objetivo:** Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero e utilizar mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da Atenção Básica.

Nº	Tipo	Indicador	Meta				Ações Estratégicas
			2018	2019	2020	2021	
11	Universal	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,70	0,70	0,70	0,70	Realizar Campanha "Outubro Rosa" que já faz parte do cronograma anual da Atenção Primária. Continuar com a periodicidade e manter a forma semanal para as Coletas em Unidades de Saúde. Manter serviço colposcopia para pacientes com exames alterados
12	Universal	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,20	0,20	0,20	0,20	Manter oferta de mamografia para rastreamento
17	Universal	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	74,00	74,00	74,00	74,00	Ampliar a cobertura com a construção de uma nova Unidade de Saúde e contratação de novos profissionais para atendimento
18	Universal	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família (pbf)	97,00	97,00	97,00	97,00	Ofertar ações direcionadas ao cumprimento das condicionalidades do programa
19	Universal	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	55,00	55,00	55,00	55,00	Ampliar estrutura física para o atendimento da demanda

12



**Prefeitura Municipal de Sapezal**  
**Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

**Diretriz.** Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

**Objetivo:** Organizar a rede de atenção à Saúde Materna e Infantil.

Nº	Tipo	Indicador	Meta				Ações Estratégicas
			2018	2019	2020	2021	
2	Específico	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	90,00	90,00	90,00	90,00	Manter as investigações dentro do prazo hábil
3	Universal	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	95,00	95,00	95,00	95,00	Possibilitar a conscientização por parte da equipe médica para identificar nas Declarações de Óbitos a causa definida
13	Universal	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.	50,00	50,00	50,00	50,00	Sensibilizar as gestantes quanto a importância de se realizar parto normal; Sensibilizar as gestantes quanto a relevância das consultas de pré-natal
14	Universal	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	19,00	19,00	19,00	19,00	Viabilizar Campanhas de Ações Educativas e Preventivas quanto a conscientização da gravidez precoce; Manter assistência pré-natal, ao parto e puerpério
15	Universal	Taxa de mortalidade infantil	9	9	9	9	Sensibilizar as gestantes quanto a relevância das consultas de pré-natal; Realizar Campanhas de conscientização para a importância do pré-natal; Mobilizar equipe médica e de enfermagem quanto a importância do acompanhamento do pré-natal; Manter agendamento da consulta de pré-natal e puerpério; Assegurar o acompanhamento as crianças menores de um ano.
16	Universal	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	1	1	1	1	Manter agendamento da consulta de pré-natal e puerpério; Manter assistência pré-natal, ao parto e puerpério; Garantir a oferta dos exames preconizados; Realizar busca ativa das pacientes faltosas

13





**Prefeitura Municipal de Sapezal**  
**Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

**Diretriz:** Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

**Objetivo:** Organizar as ações da vigilância em saúde, promoção e proteção.

Nº	Tipo	Indicador	Meta				Ações Estratégicas
			2018	2019	2020	2021	
1	Universal	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	16	16	16	16	Manter ação conjunta com o Hospital do Câncer no atendimento aos pacientes objetivando a prevenção; Garantir atendimento e o acompanhamento das Unidades de Saúde com os pacientes de doenças crônicas.
4	Universal	Proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação, para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada	100,00	100,00	100,00	100,00	Manter o acompanhamento das crianças, realizando busca ativa caso necessário; Realizar Campanhas de Vacinação
5	Universal	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	80,00	80,00	80,00	80,00	Realizar encerramento dos casos de doenças de notificação compulsória dentro do prazo
6	Universal	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das	90,00	90,00	90,00	90,00	Promover ações em saúde com palestras preventivas destinadas a população visando ampliar o conhecimento da doença e seus agravos;

14



**Prefeitura Municipal de Sapezal**  
**Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

		coortes					Incentivar a realização da baciloscopia dos pacientes suspeitos. Busca ativa de pacientes faltosos e de contatos; Manter acompanhamento de todos os pacientes.
7	Específico	Número de casos autóctones de malária	1	1	1	1	Promover ações educativas para prevenção do agravo
8	Universal	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	1	1	1	1	Garantir a oferta do exame durante o pré-natal; Sensibilizar as gestantes quanto a relevância das consultas de pré-natal; Intensificar as ações de acompanhamento dos casos com alteração
9	Universal	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	1	1	1	1	Garantir a oferta do exame durante o pré-natal; Sensibilizar as gestantes quanto a relevância das consultas de pré-natal; Intensificar as ações de acompanhamento dos casos com alteração
10	Universal	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	90,00	90,00	90,00	90,00	Monitorar a qualidade da água para consumo quanto a análise microbiológica, PH, turbidez, cloro livre
20	Universal	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	100,00	100,00	100,00	100,00	Cadastrar e inspecionar 100% dos estabelecimentos Alimentar o sistema SUS; Realizar treinamento dos fiscais para o cadastramento dos estabelecimentos no SVS (Sistema de Informação de VISA); Promover ações educativas através da Vigilância Sanitária
22	Universal	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	5	5	5	5	Promover ações visando redução de riscos e agravos a saúde da população; Realizar visitas domiciliares para controle da Dengue; Viabilizar Processo Seletivo para Agentes de Combate a Endemias (ACE)
23	Universal	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos	80,00	80,00	80,00	80,00	Garantir o preenchimento do campo "ocupação" nas notificações; Viabilizar orientação da importância do preenchimento do

15





**Prefeitura Municipal de Sapezal**  
**Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

	relacionados ao trabalho					campo "ocupação" nos estabelecimentos notificantes
--	--------------------------	--	--	--	--	--



16



**Prefeitura Municipal de Sapezal**  
**Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**



17



## Prefeitura Municipal de Sapezal Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

### PROJETOS E METAS

#### Atenção Básica

**Objetivo Geral:** Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da Atenção Básica e da Atenção Especializada.

Projeto 1 – Ampliar a assistência à saúde na Atenção Básica	
AÇÃO	META
Garantir o funcionamento das unidades de saúde da família com equipe mínima, garantindo melhoria do acesso e qualidade da atenção básica	Manter o funcionamento de todas as unidades de atenção básica (RH, materiais de consumo, água, luz, telefone, sistema de informação, transporte, dentre outros)
Credenciar a Unidade de Saúde no programa de Estratégia da Saúde da Família (Unidade de Saúde IV Diana Auxiliadora Gonzales de Almeida)	Implantar nova ESF

Projeto 2 – Incrementar as Ações de Atenção Básica em Saúde Bucal	
AÇÃO	META
Garantir Equipe Mínima de Saúde Bucal - ESB	Aumentar a cobertura da ESB
Adquirir materiais e serviços para o desenvolvimento das atividades desenvolvidas pela Equipe Saúde Bucal - ESB	Promover acesso e assistência de qualidade

Projeto 3 – Realizar reformas, construções e ampliação das unidades de saúde	
AÇÃO	META
Executar a reforma/ampliação das Unidades de Atenção Básica, através do Programa Requalifica UBS	Melhorar e adequar à estrutura física, através de reforma/ampliação das unidades de atenção básica
Executar a construção de Unidade de Atenção Básica, através do Programa	Aumentar a cobertura da ESF Promover acesso e assistência de qualidade



## Prefeitura Municipal de Sapezal Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

Requalifica UBS	
-----------------	--

<b>Projeto 4 – Efetivar a Política de Educação Permanente em Saúde</b>	
<b>AÇÃO</b>	<b>META</b>
Capacitar os profissionais das equipes de saúde Adquirir materiais educativos e atualizados para as Unidades Básicas de Saúde Realizar reuniões periódicas para planejamento e avaliação Disponibilizar materiais necessários para as capacitações e reuniões	Garantir a capacitação dos profissionais de saúde das unidades atenção básica e a realização de avaliação e planejamento das ações  Efetivar o projeto Telessaúde.

<b>Projeto 5 – Assistência à população Indígena do Município</b>	
<b>AÇÃO</b>	<b>META</b>
Manter a continuidade dos serviços de saúde prestados a população indígena	Garantir os atendimentos médicos e exames quando necessários

<b>Projeto 6 – Unidade Descentralizada de Reabilitação - UDR</b>	
<b>AÇÃO</b>	<b>META</b>
Manter as condições adequadas de trabalho, com equipe necessária, materiais e equipamentos adequados Construir protocolo de atendimento Reforma da UDR conforme normas técnicas	Garantir atendimento de qualidade ao paciente Promover e aperfeiçoar o atendimento ao usuário





## Prefeitura Municipal de Sapezal Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

### Atenção às Urgências

**Objetivo Geral:** Aprimorar a rede de atenção às urgências, com expansão e adequação dos equipamentos de saúde e fortalecer as políticas estratégicas promovendo a universalidade, a equidade e humanização, com qualidade na assistência prestada.

Projeto 7 – SAMU	
AÇÃO	META
Equipar os veículos com os equipamentos necessários para transporte de pacientes	Manter a qualidade da assistência prestada pelo SAMU

Projeto 8 – Central Municipal de Regulação	
AÇÃO	META
Garantir transporte a pacientes	Atender a demanda de pacientes com transportes para tratamento
Garantir equipe mínima de atendimento	Manter equipe mínima necessária
Garantir atendimento das especialidades médicas	Manter contratos e convênios com serviços ambulatoriais e hospitalares



## Prefeitura Municipal de Sapezal Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

### Vigilância e Proteção em Saúde

**Objetivo Geral:** Reduzir os riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção, prevenção e proteção da saúde.

<b>Projeto 9 – Vigilância Ambiental</b>	
<b>AÇÃO</b>	<b>META</b>
Prover o adequado funcionamento da Vigilância Ambiental com equipamentos, materiais, recursos humanos, etc	Garantir o funcionamento adequado da Vigilância Ambiental
Acompanhar e Monitorar a qualidade do ar, através do sistema de Vigilância da Qualidade do Ar (VIGIAR) pelo Centro de Previsão de Tempo e Estudos Climáticos (CPTec)	Efetivar o controle da qualidade do ar – VIGIAR
Viabilizar ações de educação, comunicação e mobilização social referentes às áreas entomológicas, promoção, prevenção e controle de doenças	Manter Índice de Infestação Predial (IIP) anual abaixo de 1%
Garantir o desenvolvimento das Campanhas Nacionais de Vacinação Antirrábica Animal na zona urbana e rural	Execução da Campanha Nacional de Vacinação Antirrábica Animal

<b>Projeto 10 – Vigilância Epidemiológica</b>	
<b>AÇÃO</b>	<b>META</b>
Estruturar e organizar a Rede de Frio Municipal, garantindo a manutenção da qualidade dos equipamentos existentes e adquirindo outros equipamentos	Adquirir equipamentos

<b>Projeto 11 – Vigilância Sanitária</b>	
<b>AÇÃO</b>	<b>META</b>
Prover o adequado funcionamento da Vigilância Sanitária com equipamentos, matérias, recursos humanos	Garantir o funcionamento adequado da Vigilância Sanitária



## Prefeitura Municipal de Sapezal Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

Manter as ações e serviços desenvolvidos pela Vigilância Sanitária Capacitar à equipe de saúde Realizar atividade educativa com a população	Garantir as ações vigilância sanitária
Acompanhar e Monitorar a qualidade da água através do Sistema de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – (VIGIAGUA) e Sistema de Informação de Vigilância da Água para Consumo Humano (SISAGUA)	Efetivar o controle da qualidade da água – VIGIAGUA.



## Prefeitura Municipal de Sapezal Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

### Assistência Farmacêutica

**Objetivo Geral:** Garantir o acesso a medicamentos essenciais e excepcionais de qualidade, promovendo seu uso racional e dar suporte e condições ideais às atividades da Secretaria, contribuindo para qualificação e humanização do serviço prestado.

Projeto 12 – Assistência Farmacêutica	
AÇÃO	META
Adquirir medicamentos padronizados	Fortalecer a Assistência Farmacêutica
Implantação da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)	Garantir o atendimento da demanda de medicamentos padronizados pela Relação Nacional de Medicamentos RENAME e pelo Município Relação Municipal de Medicamentos – REMUME
Garantir o funcionamento pleno de todas as ações da Farmácia Municipal, com materiais de consumo, água, luz, telefone e sistema de informação	Garantir o funcionamento adequado da farmácia



## Prefeitura Municipal de Sapezal Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

### Gestão e Controle Social

**Objetivo Geral:** Fortalecer e qualificar o Sistema Único de Saúde melhorando a estrutura da Secretaria e Unidades de Saúde, com aprimoramento das relações Inter federativas, valorização do servidor, participação e controle social e implementar estratégias para garantir o acesso com foco em resultados

Projeto 13 – Conselho Municipal de Saúde	
AÇÃO	META
Manter a participação efetiva do Conselho Municipal de Saúde Garantir estrutura física para realização das reuniões, materiais e equipamentos necessários	Garantir dotação orçamentária para o CMS;

Projeto 14 – Secretaria Municipal de Saúde	
AÇÃO	META
Melhorar a estrutura administrativa, equipar e organização a Secretaria de Saúde	Garantir o funcionamento pleno de todas as ações da Secretaria Municipal de Saúde, com materiais de consumo, água, luz, telefone, sistema de informação, transporte.
Renovação da Frota de Veículos da Secretaria de Saúde	Adquirir Ambulância, van, camionete, e veículos para transporte de pacientes



## **Prefeitura Municipal de Sapezal Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal**

### **CONCLUSÃO**

Partindo do pressuposto de que, o Plano Municipal de Saúde é de grande relevância para a municipalidade, pois, é elaborado através de um diagnóstico das demandas e necessidades da população, o presente plano define objetivos, foco e intencionalidade às ações, permitindo a articulação antecipada de conseqüências e resultados, possibilitando assim a previsão da situação que se quer conquistar, estabelecendo metas, compatibilizando recursos, tempo, métodos, técnicas, a fim de, obter a eficácia e efetividade às ações que pretende desenvolver.

Temos a plena convicção de que, o Plano Municipal de Saúde constitui um instrumento de planejamento estratégico que organiza regula e norteia a execução da Política Nacional de Saúde na perspectiva do SUS – Sistema Único de Saúde.

O município de Sapezal/MT tem avançado substancialmente na construção de uma Política Municipal de Saúde ampla e integrada que supere ações desiguais, clientelistas ou meramente emergenciais pensada e organizada num sistema participativo que contemple as reais necessidades da população sapezalense.





## Prefeitura Municipal de Sapezal Secretaria Municipal de Saúde de Sapezal

O PLANO MUNICIPAL DE SAUDE FOI ELABORADO PARA NORTEAR A AÇÕES DE SAUDE DOS ANOS DE 2018 A 2021, APRESENTADO PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE EM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, E APROVADO EM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, CONFORME RESOLUÇÃO \_\_\_/2017.

**De:** KEISA CAMACHO <KEISA\_CAMACHO@hotmail.com>

**Enviado:** segunda-feira, 29 de junho de 2020 17:47

**Para:** menezesfialho@hotmail.com <menezesfialho@hotmail.com>

**Assunto:** relatorio

PSF I SAPEZAL SAPEZAL- 10/03/2001

PSF II 05/01/2002

PSF III 20/09/2004

UNIDADE 5 - 22/06/2016

UNIDADE 4 - 2012

