

Mara Rejane Barroso Barcelos¹
Simone Cynamon Cohen²
Márcia Regina dos Anjos Brandão³
Sheila Cristina de Souza Cruz³
Eliana Zandonade¹
Túlio Alberto Martins de Figueiredo¹
Rita de Cássia Duarte Lima¹

**Family Health Strategy's
trajectory in the city of
Vitória, ES**

| A trajetória da Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória, ES

ABSTRACT | Introduction: *The Family Health Strategy (FHS) was established in Brazil in 1994, to provide a focused and localized vision of the levels of community health. The city of Vitória (ES) adhered to this strategy in 1998, in order to refocus the technoassistencial model in primary care. Objective:* *To rescue the historical trajectory of the organizational implementation of the ESF in Vitória. Methods:* *A descriptive study of documentary type analysis was performed. Results:* *The monitoring of health through indicators showed improvements in several of them as the increase in average home visits by family, at the rate of seven or more prenatal and consequent reduction in the infant mortality rate plus the coefficient incidence of tuberculosis. Conclusion:* *It was concluded that despite the advances made in the presence of the FHS model, it is opportune to implement the health promotion policy already covered in the model's instruments of management.*

Keywords | *Family Health Program; Health Care; Primary Health Care.*

RESUMO | Introdução: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil no ano de 1994, para propiciar uma visão focalizada e localizada dos níveis de saúde da comunidade. O município de Vitória (ES) aderiu a esta estratégia em 1998, com o intuito de reorientar o modelo technoassistencial na atenção básica. **Objetivo:** Resgatar a trajetória histórico-organizacional da implementação da ESF no município de Vitória. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo, do tipo análise documental. **Resultados:** O monitoramento das ações de saúde por meio de indicadores revelou melhorias em diversos deles como o aumento na média de visitas domiciliares por família, no percentual de sete ou mais consultas de pré-natal e a consequente redução do coeficiente de mortalidade infantil além do coeficiente de incidência de tuberculose. **Conclusão:** Concluiu-se que, apesar dos avanços observados na vigência do modelo de ESF, se faz oportuna a implementação da política de promoção da saúde, já contemplada em seus instrumentos de gestão.

Palavras-chave | Programa Saúde da Família; Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

²Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

³Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A década de 1970 foi marcada por uma crise dos sistemas de saúde em função de sua ineficácia, ineficiência e iniquidades, além de crise de credibilidade face à transição demográfico-epidemiológica: envelhecimento e mudança nos padrões nosológicos, medicalização, desenvolvimento tecnológico e explosão de custos e gastos¹.

Ainda na década de 1970, o campo da saúde coletiva iniciou a sua estruturação formal, no que diz respeito à formação de recursos humanos, ao avanço das ciências sociais na saúde e ao fomento ao desenvolvimento tecnológico e à inovação, por meio da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP)².

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata passou a fundamentar muitas questões sobre a saúde em diferentes partes do mundo, tendo grande influência nas bases que consolidaram a reforma sanitária brasileira, destacando-se novas institucionalidades como a da garantia legal do direito à saúde, o papel do Estado, a universalidade e a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde. Ao final da década de 1970, foram criados os cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado) em saúde pública e medicina social, que, posteriormente, foram enquadrados no campo das ciências da saúde, com a denominação de Saúde Coletiva².

A Declaração, criada na I Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde da Organização Mundial de Saúde, continha a meta “Saúde para Todos até o ano 2000” e, para o alcance deste objetivo, um conjunto de oito estratégias essenciais eram necessárias.

Nos anos 1980, ocorreu a universalização das políticas sociais sob a batuta da agenda internacional, ditada pelo Banco Mundial, que foi denominada por Melo e Costa³ como um novo paradigma, o da economia da saúde.

Nas décadas de 1970 e 1980, se consolida na sociedade brasileira a luta pela redemocratização do Brasil, trazendo à cena novos protagonistas. Na saúde, se destacou o movimento sanitário, constituído como espaço contra-hegemônico à ditadura militar então em curso. Foi a partir das bases desse movimento que floresceu toda a sustentação das principais diretrizes com vistas à Reforma Sanitária, que se consolidou com a inclusão da Saúde na Constituição Brasileira (CF) de 1988.

A carta magna reconheceu e afirmou a saúde como direito social universal e de cidadania, vindo a culminar na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, uma nova base jurídico-legal se instituiu para a política de saúde, no estabelecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado¹.

Desse modo, visando a uma melhor resolutividade dos problemas relacionados à qualidade da oferta dos serviços de saúde, o SUS, ao longo dos 25 anos de institucionalização, tem representado para a sociedade brasileira a possibilidade de uma nova configuração da saúde pública, onde se devem priorizar ações de caráter coletivo e preventivo, em detrimento daquelas de cunho individual e curativo, até então predominantes⁴. Assim, para repensar o coletivo, mas não se esquecendo do individual, no âmbito da família e pessoal, para o desenvolvimento de uma nova forma de olhar sobre o local, foi criado, em 1994, o Programa da Saúde da Família (PSF), dentro de um determinado contexto político-histórico e social e com os entraves apresentados no processo de produção da saúde⁵.

A criação do PSF ocorreu no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, por meio do Programa de Atenção Básica, implantado em janeiro de 2000 pelo então ministro da Saúde, José Serra. O programa envolvia União, estados e municípios em ações de prevenção, baseadas na instituição do médico de família para comunidades carentes, principalmente nas pequenas localidades do interior do País. Segundo dados do Ministério da Saúde, em agosto de 2000, as equipes de saúde da família já cobriam 54% do total dos municípios brasileiros⁶.

O PSF passou a ser considerado como a mais importante estratégia da atenção primária. Dentre seu conjunto de ações, estava a atenção dirigida às pessoas (individuais e coletivas) e ao ambiente, para cobrir as necessidades de promoção da saúde em cada contexto social, a prevenção de enfermidades, lesões e riscos prevalentes, e o atendimento básico e efetivo dos enfermos, com solução dos agravos comuns e primeiro atendimento aos agravos mais complexos⁷.

O PSF, por sua potencialidade, complexidade e abrangência, deixou de ser visto apenas como um programa focalizado e foi institucionalizado pelo ministério da saúde, em 2006, como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Como reorganizadora do sistema, a ESF vem se consolidando enquanto política do SUS e mantendo potencial para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção. É uma estratégia de reorien-

tação do modelo assistencial brasileiro, que tem como uma de suas diretrizes o estabelecimento de vínculo das equipes de saúde com os usuários do SUS.

O grande desafio posto para as unidades de saúde pertencentes à ESF é apropriar-se do conceito de território, para além de espaço físico, sem reduzi-lo ou negligenciá-lo, evitando utilizá-lo apenas sob a forma administrativa, valorizando excessivamente a gestão física do serviço em detrimento do potencial que tem para a vigilância dos agravos à saúde da população adscrita em seu território. O enfrentamento desse desafio pelos serviços que compõem a ESF demanda a caracterização da população e de seus problemas de saúde e também a avaliação do impacto desses serviços sobre os níveis de saúde da população usuária. Para isso, torna-se indispensável o reconhecimento do território adscrito, visto que as práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho territorial levam ao fortalecimento do vínculo entre o serviço de saúde e a população.

A abordagem de problemas sócio-sanitários em parceria com os usuários e outros setores governamentais e não governamentais também é atribuída ao leque de atuação da ESF. Assim, a análise da realidade social e de saúde da população pelas equipes da ESF deve fornecer elementos para subsidiar políticas de promoção da saúde, pelo menos no nível local.

Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) consegue uma apropriação maior do território de atuação (até mesmo por nele residir), e seu papel vem sendo gradativamente ampliado, com atribuições em um cenário bem mais complexo e abrangente⁴.

O conceito de risco, atual e potencial, deve ser trabalhado na ESF para que os profissionais de saúde não apenas intervenham nos agravos à saúde, mas também tomem como objeto de trabalho os riscos sanitários existentes nos modos de vida dos diversos grupos populacionais, famílias e indivíduos.⁸ Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem exercer ações de promoção e prevenção à saúde quando do seu contato com a família, desfazendo a dicotomia existente entre ações de vigilância e assistência.

Autores⁹, ao discorrerem sobre o PSF, apontaram como problemas o grande número de pessoas cadastradas para cada equipe – até 4.000 habitantes, com no máximo 750 pessoas por ACS¹⁰ –, a necessidade da composição multi-

profissional, para viabilizar as ações de vigilância em saúde, a formação e a qualificação de recursos humanos e, particularmente, o baixo nível de instrução dos ACS (que têm sido entraves não só para a consolidação da ESF, mas também para o SUS como um todo) e a acumulação de dados sobre a população do território adscrito, sem a geração da informação.

As palavras-chave do trabalho na ESF são: compromisso, contexto e comunidade.¹¹ No seu envolvimento com as diversas dimensões da vida humana e comunitária, os profissionais de saúde encontram, na promoção da saúde, um campo vasto de possibilidades de atuação junto a diversos setores sociais, órgãos públicos e movimentos sociais.

A territorialização observada na organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde na ESF também é um pressuposto em outras iniciativas do SUS como a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância¹².

O município de Vitória implantou o PSF em 1998, por meio do projeto “Saúde da Família – Uma Estratégia para o Novo Milênio”, que visava ao fortalecimento do vínculo com a comunidade, na garantia do acesso aos serviços com base na promoção da saúde e na resolutividade das ações¹³.

Vitória, a capital do estado do Espírito Santo, representa o sistema municipal com maior nível de organização na municipalização da atenção primária. Na regionalização da saúde, é o município-pólo que mais concentra serviços complexos, conforme o Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo (PDR-ES). Além disso, é a maior referência estadual para a maioria dos recursos assistenciais¹⁴. Reúne, portanto, características importantes para constituir-se como cenário.

Assim, o presente estudo tem como objetivo resgatar a trajetória histórico-organizacional da ESF no município de Vitória. Para isso, faz-se a descrição dos contextos histórico, ideológico e político situados nesse transcurso.

Considera-se sua relevância no campo da saúde pública, pela importância do desempenho da trajetória da estratégia de saúde da família no município de Vitória (ES), até os dias atuais. Nele analisam-se alguns indicadores e sua evolução a partir da implantação da Estratégia. Além disso, busca-se explorar novos caminhos da ESF a par-

tir da experiência adquirida com a implementação desse modelo no município de Vitória.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo análise documental, com coleta de dados em documentos oficiais (planos municipais de ação, relatórios de gestão e de serviços) e nos sistemas de informação em saúde (SINASC, SIM, SINAN, SIAB e Comitê de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materna e Infantil – COPEMI).

Optou-se pela análise documental por considerar-se a riqueza de informações que poderia ser extraída e resgatada dos documentos, ampliando o entendimento de questões cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. Além disso, neste estudo, faz-se a reconstrução de uma história vivida, e o uso de documentos permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social.

O processo de análise de conteúdo dos documentos se iniciou com a constituição da *Unidade de Análise*, em que foram selecionados segmentos específicos de conteúdo para a análise, optando-se por selecionar os assuntos pela frequência com que surgiram durante análise. Foram feitas anotações à margem do próprio material analisado. Em seguida, procedeu-se à elaboração de fichas e à ordenação dos dados. Após várias leituras e releituras, foram detectados temas e temáticas mais frequentes que culminaram na construção de categorias. Em seguida, foram desenvolvidas estratégias de aprofundamento, ligação e ampliação das categorias e, por último, o julgamento de sua abrangência e delimitação.

O cenário deste estudo foi o município de Vitória, no Estado do Espírito Santo, localizado na Região Sudeste do Brasil. Considerou-se, para sua escolha, a diretriz político-operacional de reestruturação de seu modelo assistencial no ano de 1998.

Como este trabalho propôs a pesquisa em documentos institucionais, uma solicitação de autorização foi encaminhada previamente à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), para a coleta de dados, seguindo o fluxo para autorização de pesquisas instituído pelo município. Houve contato prévio com gestores e também com profissionais detentores de relatórios nos serviços. O estudo foi autorizado pela instituição e aprovado em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo sob o número 184/2010.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Através desta pesquisa, identificou-se como ocorreu a trajetória da Estratégia de Saúde da Família na capital do estado do Espírito Santo. O ponto de partida para a análise foi baseado no contexto histórico em que se deu a implementação dessa política no referido município.

Em 1994, o município de Vitória organizou seu processo de territorialização, momento em que foram definidas as áreas de abrangência de cada unidade de saúde. Havia, então, uma delimitação geográfica, mas não uma responsabilização sobre os problemas dentro do território¹⁵.

Em 1995, diante da necessidade de municipalização dos serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SMS) iniciou o processo de reorganização da atenção básica, com vistas à reorientação do modelo então vigente. Esse processo se efetivou com a implantação de um sistema integrado de serviços de saúde, de base territorial, criando seis Regiões de Saúde e áreas de abrangência para cada unidade de saúde¹⁵.

A partir da Norma Operacional Básica/96, a Secretaria Municipal de Saúde estabeleceu a inversão do modelo de atenção à saúde para garantir o acesso aos serviços e, para isso, alguns processos foram decisivos. Assim, em 8 de maio de 1997, foi aprovada uma proposta de implantação do Programa de Saúde da Família pelo Conselho Municipal de Saúde.¹⁶ O município pretendia atender a Norma Operacional Básica/96, estabelecendo a inversão do modelo assistencial¹⁷.

No momento da implantação do PSF no município de Vitória, o contexto político era caracterizado por continuidade nos mandatos da coalizão encabeçada pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), o mesmo partido do governo estadual. Esta coalizão detinha o poder municipal desde 1993 e, em 1998, tinha maioria na Câmara dos Vereadores, que não manifestou resistências ao processo de implantação do PSF. Além do apoio político, o prefeito incentivou financeiramente o PSF, destinando recursos próprios do município para a condução do processo de implantação¹⁷.

O Quadro 1 apresenta os principais processos relacionados ao novo modelo de atenção à saúde no município de Vitória, fazendo-se menção ao período de sua ocorrência.

Quadro 1 – Principais processos relacionados ao novo modelo de atenção à saúde do município de Vitória no período de 1992 a 2002

Processos	Período
Divisão do município em regiões de saúde	1992-1993
Elaboração do diagnóstico situacional de saúde nas regiões	1992-1994
Processo de territorialização	1994-1996
Implantação dos conselhos locais de saúde	1996-2001
Apropriação dos territórios pelas unidades de saúde	A partir de 1996
Implantação da ESF como estratégia para a organização da atenção primária	A partir de 1998
Construção do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS)	1999-2002

Fonte: Prefeitura Municipal¹⁸, Cruz¹⁹

O Projeto Terra (projeto intersetorial prioritário do governo municipal, voltado para políticas de urbanização, infraestrutura e desenvolvimento social, que previa a intervenção social em áreas de morro e palafitas) foi implantado em 1997, a partir da integração de diferentes ações do Plano Estratégico da Cidade, porém só foi institucionalizado no início de 1998, através do Decreto n.º. 10.131/1998¹⁹.

Para ampliar o processo já iniciado e agilizar o modelo assistencial proposto, a SEMUS criou, em 1998, o PSF no município de Vitória-ES. Os motivos para criar o PSF foram mais relacionados às possibilidades de estruturar a atenção básica e torná-la resolutiva¹⁵.

Assim, na sua implantação, o PSF foi vinculado ao Projeto Terra, na forma de um subprojeto. A região de São Pedro foi escolhida para o início do processo de implantação do PSF, visto que era uma região articulada a este projeto urbanístico e intersetorial do governo municipal, que recebia investimentos em infraestrutura, saneamento e políticas públicas há cerca de três décadas, com vistas à melhoria em vários indicadores de saúde. Contudo, a principal motivação para a escolha dessa região foram os baixos indicadores de saúde, a dificuldade de acesso à assistência à saúde, aliada à precariedade dos diversos equipamentos sociais disponíveis, inclusive os de saúde²⁰.

O setor da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) responsável por gerenciar o processo de implantação da ESF foi o Departamento de Ações Integradas de Saúde. Na ocasião, uma coordenação específica para o PSF foi criada. Desde sua implantação, essa coordenação foi exercida por profissional da área de Enfermagem, assim como, a partir de 1999, a coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Quatro equipes iniciaram as atividades do PSF em fevereiro de 1998 e, em sua composição de equipe mínima, estavam

presentes médico, enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ACS.¹⁹ Inicialmente foram contemplados os bairros onde os indicadores de saúde eram desfavoráveis e apresentavam índices de pobreza relevantes, respeitando-se o princípio da equidade. Esses bairros estavam incluídos nas áreas de abrangência do Projeto Terra. Isso possibilitou a realização de ações intersetoriais favorecendo uma maior integração nas intervenções de nível local por parte de diversas secretarias. A quinta equipe foi constituída em 1998¹⁷.

Com base em dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), o PACS foi implantado concomitante ao PSF com três equipes, em 1998, e ampliado para até nove equipes. Em 2001, diversas equipes PACS foram transformadas para PSF, permanecendo o PACS, em 2002, apenas com quatro equipes.

Após a implantação da ESF, ocorreu a organização do sistema local de saúde, iniciando-se pela região São Pedro no ano 2000, pois essa região tinha uma posição geográfica que trazia aos moradores dificuldade de acesso a outras regiões de saúde, e estes possuíam uma boa capacidade de mobilização para o alcance de melhorias. Foi criado o Projeto Integrar, projeto piloto de organização através do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS)²¹.

No início do funcionamento da ESF no município de Vitória, os profissionais médicos que compunham as equipes não possuíam, em sua maioria, formação generalista. Para garantir a qualidade na implantação, a Escola de Saúde Pública do Ceará ministrou o Curso de Extensão em Facilitadores de Educação Permanente a um grupo de servidores da saúde que fizeram um processo seletivo prévio e, após a capacitação, formaram-se equipes de educadores permanentes. Nesse contexto, teve início, em 2001, o Programa de Educação Permanente (PEP) para os médicos da ESF. Os educadores permanentes tinham como objetivo dar suporte técnico às equipes básicas, super-

visionar suas atividades e acompanhá-las em seus processos de trabalho. Suas ações contribuíram para o aprimoramento profissional e para a coordenação do cuidado²².

Em 2002, na segunda gestão do mesmo prefeito, a composição partidária na Câmara dos Vereadores permanecia favorável ao executivo municipal, e a coalizão no poder municipal, por quase dez anos, garantiu maior estabilidade para a estratégia de implementação do PSF¹⁵.

A conversão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais em Unidades de Saúde da Família (USF) ocorreu de forma gradual. Os profissionais das unidades básicas foram sendo substituídos gradativamente. Além da equipe básica de saúde da família, havia a equipe de apoio, constituída pelo cirurgião-dentista, psicólogo e assistente social²³.

Em 2003, Vitória foi selecionada para fazer parte do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Assim, pôde garantir recursos para a qualificação do processo de trabalho. Houve, a partir daí, a pactuação da meta de implantação progressiva da ESF, até atingir a cobertura de 100% de seu território²³.

A incorporação da estratégia de educação permanente, lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004, fomentou a construção de novas metodologias educacionais ainda mais abrangentes²⁴. A partir disso, as autoras, que compunham a

equipe do PEP, refletiram sobre os avanços que esse programa precisava ter, com foco na promoção da integração dos profissionais das equipes de saúde, assim como na necessidade de avaliação e transformação de seus processos de trabalho.

Gradativamente, em consonância com a ampliação da estratégia, outros profissionais, como odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, passaram a integrar as equipes nas unidades de saúde da família. Algumas delas passaram a contar com a presença de um ou dois médicos de apoio, que atuam nas especialidades básicas atendendo tanto a demanda programada como a demanda espontânea¹⁵.

Desde 2006, o município de Vitória organizou-se para adotar as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, em concordância com as Portarias Ministeriais nº 399/2006 e 699/2006.

A Evolução da Implantação das Equipes e da Cobertura da ESF

Como observado na Tabela 1, o número de equipes foi crescente ao longo do período de 1998 a 2010, assim como o número de famílias cadastradas. Faz-se uma ressalva de que aquilo que até 2006 chamava-se de ESF passou a ser o somatório da ESF com a ESF/saúde bucal a

Tabela 1 – Evolução da implantação das equipes de saúde da família no município de Vitória - ES, 1998-2010

Ano	Equipes ESF	Nº total de famílias cadastradas na ESF*	Nº de pessoas cadastradas na ESF*	% População Coberta pela ESF*
1998	5	4,4	17,5	140,4
1999	5	3,9	15,0	24,7
2000	31	13,0	49,2	80,6
2001	41	29,4	105,4	36,0
2002	42	33,9	127,0	42,4
2003	49	36,5	137,3	45,3
2004	63	45,7	166,1	54,8
2005	64	53,1	192,2	63,5
2006	72	54,6	190,0	62,7
2007	75	62,8	216,3	71,4
2008	77	63,6	220,7	69,4
2009	77	63,5	218,2	68,1
2010	79	65,1	222,6	69,5

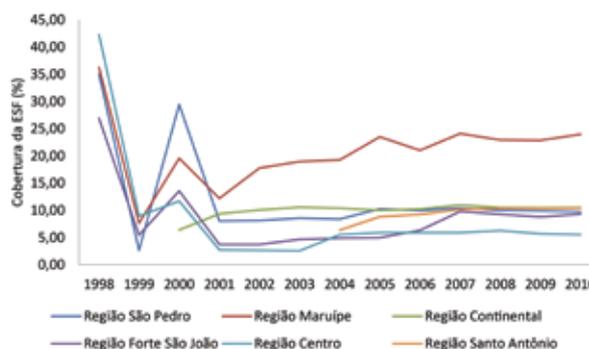
Nota: ESF*: ESF+ESF com saúde bucal

partir de 2007. O número de famílias e de pessoas cadastradas na ESF foi sempre crescente a partir do ano 2000.

Em 1998, o percentual de cobertura da ESF (calculado tendo como numerador o número de famílias estimadas / número de famílias cadastradas) foi superior a 100,0% (140,4%), devido ao fato de o número de famílias cadastradas haver sido superior ao número de famílias estimadas. No ano seguinte, ocorreu o inverso: o número de famílias cadastradas foi muito inferior ao número de famílias estimadas e, por isso, o percentual de cobertura caiu para 25,2%. Em 2000, o número de famílias cadastradas ficou próximo do número de famílias estimadas e a cobertura passou a ser 86,9%. No período de 2001 a 2007, a cobertura da ESF foi crescente até o ano de 2007 e passou a ter uma certa constância no período de 2008 a 2010 (variando de 69,4% a 69,5%). Vale ressaltar que os números de 2010 se referem aos dados consolidados até o dia 9-12-10.

O cálculo da cobertura por região de saúde teve como numerador o número de pessoas cadastradas na região de saúde e como denominador a população estimada para a região. A cobertura foi maior na região de Maruípe, seguida pelas regiões: São Pedro, Continental, Santo Antônio, Centro e Forte São João (Figura 1).

Figura 1 - Cobertura da ESF por Região de Saúde Vitória-ES, 1998-2010



A Evolução de Alguns Outros Indicadores no Transcurso da ESF

Em seguida, faz-se a análise de dois indicadores diretamente relacionados à ESF, um indicador relacionado à saúde da mulher, um indicador relacionado à saúde da criança, um indicador relacionado a um agravo transmissível e um indicador relacionado a um agravo não transmissível.

Tabela 2 – Indicadores de monitoramento e avaliação Vitória - ES, 1998-2010

Ano	% famílias cadastradas na ESF ¹	Média de Visitas Domiciliares por Família	Percentual de Consultas de Pré-Natal ²	CMI ³	Taxa de incidência de Tb ⁴	Vigilância dos Agravos não Transmissíveis ⁵
1998	121,7	0,6	59,0	15,0	69,5	30,2
1999	25,2	0,8	58,4	12,9	65,4	30,3
2000	86,9	0,7	56,8	15,3	57,5	34,2
2001	33,2	0,8	56,9	11,7	58,8	32,7
2002	37,4	0,9	60,5	8,3	56,8	29,3
2003	39,8	1,0	60,4	14,3	50,9	30,1
2004	49,8	1,1	60,8	12,9	55,6	32,5
2005	57,9	1,1	68,8	13,2	43,1	31,6
2006	59,5	1,2	74,3	13,2	44,2	31,5
2007	55,2	1,2	73,0	11,5	50,2	30,6
2008	25,1	1,1	74,5	10,9	55,1	29,5
2009	23,7	1,1	-	11,4	47,2	29,7
2010	24,3	1,1	-	10,1	-	30,2

Nota: ¹ (nº famílias cadastradas na ESF / nº famílias estimadas pelo MS) multiplicado por 100;

² 7 e + consultas, resultados multiplicados por 100;

³ nº de óbitos de menores de um ano de idade, por 1000 nascidos vivos;

⁴ Tuberculose, taxa por 100.000 habitantes;

⁵ coeficiente de mortalidade proporcional por doenças cardiovasculares por 100.000 habitantes;

Fonte: PMV/SEMUS/GVS/Coordenação de Vigilância Epidemiológica¹⁸

A Tabela 2 mostra a evolução de alguns dos indicadores de saúde no período 1998 a 2010, no qual a média de visitas domiciliares por família apresentou crescimento em todo o período de 1998 a 2007, tendo ultrapassado um dígito a partir de 2003. De 2007 para 2008, houve uma pequena queda, mas com manutenção de valor superior a um dígito.

A partir da implantação da ESF, além das visitas domiciliares, os usuários entenderam que o papel do agente deveria ser ampliado e qualificado. Foi identificado que, quase unanimidade das famílias considerou que o ACS fornecia orientações compreensíveis sobre cuidados de saúde, todavia reconheceram a realização de somente parte das atividades de educação em saúde preconizadas pelo programa¹⁵.

Autores, ao analisarem o Programa de Saúde da Família, apontaram como um dos problemas a formação e a qualificação de recursos humanos e, particularmente, o baixo nível de instrução dos ACS (que têm sido entraves não só para a consolidação da ESF, mas também para o SUS como um todo).⁹ Assim, no município de Vitória, a formação dos agentes de saúde tem sido contemplada na Política de Educação Permanente em Saúde operacionalizada pela SEMUS, seguindo as diretrizes nacionais.

Neste estudo, observou-se que o percentual de consultas de Pré-Natal com sete ou mais consultas apresentou crescimento da ordem de 15,5% ao longo do período compreendido entre 1998 e 2008. No mesmo período, o percentual de quatro a seis consultas reduziu 15,65%, indicando que houve uma melhoria na atenção à saúde das gestantes.

Embora no Brasil venha ocorrendo um aumento do número de consultas por mulher que realiza o parto no SUS, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas, tendo as regiões Norte e Nordeste o menor percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas²⁶.

Neste estudo, observa-se que o Coeficiente de Mortalidade Infantil chegou a ter um dígito em 2002, voltou a elevar-se em 2003 (14,3%), chegando a 11,4% em 2009. Apresentou queda de 4,9 % no período de 1998 a 2010, variando de 15,0 mortes por 1000 nascidos vivos, em 1998, a 10,14 mortes por 1000 nascidos vivos em 2010. No Brasil, esse indicador também apresentou redução substancial, com taxa anual de decréscimo de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990 e 4,4% no período de 2000 a 2008, atingindo vinte mortes por 1.000 nascidos vivos em 2008²⁷.

Na análise do indicador Taxa de Incidência de Tuberculose, no período de 1998 a 2009, houve queda na incidência desse agravo na ordem de 22,3%. No Brasil, no mesmo período, esse indicador apresentou uma queda de 13,2%²⁸.

O indicador Coeficiente de Mortalidade Proporcional por Doenças Cardiovasculares, ao longo do período de 1998 a 2008, manteve-se de certa forma estável. No Brasil, a mortalidade bruta causada pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aumentou 5% entre 1996 e 2007, e a mortalidade padronizada por idade diminuiu 20%. A prevalência de diabetes e hipertensão tem aumentado, paralelamente à prevalência de excesso de peso. Isso denota mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física²⁹.

Assim, acredita-se que a ESF tenha potencial para avançar na participação em ações de prevenção e promoção da saúde, que possibilitem mudar o atual panorama observado no município e no país relacionado à prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, incentivando, sobretudo, novas práticas do autocuidado em saúde.

Observa-se, através da análise dos indicadores acima, que, ao longo do período compreendido entre a implantação e a implementação da ESF, o município vem apresentando melhoria na qualidade da atenção.

Atualidades e Perspectivas

Vitória passou por muitas transformações e tem atualmente uma população estimada de 348.265 habitantes³⁰, sendo a quarta cidade do Estado em dimensão populacional. Os serviços de maior complexidade da rede estadual estão situados no município. Assim, 15 anos após sua implantação, a Estratégia de Saúde da Família passou a ser o modelo predominante na Atenção Básica. Está atualmente dividida em 6 regiões de saúde e conta com uma rede física composta por 29 unidades básicas de saúde, 4 das quais atuam segundo o modelo convencional de atenção à saúde, 3 com a estratégia de agentes comunitários de saúde e 22 duas são unidades com a Estratégia de Saúde da Família implantada. Estas últimas cobrem 75,44% da população. Há 77 equipes de saúde constituídas e 70.590 famílias cadastradas, perfazendo 241.511 pessoas¹⁸.

Além das unidades básicas, por um laboratório central municipal com 26 postos de coleta de material descen-

tralizado, um laboratório de manipulação de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos e diferentes centros de referência especializados para o atendimento de idosos (CRAI), serviço de vigilância sanitária (VISA), serviço central de insumos de saúde, farmácia popular, centro de especialidades odontológicas, saúde mental, prevenção e tratamento aos toxicômanos (Atenção Psicossocial Adulto-CAPS II, Atenção Psicossocial Infante-juvenil-CAPSi, Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas-CAPS-AD/CPTT, centro de testagem e aconselhamento para HIV/AIDS (CR DST/AIDS), Centro de Controle de Zoonozes (CCZ), quatro centros de especialidades, Centro Municipal de Especialidades (CME), Policlínica São Pedro, Santa Luíza e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)¹⁸.

Para a garantia do atendimento às urgências básicas, o município de Vitória dispõe de dois pronto-atendimentos localizados nos bairros de São Pedro e Praia do Suá¹⁸.

Para a promoção do exercício e a recuperação física, a rede de serviços de atenção básica em saúde dispõe de um Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), com doze módulos de orientação ao exercício, localizados em praças, parques e praias, de um carro volante – o SOE-Móvel – que realiza visitas quinzenais em regiões onde não existe módulo de orientação ao exercício e de duas academias populares em parceria com a Secretaria Municipal de Esportes¹⁸.

Entre as atribuições da atenção básica, estão a promoção e a prevenção à saúde no território, reduzindo risco/vulnerabilidade e aumentando a potência dos grupos/comunidades de cuidar de sua própria saúde, além da busca ativa com avaliação de vulnerabilidade/risco epidemiológico.

No município de Vitória, tem sido prioritário o fortalecimento da atenção básica e, entre os objetivos que se propôs a alcançar, em 2007, ao aderir ao Pacto pela Vida³¹, estão: assumir a Estratégia de Saúde da Família como prioritária; realizar ações de qualificação dos profissionais da atenção básica, por meio da educação permanente e da oferta de residência multiprofissional e em medicina de família e cursos de especialização; e garantir a estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹⁸.

A política municipal de promoção da saúde foi implantada em Vitória, em junho de 2007, nos moldes da Política Nacional de Promoção da Saúde³², tendo como condutoras do processo as Gerências de Atenção à Saúde e a Gerência

de Vigilância em Saúde. Foram definidas prioridades nessa ocasião, nos eixos Modos de viver (alimentação saudável, atividade física e lazer, redução de danos decorrentes do consumo de álcool, drogas e tabaco, direito ao exercício autônomo de sexualidade, equidade de gênero, raça e cor e envelhecimento com qualidade); Condições e relações de trabalho (melhoria dos ambientes, redução de prevalência de doenças ocupacionais e dos acidentes de trabalho e serviços de saúde humanizados); da Ambiência (violência, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e convergência de agendas intersetoriais)³³.

No propósito do fortalecimento da atenção básica, uma das metas que o município tem é a implementação da política municipal de promoção da saúde¹⁸.

CONCLUSÃO |

A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (ES), seguindo as orientações do Ministério da Saúde, vem buscando melhorar o nível de saúde dos munícipes, e uma das intervenções em saúde foi a implantação da ESF no município.

Por meio deste estudo, foi possível resgatar a trajetória histórico-organizacional da implementação da ESF no município de Vitória. O acompanhamento de alguns dos principais indicadores de saúde mostra uma evolução favorável na prestação dos serviços de saúde à população, principalmente a materno-infantil.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Buss PM. Promoção da Saúde no Brasil. Anais do I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde; 2005 Maio 10-13; Rio de Janeiro, BR. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005.
- 2 - Nunes ED. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 295-315.
- 3 - Melo MABC, Costa NR. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. Brasília: Instituto de Planejamento Econômico e Social; 1994.

- 4 - Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2005;10(2):333-45.
- 5 - Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
- 6 - Costa RCR. A descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a busca de alternativas de financiamento diante de um cenário de crise econômica são os principais pontos da agenda desse período, no qual também destacou-se a força política adquirida pelo Ministério da Saúde a partir de 1998, na gestão de José Serra. *Rev Sociol Pol.* 2002; 18:49-71.
- 7 - Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 8 - Vilasbôas ALQ, Teixeira CF. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira Saúde Família.* 2007; 8:63-7.
- 9 - Limonge JE, Menezes EC, Menezes AC. Vigilância em Saúde no Programa de Saúde da Família. *HYGEIA Rev Bras Geogr Med Saúde.* 2008; 4:35-44.
- 10 - Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 29 mar. 2006, Seção 1, p. 71.*
- 11 - Campos CEA. Os princípios da medicina de família e comunidade. *Rev APS.* 2005; 8(2):181-90.
- 12 - Monken M, Barcellos C. Vigilância em Saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(3):898-906.
- 13 - Alvarenga LMCA. A prática médica no Programa de Saúde da Família e sua contribuição para a mudança do modelo tecno-assistencial em saúde: limites e possibilidades [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo; 2005.
- 14 - Prefeitura Municipal de Vitória, Espírito Santo. Plano Municipal de Saúde [Internet]. Vitória> PMV, 2010 [citado 2010 Jul. 18]. Disponível em: www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_vigilancia_saude_plano.pdf
- 15 - Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Sem MCM. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Relatório Final. Vitória; Rio de Janeiro: [s.n.]; 2003.
- 16 - Fonseca, TMM. Estudo etnográfico sobre o significado da Estratégia Saúde da Família, atribuído por famílias do município de Vitória-ES [dissertação]. Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
- 17 - Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Municipal do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família. Saúde da Família: estratégia para o novo milênio. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde; 1999.
- 18 - Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Documentos internos. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.
- 19 - Cruz SCS. Avaliação do processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família: o caso de resistência [dissertação]. Vitória: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo; 2007.
- 20 - Prefeitura Municipal de Vitória. Conferência Municipal de Saúde de Vitória. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Relatório Final. Vitória: PMV; 2000.
- 21 - Prefeitura Municipal de Vitória. Projeto de implantação do sistema integrado de serviços de saúde – SISS na Região de São Pedro. Vitória: PMV; 2001.
- 22 - Barcelos MRB. Prevalência de DST, padrão de comportamento e aspectos relacionados à saúde reprodutiva das mulheres atendidas em unidade básica de saúde em Vitória, ES 2003-2005 [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2005.
- 23 - Ministério da Saúde. Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 24 - Cardoso IM, Murad ALG, Bof SMS. A institucionalização da educação permanente no Programa de Saúde da Fa-

mília: uma experiência municipal inovadora. *Trab Educ Saúde*. 2005; 3(2):429-39.

25 - Werner RDC. Realidades e perspectivas da assistência à saúde do adulto trabalhador no município de Vitória-ES [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2006.

26 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

27 - Ministério da Saúde. Série Histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose. Brasil e Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2012) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2013 Out 8]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527-

28 - Victora CG, Aquino EML, Leal MC. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet* [Internet]. 2011 [citado 2013 Jan 6]; volume(número): [cerca de xx p.]. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brasil>.

29 - Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Lancet* [Internet]. 2011 [citado 2013 Jan 6]; volume(número): [cerca de xx p.]. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brasil>

30 - IBGE. População estimada [Internet]. Brasília: IBGE; 2013 [citado 2013 Out 7]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

31 - Ministério da Saúde. Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 23 fev. 2006, Seção 1, p. 43.

32 - Ministério da Saúde. Portaria n.º 687/GM, de 30 de março de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 31 mar. 2006, Seção 1, p. 138.

33 - Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Atenção à Saúde. Gerência de Vigilância em saúde. Política de Promoção da Saúde no município de Vitória. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde; 2007.

Correspondência para/Reprint request to:

Mara Rejane Barroso Barcelos

Rua José Alexandre Buainz, 160, Ed. London Office Tower, sala 111

Enseada do Suá - Vitória - ES

Cep.: 29.050-545

Email: mararsb@gmail.com

Submetido em: 15-5-2013

Aceito em: 29-10-2013