



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA A DISTÂNCIA**

EDNO DANTAS PEREIRA

**AVANÇOS E DIFICULDADES NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA
DO MUNICÍPIO DE POMBAL DE 2008 A 2012: Um olhar sobre os indicadores de
Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança**

**POMBAL - PARAÍBA
2014**

EDNO DANTAS PEREIRA

**AVANÇOS E DIFICULDADES NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA
DO MUNICÍPIO DE POMBAL DE 2008 A 2012: Um olhar sobre os indicadores de
Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO apresentado ao Curso de Administração Pública, modalidade de ensino a distância, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, Linha de Formação Específica LFE III – Gestão Municipal, semestre 2014.2.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Santana.

**POMBAL - PARAÍBA
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

P436a Pereira, Edno Dantas.

Avanços e dificuldades na gestão da saúde pública do município de Pombal de 2008 a 2012 [manuscrito] : um olhar sobre os indicadores de promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança / Edno Dantas Pereira. - 2014.

31 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública - EAD) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2014.

"Orientação: Profa. Dra. Mônica Santana, Secretária de Educação à Distância".

1. Sistema Único de Saúde. 2. Universalização da Saúde. 3. Gestão Municipal de Saúde. 4. Pacto pela Saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

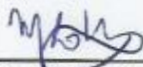
EDNO DANTAS PEREIRA

**AVANÇOS E DIFICULDADES NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA
DO MUNICÍPIO DE POMBAL DE 2008 A 2012: Um olhar sobre os indicadores de
Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança**

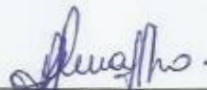
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO apresentado ao Curso de Administração Pública, modalidade de ensino a distância, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, Linha de Formação Específica (LFE) III - Gestão Municipal, semestre 2014.2.

Aprovada em: 4,12,2014

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Mônica Santana (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Jailto Luís Chaves de Lima Filho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ma. Claudiane Costa Aguiar
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais (*in memoriam*), pelos ensinamentos e por tudo que consegui ser até hoje,
DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus por permitir que com sua Graça eu chegasse até aqui.

À Jacqueline Echeverría Barrancos, coordenadora do curso de Bacharelado em Administração Pública, por seu empenho.

A professora Mônica Santana, pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação.

A minha esposa Valeska, pelo incentivo e encorajamento todas as vezes que pensei em desistir.

Aos meus filhos, para eles todo meu esforço.

Aos meu pais Veneziano e Edenizia (*in memoriam*), pelo exemplo de vida e dedicação e amor aos filhos.

Aos professores e professoras do Curso de Graduação em Administração Pública da UEPB que contribuíram ao longo de 4 anos, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa e, principalmente, por colaborarem generosamente para a conquista de um sonho.

Aos tutores Descartes Almeida Fontes e Simone César de Faria e funcionários da UEPB, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de curso pela amizade e apoio ao longo desta jornada.

O desenvolvimento, na realidade, diz respeito às metas da vida. Desenvolver para criar um mundo melhor, que responda às aspirações do homem e amplie os horizontes de expectativas. Só há desenvolvimento quando o homem se desenvolve.

Celso Furtado

RESUMO

O presente trabalho apresenta os avanços e desafios dos indicadores de saúde do município de Pombal – Paraíba – Brasil quanto aos dados do Pacto pela Saúde para a Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança de 2008 a 2012. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) objetivando a promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão. Apresenta ainda breve histórico, princípios e fundamentos da construção do Sistema Único de Saúde, bem como avanços em busca do processo de descentralização e ampliação da participação social.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde; Universalização da Saúde; Gestão Municipal de Saúde, Pacto pela Saúde.

ABSTRACT

The present work presents the advances and challenges from the indicators of health of the municipality of Pombal – Paraíba – Brazil regarding Health Pact data for the promotion of Integral attention to health of woman and Child of 2008 to 2012. The Pact for health is a set of institutional reforms of the SUS agreed between the three spheres of management (Federal, State and municipalities) aiming at the promotion of innovations in the processes and management tools. Also features brief history, principles and fundamentals of the unified health system, as well as advances in pursuit of the process of decentralization and expansion of social participation.

Keywords: health system; Universalization of health; Municipal health management, Health Pact.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	População Total, por Gênero, Rural/Urbana (1991, 2000 e 2010) - Pombal – PB	22
Figura 1	Pirâmide Etária da Distribuição da população por sexo – 2000	22
Figura 2	Pirâmide Etária da Distribuição da população por sexo – 2010	23
Gráfico 1	Total de Serviços Ambulatoriais realizados em 2012 pelo SUS em Pombal-PB	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	INDICADOR 1 - Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginal em mulheres de 25 a 59 anos	26
Quadro 2	INDICADOR 2 - Razão de mamografias realizadas na população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos	26
Quadro 3	INDICADOR 3 - Porcentagem de seguimentos de lesões de alto grau do colo do útero.....	27
Quadro 4	INDICADOR 4 - Óbitos de crianças menores de 01 ano.....	27
Quadro 5	INDICADOR 7 - Porcentagem de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	28
Quadro 6	INDICADOR 8 - Porcentagem de óbitos Infantis Investigados	28
Quadro 7	INDICADOR 9 – Incidência de Sífilis Congênita	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
NOAS-SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama
SISPACTO	Sistema do Pacto pela Saúde
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Instrumento desenvolvido pelo DATASUS
Vs.	Versus

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	BREVE HISTÓRICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	14
2.2	AVANÇOS E DESAFIOS DO SUS	17
3	METODOLOGIA	20
4	ACHADOS PRELIMINARES	21
4.1	BREVE HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE POMBAL	21
4.2	PERFIL DEMOGRÁFICO DO MUNICÍPIO DE POMBAL	21
4.3	PERFIL DA GESTÃO EM SAÚDE DO MUNICIPIO DE POMBAL ..	23
4.4	INDICADORES DO SISPACTO DE 2008 A 2012 - Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança e Implementação da “Rede Cegonha”, com Ênfase nas Áreas e Populações de Maior Vulnerabilidade	25
5	CONCLUSÃO	29
	REFERÊNCIAS	30

INTRODUÇÃO

Consagrados pela Constituição Federal de 1988, o direito a saúde nasce referendado pelos princípios da *universalidade* dos serviços e *equidade* na sua prestação, conforme posto no artigo 196 da Carta Magna a seguir:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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, 2012; p.116)

Mais adiante, precisamente no artigo 198 da Constituição, o direito a saúde ganha princípios organizacionais em relação aos serviços de saúde pautados na descentralização dos serviços – redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados; regionalização e hierarquização da rede – distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade; participação social – institucionalização da democracia participativa e do consequente controle social na área de saúde, com a obrigatoriedade de constituição e de funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo.

Dessa forma, verifica-se que a descentralização traz em si um desafio não só para todos os níveis de governo, mas também para a sociedade que passa a ter responsabilidade na implantação deste novo processo.

Para implementar o processo de descentralização surge, inicialmente, a Lei n.º 8.080. de 19 de setembro de 1990, que regula as ações e serviços da saúde. Em seu artigo 4º define o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS como sendo:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990, p.01)

O presente trabalho tratará dos avanços e desafios enfrentados pelo gestor da saúde município de Pombal – Paraíba, numa perspectiva de compreender o processo local para consolidação de um sistema público universal que possa prestar serviços público de qualidade para toda a população.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 BREVE HISTÓRICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo ALVES et al(2013), o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como fruto do movimento da Reforma Sanitária, considerado um dos principais movimentos sociais ocorridos no final dos anos 70 e durante a década de 80 do século passado. Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, fruto de tal movimento, que funcionou como importante interlocutor no desenvolvimento de novos padrões de serviços públicos de saúde. (ALVES, 2009 apud ALVES et al, 2013).

A nova Constituição brasileira, promulgada em 05/10/1988, incorporou as teses defendidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, reconhecendo a saúde como direito inerente à cidadania. Nesse contexto, houve uma radical transformação no sistema de saúde brasileiro, reconhecendo a saúde como direito social e definindo um novo paradigma para a ação do Estado nessa área.

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual, principalmente pela Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, responsável pela operacionalização do SUS e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço.

O SUS surgiu como a mais audaciosa política pública de saúde já formulada no país, porém, em momento histórico adverso devido à consolidação do setor privado na saúde e pelo ajuste fiscal do Estado, para Elias (2004), completamente sitiado pela disposição da relação Estado/sociedade.

Políticas públicas podem ser entendidas como “ações públicas que tentam regular problemas públicos, ou seja, problemas que surgem no bojo de uma sociedade e que têm relevância social” (Sampaio e Araújo Júnior, 2006, p. 336), e ainda, que são consideradas públicas porque “têm interesses públicos e fins públicos, podendo ou não ser subsidiadas ou implementadas pelo poder estatal”. Pela Lei 8.080/90, a saúde é direito fundamental do ser humano, sendo do Estado a responsabilidade de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, pela formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem ao

estabelecimento de condições que assegurem acesso universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, entre outros (BRASIL, 1990).

A mesma lei prevê em seu Art. 4º, caput, que o SUS seria constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público” (BRASIL, 1990, p.01)

Dentro dos Princípios e Diretrizes do SUS, o Art. 7º da Lei 8080 diz que: As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um 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 (BRASIL, 1990).

Dessa forma, os serviços de saúde devem oferecer todas as ações requeridas para uma atenção integral, devendo a integralidade ser entendida como o direito que tem o cidadão ao atendimento do conjunto de todas as suas necessidades, o que pressupõe a excelência na organização destes serviços. Assim, a prática da integralidade não deve ser entendida apenas como um preceito constitucional do SUS, mas ser compreendida como um conjunto de valores pelos quais se precisa lutar para que se tenha uma sociedade mais justa e mais solidária, guiado pela visão abrangente das necessidades dos sujeitos que são tratados (ALVES, 2009 *apud*).

A integralidade deve ser exercida por todos os profissionais de saúde, não devendo se restringir apenas à perspectiva de abolir o sofrimento gerado por uma doença ou de evitar tal sofrimento. A compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que o usuário do sistema de saúde apresenta constitui o principal sentido de integralidade. Nessa perspectiva, Mattos (2004) salienta que:

O que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas à situação específica na qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde (MATTOS, 2004, p. 1414).

Segundo BRASIL (2006), a primeira Norma Operacional, a NOB n. 01/1991, editada pela Presidência do INAMPS foi escrita segundo a cultura prevaiente naquela instituição de assistência médica e, portanto, tinha forte conotação centralizadora.

Seguiu-se a NOB n. 01/1992, que manteve a estrutura da anterior e criou o Pró-Saúde, o Programa para a Reorganização dos Serviços de Saúde.

A NOB n. 01/1993 institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite criando, dessa forma, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, além de impulsionar a municipalização mediante as habilitações em gestão incipiente, parcial e semiplena.

Posteriormente, a NOB n. 01/1996 consolidou a política de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da atenção à saúde. Essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados.

Seguiu-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS n. 01/2001, que criou os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e introduziu a ideia de redes de assistência.

Há quase 10 anos, deu-se o **Pacto pela Saúde** (2006) – um movimento de mudança que não é uma norma operacional, mas um acordo interfederativo –, que articula o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde introduz um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, estende a discussão da Saúde para fora dos limites setoriais e aprofunda a descentralização do SUS para Estados e municípios de forma compartilhada.

É importante salientar, que o SUS é integrado por duas instâncias colegiadas, em cada esfera de governo: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde tem por finalidade avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes e o Conselho de Saúde tem por finalidade exercer o controle social sobre a gestão do sistema estadual de saúde.

Assim, o SUS, que foi criado pela Constituição Federal de 1988, teve origens em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 70 e vem se recriando, permanentemente, por meio de reformas incrementais, acordadas pelos três entes

federativos, representados pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). É uma política pública jovem mas com capacidade de renovar-se continuamente.

2.2 AVANÇOS E DESAFIOS DO SUS

Nos últimos 20 anos, houve avanços na implementação do SUS. Realizaram-se inovações institucionais, como um intenso processo de descentralização que outorgou maior responsabilidade aos municípios na gestão dos serviços de saúde, além de possibilitar os meios para promover e formalizar a participação social na criação de políticas de saúde e no controle do desempenho do sistema.

O Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2003, p. 17) destaca 25 pontos considerados significativos para a consolidação do SUS¹ que vem sendo gradativamente ampliados. Destes, destacamos os 5 primeiros, que são:

1. Descentralização da gestão (estadualização e municipalização) com criação das Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartite), fóruns de pactuação e geração de Normas Operacionais Básicas pelas três esferas de Governo, que, além de conferir maior legitimidade e realismo às decisões, permitem maior velocidade nas respostas às demandas da população;
2. Criação e desenvolvimento dos Fundos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais;
3. Criação e crescimento da modalidade de repasse fundo a fundo;
4. Criação e funcionamento de Conselhos de Saúde em todos os Estados, Distrito Federal e na grande maioria dos Municípios, em processo de pleno desenvolvimento e capacitação no exercício do controle social e da gestão participativa;
5. Fortalecimento da rede pública de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, principalmente, os de Atenção Básica;

No entanto, o SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa. A medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal vs. segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde. Embora o financiamento federal tenha aumentado cerca de quatro vezes desde o início da

¹ Para maiores informações consultar: O Desenvolvimento do Sistema única de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf

última década, a porcentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não cresceu, levando a restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos.

Quanto às dificuldades, o texto do CNS (BRASIL, 2003) é bem enfático e destaca os principais desafios para a efetivação do SUS nos termos ao qual foi concebido, são eles:

1. Construção da Equidade
2. Adequação da Oferta de Serviços de Saúde ao Perfil das Necessidades da População por Serviços do SUS
3. Responsabilidades e Atribuições na Definição das Necessidades da População por Serviços do SUS
4. Efetivação do Caráter de Porta de Entrada dos Serviços de Atenção Básica à Saúde
5. Reordenamento Organizacional e Programático dos Serviços de Média Complexidade, segundo a Racionalidade do SUS
6. Investimento Estratégico e Utilização da Capacidade Instalada Existente
7. Reestruturação dos Programas e Projetos Federais Especiais
8. Planejamento da Oferta e Remuneração dos Serviços
9. Financiamento e Orçamentação
10. Reorientação da Política de Recursos Humanos do SUS

Outros desafios surgem por conta de transformações nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira, o que obriga a transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersectorial da saúde e na integração dos serviços de saúde. O Pacto pela Saúde e sua proposta de uma rede de serviços de saúde organizada com fundamentos na atenção básica, associados às recomendações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, segundo as quais é essencial abordar as causas primordiais dos problemas de saúde, podem ajudar nessa conformação de modelos de atenção mais abrangentes, por mais que ainda seja necessário superar enormes dificuldades.

Já para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2006), os principais desafios que o SUS enfrenta podem ser classificados nas seguintes categorias:

- desafio da universalização;
- desafio do financiamento;
- desafio do modelo institucional;
- desafio do modelo de atenção à saúde;
- desafio da gestão do trabalho no SUS; e
- desafio da participação social.

Para PAIM *et al* (p. 28); para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas. Portanto, o maior desafio enfrentado pelo

SUS é político. Questões como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas unicamente na esfera técnica. As bases legais e normativas já foram estabelecidas e já se adquiriu bastante experiência operacional. Agora é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica.

3. METODOLOGIA

O SUS é um patrimônio político e social do povo brasileiro, sendo assim, a análise e investigação das pistas que podem fortalecer o Sistema Único de Saúde ganha relevância ainda maior ao dotar a própria sociedade de informações que podem contribuir e orientar seu melhor seu desempenho e funcionamento.

Para tanto, foi feito um levantamento do perfil da gestão da saúde do município de Pombal - PB, utilizando documentos próprios da Secretaria Municipal de Saúde e fontes oficiais dos sistemas de informação do Ministério da Saúde - MS.

Esta pesquisa pode ser classificada como exploratória-descritiva, segundo definição de GIL (2002), a seguir:

“A pesquisa exploratória-descritiva é assim concebida por proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de instituições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que “estimulem a compreensão.” Gil (2002 p.41)

A técnica de coleta de dados utilizada foi a análise documental disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde que, segundo SILVA (2001), é uma ferramenta de pesquisa realizada com base em documentos guardados em órgãos públicos e privados, de qualquer natureza ou com pessoas.

4 ACHADOS PRELIMINARES

4.1 BREVE HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE POMBAL

Pombal é uma das cidades mais antigas do estado da Paraíba, e é a segunda maior do estado da Paraíba em questão territorial possuindo 889km², o que representa 1,58% da superfície total do estado. Tem uma taxa de crescimento anual de 1,86%, possui o 15º maior Índice de Desenvolvimento Humano - IDH da Paraíba, e a expectativa de vida no município é em média 66,2 anos. O município tem 22.342 eleitores, 11.284 domicílios residenciais e 721 estabelecimentos comerciais. A economia é dominada pela agricultura, comércio interno e algumas fábricas. Esta localizada a uma altitude de 184 metros. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2010 sua população era estimada em 32.443 habitantes. Segundo o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) divulgado em 2013, o IDHM da cidade esta em 0,634 o que é considerado um IDHM de médio desenvolvimento humano, levando-se em consideração de que o IDH dos municípios varia de 0 a 1, quanto mais próximo de zero, pior o desenvolvimento humano; quanto mais próximo de um, melhor. De acordo com o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) divulgado pelo ministério da educação em 2013, Pombal ficou em 3º lugar no ranking médio da Paraíba para os anos iniciais e em 4ª colocação para os anos finais.

Foi fundada no fim do século XVII, sendo elevada a vila em 1766 e em 1862 elevou-se a cidade. O município destaca-se pela bela arquitetura de seu centro histórico. Foi uma das primeiras civilizações da região, junto com Piancó.

4.2 PERFIL DEMOGRÁFICO DO MUNICÍPIO DE POMBAL

Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil², entre 2000 e 2010, a população de Pombal cresceu a uma taxa média anual de 0,05%, enquanto no Brasil foi de 1,01%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 73,90% para 80,20%. Em 2010 viviam, no município, 32.110 pessoas.

² Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/pombal_pb, acessado em 20/11/2014

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 0,55%. No estado da Paraíba, esta taxa foi de 1,01%, enquanto no Brasil foi de 1,02%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 64,76% para 73,90%.

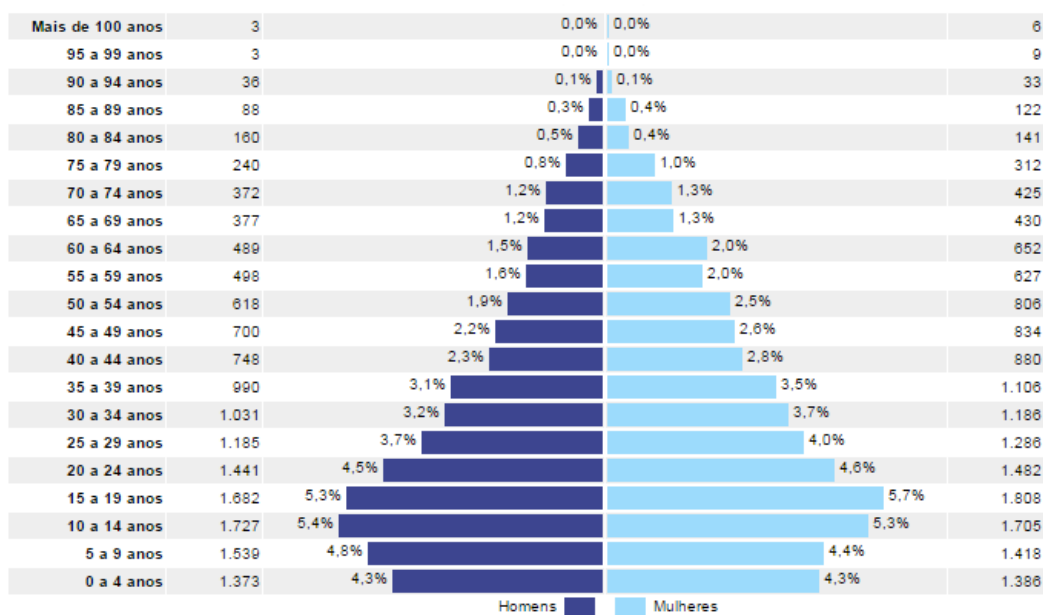
Tabela 1 - População Total, por Gênero, Rural/Urba (1991, 2000 e 2010) - Pombal - PB

População	População (1991)	% do total (1991)	População (2000)	% do total (2000)	População (2010)	% do total (2010)
População Total	30.410	100,0	31.954	100,00	32.110	100,00
Homens	14.248	46,85	15.300	47,88	15.381	47,90
Mulheres	16.162	53,15	16.654	52,12	16.729	52,10
Urbana	19.693	64,76	26.614	73,90	25.753	80,20
Rural	10.717	35,24	8.340	26,10	6.357	19,80

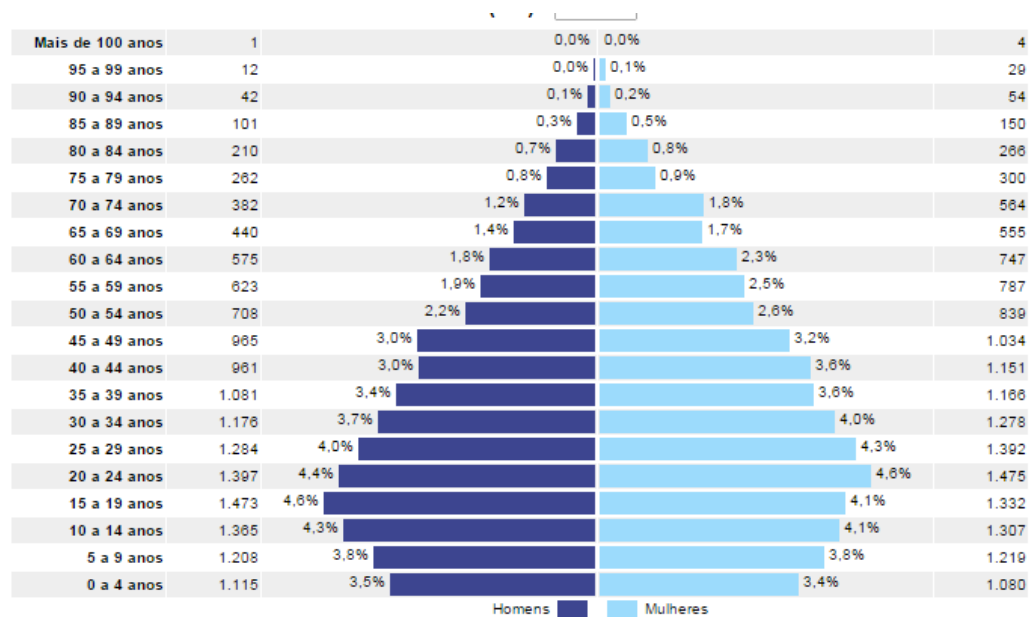
Fonte: PNUD – Disponível em http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/pombal_pb - acessado em 20/11/2014

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 38,2 por mil nascidos vivos, em 2000, para 21,1 por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 67,7. Já na Paraíba, a taxa era de 21,7, em 2010, de 43,3, em 2000 e 74,5, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 por mil nascidos vivos para 16,7 por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 por mil nascidos vivos.

Figura 1 - Pirâmide Etária da Distribuição da população por sexo - 2000



Fonte: IBGE

Figura 2 - Pirâmide Etária da Distribuição da população por sexo - 2010

FONTE: IBGE

Observando as pirâmides etárias de 2000 e 2010 poderemos notar o claro aumento do número de pessoas idosas e a diminuição dos índices de natalidade, um fenômeno nacional que evidencia o aumento da expectativa de vida da população, bem como a diminuição de nascimentos no município.

4.3 PERFIL DA GESTÃO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE POMBAL

Em 2012, segundo dados do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde – DAB/MS³, o município dispunha de 49 estabelecimentos de saúde, sendo 15 Postos de Saúde, 02 Centros de Saúde/Unidade Básica, 01 policlínica, 01 hospital geral, 05 consultórios isolados, 11 clínicas/centros de especialidades, 02 Unidade de apoio diagnose e terapia, 01 unidades móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência, 01 farmácia, 01 unidade de Vigilância em Saúde, 01 central de regulação de serviços de saúde, 01 secretaria de saúde, 03 Centros de Atenção Psicossocial, 01 Centro de Apoio a Saúde da Família, 01 pronto atendimento e 01 polo academia da saúde.

Em 2012 o município alcançou a marca de 102,61% de famílias cadastradas, em relação a estimativa de famílias do município. Quanto à população estimada em

³ Maiores informações podem ser consultadas em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>

32.134 habitantes, 92,34% estão efetivamente cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, conforme ilustrado no gráfico a seguir.

Segundo MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB, em 2008 o município de Pombal dispunha de 09 Equipes de Saúde da Família para atender uma população estimada em 31.050 habitantes. O que garantia uma cobertura de 92,75% da população. Em junho de 2009 forma instalada mais 02 equipes, o que garantiu a cobertura de 100% da população estimada em 32.424 habitantes.

Quanto à oferta de serviços especializados, o município declarou em 2012 ofertar 75 serviços. São eles: 11 Serviços Estratégias de Saúde da Família, 01 de Atendimento Móvel de Urgências, 02 de Regulação Assistencial dos Serviços de Saúde, 01 de Atenção a Saúde Reprodutiva, 01 Serviço de Atenção ao Paciente com Tuberculose, 12 Serviços de Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento, 01 de Atenção Domiciliar, 04 Serviços de Atenção em Saúde Bucal, 03 Serviços de Atenção Psicossocial, 02 de Controle de Tabagismo, 01 Serviço de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citológica, 04 Serviços de Diagnóstico por Imagem, 03 serviços de Diagnóstico por Métodos Gráficos Dinâmicos, 02 Serviços de Dispensação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, 01 de Farmácia, 04 de Fisioterapia, 02 de Hemoterapia, 04 de Oftalmologia, 01 de Reabilitação, 02 de Urgência e Emergência, 02 de Vigilância em Saúde, 02 de Endoscopia, 06 de Diagnóstico por Laboratório Clínico, 02 de Apoio à Saúde da Família e 01 de Laboratório de Prótese Dentária.

GRÁFICO 1 – Total de Serviços Ambulatoriais realizados em 2012 pelo SUS em Pombal-PB

Fonte: SIAB, 2012.

4.4 INDICADORES DO SISPACTO DE 2008 A 2012 - Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança e Implementação da “Rede Cegonha”, com Ênfase nas Áreas e Populações de Maior Vulnerabilidade.

O SISPACTO⁴ é um instrumento virtual para preenchimento e registro da pactuação de Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores do Pacto pela Saúde, que é definido como:

“um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social” (BRASIL, 2006).

O SISPACTO 2012 foi dividido em 13 diretrizes e 31 indicadores. Deste universo tão amplo, a presente pesquisa dedica-se aos indicadores apresentados na Diretriz 3, que trata da “Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade” (BRASIL, 2012, p.21).

⁴ Para maiores informações leia Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006

Os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas e servem para embasar a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliar no processo de tomada de decisão, além de contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais e na análise comparativa do desempenho do município.

Desta forma, apresentamos a seguir tabelas com os dados relativos ao que foi pactuado com e os resultados alcançados pelo município.

Quanto a meta de realização de exames citopatológicos cérvico-vaginal em mulheres de 25 a 59 anos para 2012 constatou-se que foi cumprida. Aliás, desde 2009 que todos os anos o município de Pombal cumpre o estabelecido. A base de cálculo é o número de exames citopatológicos realizados para detecção de lesão precursora do câncer do colo de útero (na faixa etária de 25 a 64 anos) nos últimos 12 meses dividido por 1/3 da População feminina residente na faixa etária.

Quadro 1: INDICADOR 1 - Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginal em mulheres de 25 a 59 anos

Ano	Meta	Resultado	Nº de mulheres 25-59
2008	0,30	0,20	1.335
2009	0,30	0,40	2.942
2010	0,30	0,33	3.117
2011	0,33	0,49	3.301
*2012	0,75	1,12	3.151

Fonte: Datasus/Sismama/Siscolo

A meta de aumentar o número de mamografias realizadas em 2012 foi cumprida e comprovado o aumento no número de Mamografias realizadas em 2012. Foram realizadas 645 exames de mamografia para a faixa etária de mulher entre os 50 e 69 anos. A base de cálculo é número de mamografias para rastreamento realizadas no público alvo do indicador nos últimos 12 meses dividido por ½ da população.

Quadro 2: INDICADOR 2 - Razão de mamografias realizadas na população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos

Ano	Meta	Resultado	Mulheres de 50-69	Quant. De Mulheres/Realiz. Exame mamografia
2008	Não Pactuado (NP)	NP	NP	NP
2009	NP	NP	NP	NP
2010	0,08(221 mulheres)	0,02*	2.767	42

2011	0,10(292 mulheres)	0,19	2.928	555
2012	0,35	0,44	2.928/2	645

Fonte: Datasus/sismama/siscolo

Quadro 3: INDICADOR 3 - Porcentagem de seguimentos de lesões de alto grau do colo do útero

Ano	Meta	Resultado	Casos
2008	100%	0%*	03(corresponde a 2007)
2009	100%	50%**	02 (corresponde a 2008)
2010	100%	100%***	06 (corresponde a 2009)
2011	100%	100%****	06 (corresponde a 2010)
2012	100%	100%	02 (corresponde a 2011)

Fonte: Datasus/Siscolo

Nota: *Em 2008 não houve acompanhamento das mulheres que realizaram citológico em 2007, que foram detectadas com lesão de alto grau do colo uterino. ** Em 2009 houve 02 casos que correspondem ao ano anterior, onde 01 dos casos foi acompanhado em seu tratamento e o outro caso, a paciente estava gestante e só após a gestação poderia começar o tratamento. Ainda encontra-se em acompanhamento. *** Foram detectados 06 casos, onde 04 deles estão em acompanhamento e 02 casos estão em cura, totalizando 100% de seguimento. **** Foram detectados 06 casos, onde 03 deles estão em seguimento (acompanhamento) e 03 casos estão em cura, totalizando 100% de seguimento.

A mortalidade de crianças menores de 01 ano tem sido uma das preocupações dos gestores da saúde do município em função de envolver fatores tão amplos, nem sempre controláveis e que ainda carece de investigação e maior planejamento de ações que possam impactar positivamente os números absolutos observados em Pombal.

Quadro 4: INDICADOR 4 - Óbitos de crianças menores de 01 ano

Ano	Meta pactuada	Nº absolutos	Taxa de mortalidade Infantil
2008	3	5	10,12
2009	5	4	9,04
2010	6	5	12,43
2011	5	8	18,56
2012	7	3	9,17

Fonte: Tabnet-PB

Nota: Segundo o ministério de saúde a taxa de mortalidade infantil é classificada como alta a partir de (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20).

Em 2011 o município conseguiu montar um sistema de monitoramento eficaz de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil e, desde então, tem alcançado 100% de óbitos investigados.

Quadro 5: INDICADOR 7 - Porcentagem de óbitos de mulheres em idade fértil investigados

Ano	Óbitos	Óbitos Investigados	% Resultado	Meta %
2008	12	4	33,3%*	75%
2009	4	3	75%	75%
2010	18	16	88%	70%
2011	8	8	100%	80%
2012	9	9	100%	90%

Fonte: Tabnet-PB

Nota: *Em 2009 a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde realizaram busca ativa dos casos não notificados em 2008, aumentando assim o resultado para 83,3%.

Os casos de óbitos infantis de 2009 foram investigados fora do prazo. Desde 2010 que os óbitos infantis estão sendo investigados dentro do prazo.

Tabela 6: INDICADOR 8 - Porcentagem de óbitos Infantis Investigados

Ano	Meta	Resultado	Óbitos investigados	Quant. óbitos
2008	75%	0%	0	5
2009	75%	100%*	04	4
2010	80%	100%**	05	5
2011	70%	100%	08	8
2012	95%	100%	03	3

Fonte: SISPACTO – EPIDEMIOLOGIA

Tabela 7: INDICADOR 9 - Incidência de sífilis congênita

Ano	Meta	Notificação
2008	NP	NP
2009	NP	NP
2010	03	0
2011	02	01
2012	01	01

Fonte: Sinan

De uma forma geral, constatou-se que o município de Pombal tem mantido sobre controle, ou pelo menos está atento, aos dados da saúde da população e tem desenvolvido eventos periódicos junto aos profissionais de saúde do município, bem como tem disponibilizado a população estas mesmas informações.

5 CONCLUSÃO

O sistema de saúde brasileiro encontra-se em pleno processo de consolidação, orientado pela efetiva implementação de seus princípios e diretrizes. A descentralização de recursos e responsabilidades para os estados e, principalmente, para os municípios, constitui-se em um dos mais importantes elementos desse processo. Contudo, dadas às características do país e de seu modelo federativo, torna-se imprescindível a articulação entre os diversos níveis de governo de modo a garantir que toda a população tenha acesso ao sistema, em todos os seus níveis de atenção com qualidade, independente do local de residência.

Atualmente o município de Pombal desenvolve 19 programas e projetos nas mais variadas áreas de prevenção e tratamento. Entre estes, destaca-se o Programa *Saúde Melhor em Casa* que atendeu mais de 400 pacientes com dificuldade de mobilidade ou com problemas crônicos de saúde em suas residências através de equipes de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e auxiliares de enfermagem.

Uma questão que apresenta-se urgente e que merece atenção especial por parte da gestão municipal da saúde é baixa cobertura de pré-natal de gestantes que residem na zona rural do município, apesar dos esforços empreendidos pelos Agentes Comunitários de Saúde. É imprescindível investigar se são questões culturais ou de dificuldade de acesso ao serviço público de pré-natal, o que impacta significativamente nos indicadores de saúde do município.

De um modo geral, os gestores da saúde do município de Pombal tem demonstrado compromisso e responsabilidade com a implementação de uma política de saúde eficaz. Para que mais avanços aconteçam é fundamental uma maior participação popular através da fiscalização e ação propositiva junto ao poder público municipal. Para isso, é preciso pensar e desenvolver estratégias de formação para o fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde para que, efetivamente, este assuma seu papel como instância representativa, deliberativa e fiscalizadora e, assim contribuir para na construção de um Sistema Único de Saúde de qualidade para todos e todas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, T.N.P. **Política Nacional de Medicamentos: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.
- ALVES, Terezinha Noemides Pires, CORRÊA, Thadeu, SOUZA, Alexandre Gomes. **Centro Odontológico de Atenção a Pacientes com Necessidades Especiais – COAPE: a resolutividade e a gestão no atendimento aos pacientes com necessidades especiais**. 2013. 56 f. Monografia (MBA em Gestão em Saúde, Acreditação e Auditoria), Faculdade de Economia, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**.
- _____, Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1ª Ed. 2ª Reimpr. – Brasília – MS/ 2003, 72 P. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- _____,. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: **Orientações Acerca Dos Indicadores Da Pactuação de Diretrizes, Objetivos e Metas 2012**, 2012.
- _____. **Lei 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set., 1990.
- _____. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF; 1990.
- _____. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2006. 164 p. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_sus_avancos_desafios.pdf>
- DENIS, J-L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, ZMA., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.
- ELIAS, P.E. Estado e saúde: **Os desafios do Brasil contemporâneo**. São Paulo: São Paulo em perspectiva, v. 18, n. 3, p. 41-6, 2004.
- GIL, Antonio Carlos – **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. Ed. – São Paulo: Atlas, 2002.
- MATTOS, R.A. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, v. 20, n. 5, p. 1411-16, 2004.
- PAIM, Jaimilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia A.; BAHIA, Lígia; MACINKO, James. **O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios**. <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> . Acesso em: 22nov2014.
- SAMPAIO, J.; ARAÚJO JÚNIOR, J.L. **Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids**. Recife: Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 6, n.3, p. 335-46, jul/set. 2006.