Universidade Estadual do Ceará

Maria Fátima Ferreira de Oliveira

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
Avaliação na Atenção Básica na Saúde da Mulher e da Criança

Fortaleza – Ceará
2007

Maria Fátima Ferreira de Oliveira

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: Avaliação na Atenção Básica na Saúde da Mulher e da Criança

Dissertação apresentada a Banca Examinadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Políticas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida.

Fortaleza – Ceará
2007

Universidade Estadual do Ceará

Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Título do Trabalho: **RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:** Avaliação na Atenção Básica na Saúde da Mulher e da Criança

Autora: Maria Fátima Ferreira de Oliveira

Data da Aprovada em: ____/____/_____.

Conceito Obtido:_____

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará
Orientador

_____

Prof.ª Drª. Augediva Maria Jucá Pordeus
Universidade de Fortaleza
1º Membro

_____

Profª. Drª. Maria Irismar Almeida
Universidade Estadual do Ceará
2º Membro

O436r Oliveira, Maria Fátima Ferreira de

Recursos humanos em saúde: avaliação na atenção básica na saúde da mulher e da criança / Maria Fátima Ferreira de Oliveira. — Fortaleza, 2007.

127 f. ; il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Políticas de Saúde.

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. Parâmetros de Atenção Básica de Saúde. 3. Enfermagem. 4. Medicina. I. Título.

CDD: 614.43

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai José Ferreira da Silva, mãe Elisa Oliveira da Silva (in memoriam), pela oportunidade que me deram para chegar até aqui, incentivando e mostrando a seus filhos, os princípios do respeito, honestidade, amor com o próximo, pela minha formação e orientação, pelos caminhos da vida.

Ao meu filho querido Léo Felyppe, minha razão de viver, minha vida, minha força, minha luz pelos momentos da ausência, do meu stress, pela paciência para comigo, mas tudo isso foi pensando em dar o melhor para você. Espero que o entusiasmo, seriedade e empenho que ponho no trabalho lhes possa servir de estímulo e exemplo para fazer sempre mais e melhor.

Ao Dr. Henrique Fonseca da Mota a minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de vida e enriquecimento profissional, pela minha saúde, pela permissão de viver este momento único, por atender as minhas orações, me fortalecer na fé, perseverança, coragem, amor, alegria, elementos estes que foram fundamentais para superar todas as dificuldades nesta trajetória.

A Nossa Senhora das Graças, pela luz que me ilumina os caminhos.

Meus irmãos Estevão, Gilberto, Francisca, Walter, Alberto e Roberto, que sempre me apoiaram, incentivaram e vibraram pelas minhas conquistas.

Aos meus tios, tias, primos(as), sobrinhos, afilhados(as), que através do constante amor, incentivo, me dão a certeza que a família é a base, é tudo que precisamos para um bom alicerce na nossa vida.

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará a minha gratidão, em especial ao Dr. Jurandi Frutuoso Silva – Secretário de Saúde do Estado-CE.

A Dra. Isabel Cristina Cavalcante Carlos, coordenadora das Células Regionais de Saúde do Ceará, minha gratidão graças a sua compreensão pude buscar minha realização profissional.

À Fátima Sales da CERES de Caucaia, pelo incentivo, do qual me motivou para fazer o Mestrado, abrigada pela força, nos momentos difíceis dessa trajetória.

À Valéria Freire, da Epidemiologia/SESA, pelo entusiasmo, pela alegria, comadre, amiga-irmã de tantos anos, que sempre esteve apoiando neste mestrado.

Ao Francisco Vasconcelos, Cleonice Oliveira, Eleonora Bandeira, Marcelo Cardoso, Kátia Cilene, Joseli Martins, Dione Figueiredo, Raimundo Araújo, Ismaille, Gleidiane Pinheiro, João Carlos e todos os funcionários da 4ª CERES/Baturité pela compreensão da minha ausência e o compromisso com a saúde da Microrregião de Baturité.
À Dra Auxiliadora Bessa, Secretária de Saúde de Guaramiranga, pelas palavras de força e perseverança

À Coordenadora do Curso de Mestrado da UECE Profª. Dra. Salete Bessa, pelo incentivo aos alunos do Mestrado Saúde Pública.

Aos docentes do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE, pelos ensinamentos e construção dos saberes

Ao querido professor Dr. Paulo César de Almeida, meu orientador, pelo apoio e atenção, dedicação, disponibilidade, estímulo, tranqüilidade na trajetória deste estudo.

Aos membros da banca examinadora pela aceitação de estarem comigo neste momento tão especial.

À professora Dra. Augediva Maria Jucá Pordeus, pelo apoio e sugestões, pela disposição e pelas observações valiosas em todas as fases da execução do estudo.

À professora Dra Maria Irismar Almeida, pelas contribuições importantes no estudo.

Aos colegas do Curso de Mestrado, especialmente Leonete Borges, Carla Mônica, Rui, Jorge, Márcia Oliveira pela cumplicidade, amizade, companheirismo e por tudo que aprendemos juntos.

À Lucélia (Lu), pela presteza e dedicação com a minha casa, deixando organizada e em ordem.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico-FUNCAP, pelo incentivo financeiro.

Aos Gerentes Microrregionais de Saúde de Crato Leiva Cabral, de Juazeiro do Norte Adriane Feitosa,e Brejo Santo Sayonara de Oliveira, pelo apoio e informações, para concretizar esta pesquisa.

RESUMO

Este estudo buscou avaliar os recursos humanos em saúde na atenção básica na saúde da mulher e da criança, conforme os parâmetros de cobertura/habitante/ano do Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, onde o processo de coleta de dados se deu, em duas etapas, através de aplicação de questionários, e levantamentos de dados do IBGE e Tabwin do DataSUS/MS. A amostra foi aleatória constituída por 171 enfermeiros e 48 médicos. Os dados foram coletados no período de outubro de 2005 a março de 2006 nos municípios da Macrorregião do Cariri-CE. Os resultados apresentaram um perfil jovem entre médicos e enfermeiros, onde estão na maioria da faixa etária entre 27 a 34 anos, com predominância do sexo feminino, onde a maioria trabalha em municípios de grande porte, sendo o principal vínculo empregatício foi a esfera municipal, a especialidade que predominou nos médicos foi a Clinica Pediátrica e dos enfermeiros Saúde da Família. O estudo apontou que os médicos e enfermeiros têm uma carga horária igual, porém uma diferenciação entre os salários, ressalta-se que na Clínica Pediátrica concentra o maior número de profissionais que recebe entre 12 a 30 salários mínimos, e também a carga horária acima de 41 horas semanais. Baseado em parâmetros populacionais os achados apontaram que para atender a necessidade da saúde da mulher são precisos 42,4 médicos especialistas em gineco-obstetras, no entanto existe uma carência de 17,4. e na Atenção à Criança, necessita de 18,8 de especialistas em pediatria, porém tem um excedente de 4,2. No entanto, na categoria enfermeiro para atendimento a população total apresentou uma carência de 55 profissionais. Concluiu-se que é necessário uma reflexão e reordenamento das políticas de saúde da mulher e da criança e políticas de desenvolvimento de recursos humanos.

Palavras chaves: Recursos Humanos em Saúde, Parâmetros da Atenção Básica de Saúde, Enfermagem, Medicina.

ABSTRACT

The objective of the present study was to evaluate human resources in primary woman and child health care in terms of coverage/inhabitant/year according to data from the Brazilian Ministry of Health. The study was descriptive and quantitative. Data collection was performed in two steps: 1) application of questionnaires and 2) search in IBGE and DataSUS/MS (Tabwin) databases. The sample was random and consisted of 171 nurses and 48 physicians. The collected data covered the municipalities of the region of Cariri (Southern Ceará) and the period from October 2005 to March 2006. Physicians and nurses were found to be generally young (mostly 27-34 years) and predominantly female. Most worked in the larger municipalities of the region, with the majority hired by municipal governments. The field of clinical pediatrics prevailed among the phycisians while working for the family health program was the most frequent finding for the nurses in the sample. Overall, physicians and nurses had similar work hours but different salary levels. Among physicians earning the equivalent of 12-30 minimum wages and working over 40 hours a week, clinical pediatrics was the most frequently observed specialization. The study also found that 42.4 obstetric gynecologists are required to cover local needs of woman and child health care, while only 25 are presently available. On the other hand, 18.8 specialists in pediatrics are required for child care while 23 are currently working in the area. As for nursing, the region presents a deficit of 55 professionals. It may be concluded that both woman and child health policies and human resources development policies are in need of urgent review.

Key words: Human Resources in Health, Parameters of Primary Health Care, Nursing, Medicine.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SÍMBOLOS 11
LISTA DE FIGURAS E TABELAS 13
LISTA DE GRÁFICOS 14
LISTA DE QUADROS 14

INTRODUÇÃO 16

CAPÍTULO 1 – REVISÃO DA LITERATURA 25

1.1 Historicidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS) ao Sistema Único de Saúde (SUS) 25
1.2 Recursos humanos no SUS: conceitos, dimensões 29
1.3 Gestão de trabalho no SUS 35
1.4 Programação Pactuada Integrada (PPI) da atenção em saúde 37
1.5 Parâmetros para Programação de ações de saúde..... 38
1.6 Atenção básica de saúde e sua contextualização 39
1.7 Política de saúde da mulher 44
1.8 Política de saúde da criança 45
1.9 Perfil sócio-econômico epidemiológico do Ceará 49

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA 52

2.1 Natureza do estudo..... 52
2.2 Local e período da pesquisa 52
2.3 Perfil sócio-econômico epidemiológico das microrregiões da macrorregião do Cariri –CE 54
2.4 População/amostra 56
2.5 Variáveis do estudo 57
2.5.1 Variáveis relacionadas aos profissionais de Saúde **57**
2.5.2. Variáveis relacionadas com a Cobertura da Assistência **58**
2.6 Coletas de dados 59
2.7 Análise de dados 60
2.8 Aspectos éticos e legais da pesquisa 60

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS 61

3.1 Perfil dos Profissionais 61

CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 78

CONSIDERAÇÕES FINAIS 90

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 93

APÊNDICES 99

Apêndice A - Parâmetros da Atenção da Mulher e da Criança 100
Apêndice B – Questionário 102
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 104

ANEXOS 105

Anexo 1 – Portaria 1097/06 106
Anexo 2 – Portaria 1101/02 107
Anexo 3 – Portaria 648/06 127

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SÍMBOLOS

APS ..... Atenção Primária de Saúde
CAPS ..... Centro de Apoio Psicossocial
CEBES ..... Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO ..... Centro de Especialidade Odontológica
CEREST ..... Centros de Referência Regional da Saúde do Trabalhador
CLT ..... Consolidação das Leis do Trabalho
CNES ..... Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COFEN ..... Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS ..... Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS ..... Conselho Nacional de Secretaria de Saúde
DATASUS ..... Processamento de Dados do SUS
DFID …….. Department for International Development
GM ……. Gabinete do Ministro
GPABA ..... Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM ..... Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE ..... Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
I.D.B…… Indicadores e Dados Básicos
I.D.H …….. Índice de Desenvolvimento Humano
INEP/MEC..... Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais e Ministério da Educação e Cultura
IPLANCE ..... Instituto de Planejamento do Ceará
LACEN ..... Laboratórios Regionais de Saúde Pública
NOAS ..... Norma Operacional de Assistência
NOB ..... Norma Operacional Básica
NOB-RH ..... Norma Operacional de Recursos Humanos
OIT..... Organização Internacional de Trabalho
ONGs ..... Organizações Não-Governamentais
ONU ..... Organização das Nações Unidas

OSCIP ..... Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAB ..... Piso da Atenção Básica

PACS ..... Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCCS ..... Plano de Cargos, Carreira e Salários

PIB ..... Produto Interno Bruto

PREV-SAÚDE .. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROQUALI ..... Programa de Qualidade

PSF ..... Programa Saúde da Família

RDH …….. Relatório sobre o Desenvolvimento Humano

RIPSA..... Rede Integrada de Informações para a Saúde

SESA …….. Secretaria de Saúde

SIASUS ..... Sistema Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SIS ..... Sistema de Informação de Saúde

SNS ..... Sistema Nacional de Saúde

SUS ..... Sistema Único de Saúde

UBS ..... Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – Mapa das Macrorregiões de Saúde do Ceará 53

Tabela 1 – Distribuição do número de profissionais segundo faixa etária e sexo. Macrorregião do Cariri-CE, 2006..... 61

Tabela 2 – Distribuição do número de médicos, segundo local de residência e trabalho Macrorregião do Cariri-CE, 2006 62

Tabela 3 – Distribuição do número de enfermeiros segundo local de residência e trabalho .Macrorregião de Cariri-CE, 2006 .....\ 63

Tabela 4 – Distribuição do número de médicos segundo suas especialidades. Macrorregião do Cariri-CE, 2006 64

Tabela 5 – Distribuição do número de enfermeiros segundo suas especialidades. Macrorregião do Cariri-CE, 2006 64

Tabela 6 – Distribuição dos números de profissionais da Atenção Básica de Saúde, segundo tempo de graduação - Macrorregião do Cariri-CE, 2006..... 65

Tabela 7 – Distribuição do número de profissionais de saúde segundo o vínculo empregatício. Macrorregião do Cariri-CE, 2006..... 66

Tabela 8 – Distribuição do número de profissionais médicos segundo especialidade e carga horária. Macrorregião do Cariri-CE, 2006..... 67

Tabela 9 – Distribuição do número de profissionais enfermeiros segundo especialidade e carga horária. Macrorregião do Cariri-CE, 2006..... 68

Tabela 10 – Distribuição dos profissionais médicos por clínica e remuneração. Macrorregião do Cariri-CE, 2006..... 69

Tabela 11 – Distribuição do número de enfermeiros segundo especialidade e remuneração. Macrorregião do Cariri-CE, 2006..... 70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos números de profissionais da Atenção Básica de Saúde, segundo tempo de graduação. Macrorregião do Cariri-CE, 2006 65

Gráfico 2 – Distribuição do número de profissionais segundo o vínculo empregatício. Macrorregião do Cariri-CE, 2006 66

Gráfico 3 – Distribuição do número de profissionais médicos segundo especialidade e carga horária. Macrorregião do Cariri-CE, 2006 67

Gráfico 4 – Distribuição do número de profissionais enfermeiros segundo especialidade e carga horária. Macrorregião do Cariri-CE, 2006 68

Gráfico 5 – Distribuição dos profissionais médicos por clínica e salário. Macrorregião do Cariri-CE, 2006 69

Gráfico 6 – Distribuição do número de enfermeiros segundo especialidade e salário. Macrorregião do Cariri-CE, 2006 70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Magnitude e Distribuição da População de Crianças de 0 a 6 anos 47

Quadro 2 – Comparativo entre os médicos das especialidades básicas com a população cobertura/ano na Atenção à Mulher e à Criança. Macrorregião do Cariri-CE, 2006 71

Quadro 3 – Comparativo entre a população cobertura/ano e médicos especialistas por habitante na Atenção à Mulher por município. Macrorregião do Cariri-CE, 2006 72

Quadro 4 – Comparativo entre a população cobertura/ano e médicos especialistas por habitante na Atenção à Criança por município. Macrorregião do Cariri-CE, 2006 73

Quadro 5 – Comparativo entre a população cobertura/ano e profissionais enfermeiros/habitante/ano na Atenção Básica de Saúde. Macrorregião do Cariri – CE, 2006 73

Quadro 6 – Comparativo entre a população cobertura/ano e profissionais enfermeiros por municípios. Macrorregião do Cariri-CE, 2006..... 74

INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta uma avaliação comparativa entre a Atenção Básica de Saúde nas áreas da Saúde da Mulher e Saúde da Criança, de forma descritiva, considerando os recursos humanos em saúde e os parâmetros de cobertura assistencial do SUS estabelecidos pela Portaria nº 1101/GM de 12 de Julho de 2002 e a Portaria 1027/2006 do Ministério da Saúde, que "destinam-se a orientar os gestores no planejamento, programação da gestão do SUS, priorizando as ações da saúde a serem desenvolvidas" (BRASIL, 2006).

A questão maior para Atenção Básica refere-se aos recursos, sejam eles humanos, físicos ou financeiros. No setor saúde, a preocupação com os recursos humanos é crônica, tendo em vista a constatação de que esse é um ponto crítico do Sistema de Saúde do País, talvez pela falta de uma política de recursos mais consistente, em especial, os recursos humanos.

A pesquisa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2004) aponta que para organização do Sistema Único de Saúde o componente recursos humanos é a referência para o desenvolvimento de estratégias e políticas para a sua implementação no âmbito dos Estados, associado a um conjunto de fatores complexos de natureza econômica, social e jurídica, técnica e política de estrutura organizacional e de disponibilidade de recursos materiais e financeiros necessários para o alcance das políticas nesta área, ou seja, a organização e disponibilidade de recursos humanos capacitados para práticas voltadas para a melhoria das condições de saúde e de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (CONASS, 2004).

No estudo realizado pelo CONASS revelou que a questão de Recursos Humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde é uma área com inúmeros problemas: insuficiência de recursos financeiros e humanos, pessoal pouco qualificado, inexistência de programas permanentes de qualificação, estruturas precárias e condições de trabalho deficientes, dentre outros (CONASS, 2004).

Essa pesquisa mostra, também, que 58,8% das necessidades dos profissionais médicos do SUS deveriam ser atendidos de forma direta de vinculação (Consolidação das Leis do Trabalho + estatutário), já os Gestores (41,7%) entendem que devem ser priorizadas formas variáveis de composição, podendo ser realizadas através de qualquer vinculação que atende as necessidades dos usuários, ou através de vínculos diretos e indiretos (23,6%). Ainda

neste estudo, a maioria dos gestores (60,3%) julga que a Norma Operacional de Recursos Humanos é útil, mas deve ser discutida e aperfeiçoada e 27,5% dos trabalhadores acham que ela deve ser complementada e logo posta em prática (CONASS, 2004).

Segundo um outro estudo sobre avaliação de tendências e prioridades sobre Recursos Humanos em Saúde, pelo Ministério da Saúde e a Rede Observatório 2002 mostra que os Recursos Humanos em Saúde representam a chave fundamental para alavancar uma boa Gestão de Saúde e, sobretudo, necessárias para desenvolver ações e serviços de saúde voltadas para melhoria das condições de saúde e de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde, porém, parte dos problemas, hoje existentes, é suscetível de resolução, por meio de iniciativas que dependem somente das decisões dos Gestores e dos esforços ou da dedicação dos trabalhadores (BRASIL, 2004).

O modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde e adotado pelos estados e municípios, nos últimos anos, está voltado para a organização de Atenção Básica, orientado para as ações de promoção e prevenção em saúde, buscando romper com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar (MENDES, 2002).

A estratégia de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde tem representado importantes iniciativas nesse sentido. As ações de saúde consideradas de média complexidade, no modelo de atenção à saúde, devem se concretizar como um estágio assistencial aberto às demandas oriundas da Atenção Básica, tendo como objetivo principal o alcance de um grau de resolubilidades de ações que possam evitar o agravamento das situações mórbidas referenciadas, com vistas a mais qualidade de vida da população (CEARÁ, 2002).

Na medida em que os dois níveis da atenção passam compor um mesmo momento do processo de programação, dentro deste contexto o Ministério da Saúde propõe algumas áreas estratégicas, refletidas em políticas especificas, possibilitando ao gestor uma melhor visão de planejamento mais efetiva as ações básicas e de média complexidade, para garantir o acesso a todos os níveis de atenção, deve se dar às necessidades da população e definições das prioridades da política de saúde em cada esfera, como orientadores dos vários eixos programáticos (BRASIL, 2006).

Nesse sentido os parâmetros são referências e recomendações técnicas para orientar os gestores do SUS, das três esferas de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas de acordo com realidades epidemiológicas, estruturais e financeiras. Conforme essa determinação o Ministério da Saúde propôs parâmetros de cobertura populacional para as ações de atenção básica e de média complexidade ambulatorial. Entende-se que parâmetros de cobertura são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população em um determinado período. Parâmetro de concentração são aqueles que projetam a quantidade de ações ou procedimentos necessários para uma população alvo (BRASIL, 2006).

O Sistema Estadual de Saúde do Ceará tem nas suas diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde – SUS, beneficiar com ações e serviços de promoção de saúde, de prevenção de agravos, doenças e mortes evitáveis de Atenção à Saúde nos vários níveis de complexidade e de programas de reabilitação efetivamente de boa qualidade. A reorganização da atenção e dos serviços do SUS/CE, este norteada pelos princípios da democratização, da universalidade de cobertura e acesso, da descentralização, da integralidade na prestação das ações, da equidade e do controle social (artigo da constituição do estado do Ceará – 1989), configurando efetiva estratégia político-social de produção da cidadania (CEARÁ, 2002).

O SUS do Ceará, direciona os serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida da população, promovendo a Vigilância à Saúde, em articulação intersetorial com organização governamentais e não governamentais, o que permitirá a aplicação de recursos dos níveis Federal, estadual e Municipal com Racionalidade e Equidade. Segundo as diretrizes da política do SUS/Ceará, os trabalhadores da saúde devem ser valorizados com salários dignos, adequadas condições de trabalho, capacitação, reciclagem e incentivos, admissão por concurso, dedicação exclusiva (CEARÁ, 2002).

O modelo assistencial do SUS no Ceará está organizado em três níveis de complexidade da Atenção em Saúde: Primário, Secundário e Terciário, possuindo instâncias operativas que funcionam como estruturas de suporte para as ações da Secretaria de Saúde – SESA em todo o Estado.

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do pacto de gestão, com objetivo de orientar a descentralização das ações e

serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores, visando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, racionalização de gastos e otimização de recursos (BRASIL, 2006).

Neste aspecto a apropriação dos espaços locais é determinante na adequação das práticas sanitárias às reais necessidades de saúde da população, exigindo gestores, esforços e priorização na identificação dos desenhos existentes que devem ser trabalhados, respeitando-se as peculiaridades de cada região (BRASIL, 2006).

A regionalização de Saúde do Ceará teve seu marco inicial em 1997, com a contratação de uma consultoria internacional de Ezequiel Paz Zavalia e com o apoio do *Department for International Development* do Reino Unido – DFID/UK, para estruturar o Sistema de Referência e Contra-referência estadual. O estudo baseou-se na malha viária, no fluxo das referências para internação, na contigüidade territorial e na capacidade máxima instalada de cada município.

Inicialmente, o Estado foi dividido em 14 trechos por onde convergiam os municípios aos pólos terciários de Fortaleza, Sobral e Cariri. Posteriormente, em 21 microrregiões de saúde e, atualmente, dividido em 22 microrregiões e 3 macrorregiões de saúde (CEARÁ, 2002).

Microrregião de Saúde é um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuar na busca de soluções para problemas comuns e, macrorregião de saúde é o conjunto de microrregiões que convergem para os pólos terciários de Fortaleza, Sobral e Cariri (MENDES, 2002).

As Macrorregiões são responsáveis pelas ações de alto custo e alta complexidade, tais como: quimioterapia, radioterapia, ressonância magnética, transplante, neurocirurgia, etc (MENDES, 2002).

Em 1998, surgiu o processo de modelagem da gestão estadual, com o objetivo de estruturar a Secretaria da Saúde do Estado, conforme objetivo e missão institucional. Com essa mudança, os 14 departamentos regionais de saúde, organizados na lógica administrativa, foram substituídos por 21 células regionais de saúde, instâncias da Secretaria da Saúde do

Estado nas microrregiões, estruturadas na lógica assistencial, definidas para responderem pela promoção da política estadual da saúde e pela organização dos serviços neste âmbito, sendo oficializadas no início de 2000 (CEARÁ, 2002).

Em cada Microrregião existe uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional, espaço de negociação e pactuação das ações e serviços do SUS, composta pelos 3 gerentes da Célula Regional de Saúde (Orientador Regional, Assistente Técnico e Auxiliar Administrativo-Financeiro) e Secretários Municipais de Saúde. Quanto ao fortalecimento do controle e avaliação, foram implantadas 21 centrais de regulação microrregiões e 3 macrorregionais, responsáveis pelo agendamento e garantia de acesso a consultas, exames e internações de média e alta complexidade, bem como a emissão de relatórios operacionais que identificam falhas e necessidades do Sistema (NORÕES, 2006).

Também fazem parte da Atenção Secundária os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Centros de Especialidades Odontológicas Regionais (CEO), os Centros Ambulatoriais de Especialidades, os Laboratórios Regionais de Saúde Pública (LACEN), os Centros de Referência Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST Regional). Existem, também, os Sistemas de Apoio, onde é implementada a Assistência Farmacêutica; o Controle e Avaliação, a Mobilização Social e o Controle Público, que compreende o controle institucional realizado pelo Ministério Público, Legislativo, Serviços de Auditoria, Ouvidoria, etc., bem como integra o controle social. Mediante os Conselhos de Saúde, Conferências, Fóruns Microrregionais, etc (NORÕES, 2006).

Existem, ainda, os Sistemas de Saúde Pública, onde são fortalecidas a Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e os Sistemas de Informação.

Norões (2006) afirma que:

Para melhor operacionalizar os Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde, foram definidos os instrumentos de gestão microrregional, citados a seguir: Plano de Gestão Microrregional/Agenda Microrregional de Saúde; Plano Diretor de Regionalização e Plano Diretor de Investimento; Plano Microrregional de Educação Permanente; Programação Pactuada Integrada – PPI; Termos de Compromisso dos hospitais-pólo e da assistência farmacêutica; Sistema de Informação Gerencial; Relatório

de Gestão Microrregional; Políticas e Planos de Qualidade, tais como protocolos clínicos, pactos, PROQUALI (metodologia da qualidade) e acreditação de unidades.

No Ceará, na Macrorregião do Cariri-CE, o grande fator que ainda preocupa gestores, profissionais de saúde, população é a rotatividade, a precarização das equipes de saúde, tanto nas unidades básica e hospitalar. Portanto, o presente estudo pretende avaliar os recursos humanos existentes e a cobertura das metas que atendem as necessidades da população na atenção primária de saúde da criança e da mulher na Macrorregião do Cariri-CE.

Este estudo tem como compromisso de contribuir para a formulação de políticas públicas de recursos humanos para a saúde, compatível com as necessidades da população na Atenção Básica, principalmente na assistência à saúde da mulher e da criança. Colaborar também, para melhor alocação de profissionais que apresentem perfil, competências e habilidades necessárias para atender as demandas da população como também subsidiar a distribuição territorial dos profissionais existentes no Brasil, no Ceará e na Macrorregião do Cariri. No entanto, há muito que avançar e, para tanto, se faz necessário o enfrentamento de muitas questões que demonstram ser limitantes nesse processo.

Portanto, hoje, em qualquer área, formar recursos humanos com perfil adequado as necessidades sociais implica propiciar capacidade de aprender a aprender, trabalhar em equipe, comunicar-se, ter agilidade diante das situações, ter capacidade propositiva, são algumas características necessárias aos profissionais do futuro, que não combinam com a formação tradicional e com a pedagogia da transmissão que predomina nas universidades (CEBES, 2000).

Os Recursos Humanos são componentes imprescindíveis do desenvolvimento sócio-econômico e apresentam uma relação bastante íntima com o tipo de sociedade na qual estão inseridos. Portanto, as características da força de trabalho e da oferta de emprego não devem ser vistas separadas dos contextos que é a estrutura ocupacional do conjunto de economia (SANTANA; GIRARDI, 1992).

É preciso destacar o desempenho que os Municípios na área da saúde, vem desenvolvendo através de muitos projetos e estratégias que estão sendo planejados,

implantados e alguns já estão em andamento com o fim precipício de garantir a saúde e o bem estar de toda população em especial da criança e da mulher.

O problema

Na minha caminhada profissional**,** como gestora municipal de saúde em dois municípios do Ceará e, também, como gerente microrregional de saúde, onde se teve a oportunidade de organizar, planejar, implementar, acompanhar, monitorar serviços de saúde,desde 1993, onde encontramos situações bastantes distintas e complexas.

No exercício dessas funções identificou-se, dentro deste cenário, muitos desafios para desenvolver os serviços nos Sistemas de Saúde, tais como: o descompasso entre salário, rotatividade de profissionais, falta de informações atualizadas, desconhecimento da realidade e da necessidade da população, falta de planejamento, carência de pessoal, profissionais de saúde sem motivação e sem qualificação para desenvolverem suas atividades exigidas pelos cargos que ocupam, dentre outras.

Diante deste contexto, se constitui no problema central da temática do estudo.

Nessa perspectiva levanta-se as seguintes questões: por que os profissionais da saúde ainda não conseguem atender as necessidades básicas de saúde da população dos municípios apesar de suas especialidades? por que os parâmetros populacionais do Ministério da Saúde nem sempre são compatíveis com a realidade?

A carência de pesquisas sobre Recursos Humanos que permitam uma compreensão que vá além dos aspectos organizacionais, técnicos administrativos e os questionamentos que inquietavam a autora, contribuiu de forma decisiva para transformar esta situação, no objeto do seu projeto de pesquisa de mestrado onde pretende avaliar os recursos humanos existentes e a cobertura dos parâmetros que atendem as necessidades da população na atenção primária de saúde da criança e da mulher na Macrorregião do Cariri, a autora entende que o mestrado representa uma oportunidade de reflexão teórica e cientifica dessa e de outras questões que estão diretamente ligadas a problemática apresentada. A perspectiva

em que se coloca este estudo aponta novos paradigmas para o desenvolvimento das políticas de saúde e de recursos humanos.

Hipóteses

Esta pesquisa trabalha as seguintes hipóteses:

- os parâmetros de cobertura do Ministério da Saúde e os Recursos Humanos neste contexto não são compatíveis com a realidade da Macrorregião;
- os gestores não levam em consideração as especialidades do(a) enfermeiro(a) para contratação, enquanto o profissional médico só é contratado pela sua especialidade;
- os recursos humanos em saúde atendem às necessidades da atenção básica na área da assistência à mulher e a criança.

O presente estudo desdobra-se em quatro capítulos, assim configurados: No primeiro capítulo explicita-se a Revisão da Literatura; o segundo refere-se à Metodologia e particularmente a forma como se desenvolveu o trabalho de campo; o terceiro capítulo refere-se aos Resultados apresentados através de diversas figuras entre outras - tabelas, gráficos e quadros; o quarto capítulo estrutura-se com as Discussões dos Resultados, apontadas na coleta de dados. Por último, estão as sínteses dos pontos destacados durante as análises – Considerações Gerais.

Objetivos

- Geral:

- Avaliar os recursos humanos existentes no atendimento as necessidades da atenção básica da saúde da mulher e criança na Macrorregião do Cariri, conforme os Parâmetros do Ministério da Saúde.

- Específicos:

- Conhecer o perfil dos profissionais de saúde envolvidos na Atenção Básica da Saúde da Mulher e da Criança;
- Verificar, a cobertura da população/ano na Atenção Básica relacionada à saúde da mulher e da criança;

Correlacionar os recursos humanos médicos e enfermeiros existentes com os parâmetros de cobertura população/ano da Atenção Básica à Saúde da Mulher e Criança.

CAPÍTULO 1
REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Historicidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS) ao Sistema Único de Saúde (SUS)

A trajetória do Sistema de Saúde mostra que na metade do século XX, o sistema brasileiro atendia as necessidades da economia do país, para a qual se exigia uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar as exportações. Este modelo era, então, chamado de "sanitarismo campanhista" (ALMEIDA, 1999).

A partir dos anos 60, o modelo assistencial passou a valorizar o indivíduo, adotando-se uma assistência médica-privatista, onde as práticas curativas e especializadas foram privilegiadas, em detrimento da saúde pública (MENDES, 2002).

Na década de 70, criou-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que institucionalizava o modelo médico assistencial privatista e definiu as competências das instituições públicas e privadas (ROUQUAYROL, 1999).

Nos anos 80, surgiu o Programa Nacional de Serviços Básico de Saúde (PREV-SAÚDE), coordenado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, o que permitiria uma assistência integral à população. Este programa não aconteceu, por reações que surgiram na burocracia estatal e no setor privado (WESTPHAL, 2001).

Mendes (1994) afirma que:

> as políticas de saúde no período de 1980-1990, foi marcada pelo desenvolvimento no contexto de uma profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do País. Do ponto de vista político, emergem na arena sanitária novos sujeitos sociais portadores de interesses, ideologias e visões de mundos diferentes que vão conformando dois grandes projetos políticos sanitários alternativos: o contra hegemônico

> (a reforma sanitária) e o hegemônico (o projeto neoliberal), proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista.

Na década de 80, as mudanças políticas e econômicas determinaram o esgotamento do modelo médico assistencial privatista. O modelo existente privilegiando a prática médica curativa, pouco atuando sobre a prevenção das doenças, individual (em detrimento das ações sobre a coletividade, especializada incorporados de novas tecnologias, tornando-se dependente do mercado estrangeiro) e orientado para a lucratividade do setor saúde – apresentou grandes problemas, principalmente por excluir parte expressiva da população (CARVALHO; MENDES; MARQUES 2001).

Na Nova República, o primeiro plano nacional de desenvolvimento preconizava que a expansão do Sistema de Saúde deveria ser um processo descentralizado que fortalecesse as estruturas estaduais, municipais e comunidades na oferta de serviços de natureza local e regional. Neste momento, realizou-se a VIII Conferência Nacional da Saúde, que foi o grande evento político-sanitário, com ampla discussão e participação dos trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde (BRASIL, 1998).

A VIII Conferência Nacional da Saúde constituiu-se um marco importante da Reforma Sanitária, que Mendes (1991) definiu como:

> um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, que objetive a eficiência, eficácia e equidade permanente através do incremento de sua base social, da consciência sanitária dos cidadãos da implantação de um outro paradigma assistencial do desenvolvimento de uma nova ética profissional.

A Constituição brasileira de 1988 preconizou grandes avanços na organização da oferta de serviços de saúde e na concepção saúde-doença, onde se buscou resgatar a dívida social diante da população brasileira. A Constituição Federal do Brasil de 1988, no seu artigo 196, consolida essas mudanças ao definir saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais 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 (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A conquista da saúde como direito de cidadania foi fruto dos movimentos sociais na busca de uma nova política de saúde que transcendesse a visão macro da saúde, incorporando-a, dentro das políticas sociais. Diante dos fatos, a mudança do modelo assistencial vigente ocorre com a criação do Sistema Único de Saúde e com o processo de descentralização das ações de saúde nas três esferas de governo, regulamentado pela Lei n° 8080, em 1990 (ROUQUAYROL, 1999).

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, em seu artigo 198, orienta para a organização de ações e serviços públicos em saúde que integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Para atender as diretrizes do SUS, foi necessária uma reestruturação no hegemônico Sistema de Saúde vigente desde 1970. Após a realização da IX Conferência Nacional de Saúde em 1992, que denunciou o não cumprimento da legislação sanitária e defendeu a municipalização da saúde, efetuou esforços pela descentralização das ações e serviços de saúde, consubstanciados na Norma Operacional Básica 01/93. Essa norma estabelece diferentes condições de gestão (incipiente, parcial e semiplena) para permitir a transição de uma situação em que os municípios eram tratados com meros prestadores de serviços para uma fase de municipalização plena prevista pela legislação em vigor (BRASIL, 1993).

No que se refere à Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOB 96), publicada nessa época, previa duas formas para a habilitação dos municípios junto ao SUS: *gestão plena da atenção básica e gestão plena do Sistema Municipal*. Observa-se, também, uma preocupação desta Norma em estabelecer as bases para que

o SUS fosse “transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como a relação da equipe da saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos primários – as famílias” (BRASIL, 1998, p.12).

Goya (1996) enfatiza que:

> no Brasil o caminho da descentralização dos serviços de saúde passou a se identificar em grandes pontes com o da “municipalização”. Esta identificação traz a vantagem de valorizar as instituições municipais já, relativamente, fortes e autônomas no país, como um ponto de referência muito concreto (o município tem, há muitos anos, eleições para o executivo e o legislativo). Como desvantagem, traz a dificuldade de adaptar um mesmo conceito de regionalização para realidades muito distintas (municípios que variam de 2.000 até 10 milhões de habitantes ou mais).

A municipalização da saúde deve inscrever-se como microespaço social de exercício cotidiano de construção da democracia e, portanto, de criação de cidadania. As instituições municipais, especialmente as localizadas em cidades de grande e médio porte, apresentam, hoje, condições mais favoráveis à modernização que organismos estaduais e federais. Os pequenos municípios, realmente têm dificuldade, contudo, gerenciarão sistemas e baixa complexidade e, de outro, devem receber apoio técnico da instância estadual (MENDES, 1994).

Em 1999, destacou-se o início da implementação do pacto dos indicadores da atenção básica, foi um marco importante, onde apontou estratégias para organização da atenção básica, com destaque ao Programa Saúde da Família. Com a proposta de mudanças nos últimos anos, com a criação dos Distritos Sanitários e os Sistemas Locais de Saúde não estava sendo suficiente para promover mudanças significativas no modelo de assistência à saúde (ASSUNÇÃO, 2003).

Dessa forma, o Ministério da Saúde implanta como metas prioritárias às estratégias dos Agentes Comunitários de Saúde em 1991 e o Programa Saúde da Família em 1994 (BRASIL, 1998).

Outro aspecto relevante foi à publicação da Norma Operacional da Assistência à saúde NOAS-SUS 2001/2002 que amplia a responsabilidade dos municípios na atenção básica, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, cria mecanismos para fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualiza critérios de habilitação dos estados e municípios. Nesta concepção estabeleceu normas mínimas que todos os municípios devem desenvolver no âmbito da atenção básica, dentre outras, a saúde da criança e da mulher (BRASIL, 2002).

É fundamental, que se tenha claro, que o SUS ainda tem muitos avanços e desafios a superar e aos gestores a responsabilidade de assumirem o compromisso solidário do pacto pela saúde em 2006. Este pacto tem como ênfase nas necessidades da população integradas e articuladas nos três componentes: pacto pela vida, pacto em defesa do Social e pacto de gestão pelo SUS. No pacto pela vida estão enumeradas prioridades básicas em saúde que as três esferas devem perseguir: a saúde do idoso, câncer de colo de mama e de útero, mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica à saúde (BRASIL, 2006).

Estudar os Recursos Humanos a partir das necessidades do SUS, identificando conceitos, dimensões, caracterizando sua finalidade e os impactos sobre as Ações Básicas de Saúde têm por objetivo a compreensão desses conceitos nas Políticas de Saúde para subsidiar as discussões desse trabalho.

1.2 Recursos humanos no SUS: conceitos, dimensões

As abordagens conceituais do termo Recursos Humanos sofrem uma evolução, sendo significado a partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração, estando subordinado à ótica de quem exerce alguma função de gerência

ou de planejamento. Absorve, também, o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho-emprego/desemprego, produção, renda, e configura-se na gestão do trabalho e da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho. O trabalhador como "ser social" e sociedade (PIERATONI; VARELLA; FRANCO, 2004).

- Conceitos de Recursos Humanos

O trabalho humano em organizações tem merecido a atenção de muitos estudiosos, tentando compreender os fatores que influenciam o desempenho das pessoas no ambiente de trabalho. Isto porque tudo que uma organização é capaz de realizar depende, em última análise, das pessoas com que conta, planejamento, *marketing*, direção, controle, arrecadação de fundos e as atividades fim estão diretamente relacionados aos conhecimentos, atitudes e habilidades que as pessoas trazem e desenvolvem ao longo de sua vida pessoal e profissional. Isto vale para todas as organizações, independente da atividade a que se dedicam. A peculiaridade está em dar aos recursos humanos um tratamento adequado aos propósitos da organização e aos valores que ela expressa (REIS, 1999).

Por isso, não é raro encontrarmos autores que sustentam que o primeiro público a ser considerado por uma organização é o público interno. Diante deste contexto, uma organização não será capaz de demonstrar respeito por seus consumidores se não praticar este mesmo princípio internamente, até porque são os recursos humanos da empresa que possuem contato direto com os públicos externos (REIS, 1999).

A Norma Operacional de Recursos Humanos - NOB-RH Brasil (2003) destaca os seguintes conceitos:

> Recursos Humanos: expressão utilizada para designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto, um serviço. Trabalhadores de saúde: são todos aqueles que exercem as suas atividades ou funções em serviços de saúde pública ou serviços de saúde privados. Trabalhadores da

área de saúde do SUS: são aqueles que realizam ações, atividades ou funções de saúde estatais ou privadas, conveniados ou contratados pelo SUS.

Dos ditames constitucionais de 1988 em relação à saúde, consegue-se apreender três dimensões do ideário do Sistema Único de Saúde. essas dimensões influenciam, fortemente, na política de Recursos Humanos , no entender de Seixas (2002), para a saúde no Brasil. Em termos de dimensionamento, conteúdo e abrangência, o mesmo autor analisa a dimensão conceitual que se expressa no art. 196 – **"**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 a promoção, proteção e recuperação**" -** O reconhecimento da determinação social no risco de adoecer e de sofrer agravos à saúde. Avaliando a dimensão Ética, a saúde tem como direito social: as diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, um direito a ser garantido a todos os cidadãos do país. No que se refere à dimensão Organizacional, o SUS é um sistema pluralista, regionalizado, hierarquizado, descentralizado, como direção única em cada esfera de governo.

Diante neste cenário Pieratoni, Varella e Franco (2004), relatam que o processo do Sistema Único de Saúde (SUS) e a trajetória da descentralização têm no financiamento, na responsabilidade de gestão e no pacto intergestores seu foco privilegiado. Essa descentralização prevê a organização local de estruturas político-administrativas capazes de assumir responsabilidades inerentes à gestão de políticas públicas traduzidas em autonomia, competências e responsabilidades conferidas pela legislação.Apesar de que o principio de comando único em cada esfera de poder federativo prudente nas responsabilidades e prerrogativas na formulação da política setorial para o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, condições locais e estruturais e conjunturais têm conferido aspectos, influenciando as modalidades de implantação e sustentabilidade do SUS.

Na procedência dessa diversificação Queiroz (2003) destaca vários fatores como a "heterogeneidade geográfica, as dimensões continentais e população numerosa, irregularmente distribuída no território nacional" que influenciam perfis epidemiológicos, adaptações locais para implementação e gestão da assistência à saúde; "a heterogeneidade

socioeconômica e a concentração de renda", com forte concentração de renda e reduzida capacidade distributiva; e "os traços particulares da organização política federativa" distribuídos por três níveis de esferas de governo (27 estados e 5.560 municípios sendo 77,9% deles com população abaixo de 25 mil habitantes), com autonomia administrativa e sem vinculações hierárquicas entre si.

Assim, na economia brasileira, as relações de trabalho, as condições de vida e as possibilidades de acesso da população aos bens e aos serviços básicos caracterizam-se pelas desigualdades regionais tanto na perspectiva pessoal quanto na espacial (MARTINEZ; MARTINEAU, 2004)

No Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil (2003) apontam desigualdades que podem ser evidenciadas: apesar da pobreza ter começado a cair no começo dos anos 90, isso ocorreu de modo desigual- e não tão rápido quanto o necessário para o Brasil atingir a Primeira Meta do Milênio.Segundo o RDH, embora o nordeste tenha conseguido uma redução dramática nos indicadores, a região Sul é a única que deve conseguir cortar a pobreza pela metade até 2015. O Norte do país é a única região que vi a pobreza crescer, de 36% em 1990 para 44% em 2001. A região Norte não tem evoluído o suficiente, ao contrário do que ocorreu com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Nordeste e do Sudeste, por exemplo. A região Nordeste ainda possui baixos índices de desenvolvimento humano. È consensual que as desigualdades na distribuição da riqueza no mundo atingiram proporções alarmantes, porém o foco do trabalho de muitas agências bilaterais e multilaterais, vem sendo reduzir a pobreza em vários paises. O componente saúde, para o alcance dessas metas, tem ocupado posição de destaque pelo consenso internacional das relações entre pobreza, baixo crescimento econômico e péssimas condições de saúde (MARTINEZ; MARTINEAU, 2004).

Frente a este cenário, existe um consenso entre os tomadores de decisão em saúde, em diversos países, que a Atenção Primária á Saúde é um componente essencial para um bom desempenho dos Sistemas de saúde (STARFIELD, 1998).

Mediante o fortalecimento da eficácia do estado, com a melhoria de sua capacidade de ação, implica uma re-alocação da função de recursos humanos que devem assumir uma posição mais estratégica Cornetta, Pereira e Lefrève (2001) apontam que a

função de recursos humanos é o conjunto das relações de emprego e trabalho que abrangem elementos tais como a seleção de pessoal, duração da jornada, a remuneração, as oportunidades de qualificação, etc, Esta função deve ser redefinida como estratégia para que se possa alcançar maior eficiência, mais responsabilidade e capacidade de iniciativa na organização e administração pública. O sentido desta re-alocação será o de conter os efeitos da resistência burocrática e do corporativismo e tratar de forma adequada os problemas da flexibilização do trabalho, junto com a resolução da questão da estabilidade do funcionário público.

A área de Recursos Humanos teve seus princípios emanados na VIII Conferência Nacional de Saúde e foi determinada pela Constituição Federal de 1988, Capítulo II, Seção II e dispõe da obrigatoriedade de concurso para investidura em cargo ou emprego público, salvo em cargos em comissão; a preferência por servidores públicos quanto a ocupação e exercício dos cargos ou funções de confiança; a revisão da remuneração, que deve ser feita sempre na mesma data e sem distinção entre servidores civis e militares; cargos do poder legislativo não podem ter vencimentos maiores que os poderes executivo e judiciário; os vencimentos dos servidores públicos, tanto civis como militares, são irredutíveis; e regime único e planos de carreira para os servidores da União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e deve ser assegurada a isonomia de vencimentos para atribuições iguais ou semelhantes do mesmo poder ou entre os três poderes (CORNETTA; PEREIRA; LEFRÈVE, 2001).

A Política de Recursos Humanos na área de saúde foi formulada e executada, articuladamente, pelos diferentes esferas de governo, em cumprimento a Lei Orgânica da Saúde n° 8080/90 (SEIXAS, 2002).

No seu artigo 27, dispõe de:

> I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de elaboração de programas de aperfeiçoamento de pessoal; II - valorização da dedicação exclusiva ao Sistema Único de Saúde – SUS.

A partir dessa situação a IX Conferência Nacional de Saúde em 1992, definiu que, para efetiva implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, é indispensável uma política nacional de recursos humanos, que compatibilize diferentes situações de servidores oriundos de distintos vínculos contratuais de modo a assegurar a operação adequada do sistema. O ponto principal dessa política deve ser a criação de quadros de profissionais de saúde em cada esfera de governo, com implantação do plano de carreira no SUS. Desse modo, defende que a conjuntura atual que perpassa o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, representa importante balizamento para as propostas e as estratégias de viabilização das políticas de recursos humanos (SEIXAS, 2002).

Com relação ao perfil dos profissionais de saúde no mercado de trabalho do setor saúde, segundo (GIRARDI; CARVALHO; ARAÚJO, 2004), afirmam que pesquisas pelo IBGE sobre Setor Informal no Brasil em 1997, os dados evidenciaram, uma grande característica distintiva das atividades do setor saúde, qual seja, o grande peso que nela jogam as instituições públicas e as entidades não lucrativas do terceiro setor, seja na oferta de serviços, seja na oferta da oportunidade de empregos.O peso do setor público municipal merece destaque. Com 24,6% do emprego, a posição do setor público municipal é superada apenas pelos estabelecimentos empresariais lucrativos, que somam 25,6% desses empregos. Os mesmos autores ainda afirmam cada seis empregos existentes no setor municipal se localiza em serviços de saúde, o mesmo acontecendo no mercado de trabalho do terceiro setor, que tem 16,4 de seus empregos em serviços de saúde. Por outro lado, para o seguimento das entidades empresariais, a ocupação em saúde detém um peso menor de 2,6% com relação ao emprego em todos os setores do segmento.

Em termos de dinâmica do estoque das categorias de profissionais do nível superior, o maior crescimento deteve para os farmacêuticos. Estes tiveram o acréscimo de 10 mil vínculos de emprego. Tiveram variação negativa dos estoques os assistentes sociais, os dentistas e os enfermeiros. Porém os vínculos dos médicos aumentaram 4,1% em termos brutos. No período (INEP/MEC, 1990-2000). Das ocupações de

saúde as mulheres representam cerca de 73% dos empregos. Das categorias selecionadas da saúde existe uma maior participação masculina – médico (60,0%) e médico veterinário (75%). O salário médio para o conjunto das categorias de saúde está em torno de 6,5 salários, sendo o pessoal de enfermagem (3,9 SM) e o médico tem o maior, 12,2 Salários Mínimos (GIRARDI; CARVALHO; ARAÚJO, 2004).

Andrade (1998), afirma em seus estudos no Ceará, que 53,5% dos enfermeiros do PSF tinham menos que 30 anos de idade; Machado (2000) identificou, a nível nacional, que os enfermeiros estão na faixa entre 30 a 40 anos de idade.

Diante desta situação a Organização Internacional de Trabalho (OIT), dois dos principais temas de grande importância estão relacionado com os itens precariedade irregularidade do trabalho, ou seja, trabalho decente e vulnerabilidade do trabalhador. O trabalho decente, segundo a OIT, está fundado em quatro pilares: promoção de emprego; que o emprego conte com adequada proteção social; que os empregos respeitem os princípios fundamentais e os direitos do trabalho; que realize co diálogo social. A vulnerabilidade social do trabalhador é definida pela OIT como um estado de elevada exposição a determinados riscos ou incertezas, combinado com uma capacidade diminuída para se proteger ou defender-se, para fazer frente as suas conseqüências (ROUQUAYROL, 1999).

1.3 Gestão de trabalho no SUS

A gestão do trabalho é de responsabilidade do gestor que recebe os serviços de saúde o gestor federal e os gestores estaduais nortearão o pagamento de vencimentos e vantagens, individualmente reconhecidos ou incorporados, manterão, ainda, um sistema de comunicação e negociação com as instâncias de gestão dos recursos humanos descentralizados referentes a afastamentos, demissões, transferências ou substituições, repassando, automaticamente, aos atuais gestores por meios dos respectivos Fundos de Saúde (BRASIL, 2003).

Entretanto, a gestão do trabalho em saúde, deverá ser exercida nas três esferas e submetida aos fóruns de participação popular (Conferências de Saúde) do respectivo sistema de saúde e pactuada antes de sua execução entre gestores, trabalhadores e usuários, incluindo: a participação efetiva do usuário na definição do quadro de recursos humanos necessários à gestão do sistema e a execução dos respectivos orçamentos e planos de saúde – Nacional, Estadual e Municipal (BRASIL, 2003).

O re-ordenamento no nível federal tem importantes funções gerenciais, reguladoras e de prestação de serviço do sistema e seus componentes institucionais (eficácia, eficiência, qualidade e produtividade). Nesse nível se traduz pela criação das agências reguladoras – Agência Nacional da Vigilância Sanitária, Agência nacional da Saúde Complementar e pela reestruturação organizacional do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

No âmbito estadual as funções são: redefinição do papel das Secretarias Estaduais de Saúde (funções de gerenciar, promover a equidade do sistema, função reguladora de cooperação técnica a municípios), criação de uma nova modalidade gerencial dos serviços - fundações, autarquias, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP (CEARÁ, 2002).

A implantação do Programa de Saúde da Família – PSF, tem como estratégia a reorientação da atenção básica e do modelo de atenção á saúde no país, pela valorização o vínculo e do compromisso entre a equipe da saúde, indivíduo e comunidade – possibilita uma ação pró-ativa no cuidado à saúde (BRASIL, 2004).

O SUS e seus recursos humanos vêm padecendo, nos últimos anos, de intensas e crescentes precarização das relações de trabalho, reflexo da política geral de corte neoliberal terceiro-mundista, tanto no setor público como no setor privado. A ausência de uma política de recursos humanos para a saúde, formulada e realizados sob a lógica da política pública, expressa nos princípios e diretrizes Constitucionais da

Seguridade Social e do SUS, compõe hoje, com escassez de recursos, os dois maiores obstáculos ao desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2004).

Os Princípios e Diretrizes, para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, recém-aprovados no Conselho Nacional de saúde, constituem um marco entorno do qual o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, através da tripartite, deverão assumir, perante a atual política governamental de recursos humanos, sua parte no equacionamento desta decisiva questão (CONASS, 2004).

Os Princípios e Diretrizes formuladas pelo Conselho Nacional de Saúde para Norma Operacional de Recursos Humanos, em 2002, recomendam que as novas relações de trabalho deverão propiciar reconhecimento do caráter estratégico e decisivo dos recursos humanos no desenvolvimento e realização do SUS; satisfação com o trabalho, fixação e continuidade dos profissionais prioritários e básicos, com queda efetiva da desastrosa rotatividade, hoje existente; aperfeiçoamento da gestão dos recursos humanos em relação ao processo de trabalho, no âmbito da relação pessoal e profissional do profissional de saúde com usuários; reconhecimento da responsabilidade social do pessoal de saúde e do setor saúde como utilizador de mão-de-obra intensiva; Concurso Público e Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS); valorização nos PCCS mediante adicionais de desempenho e de resultados para a saúde da população; educação permanente no trabalho, visando os perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade regional e em cada nível de complexidade; reformulação dos currículos das escolas de saúde através de diretrizes adequadas às necessidades do SUS (BRASIL, 2004).

1.4 Programação Pactuada Integrada (PPI) da atenção em saúde

A Portaria 1101/GM/2002 estabelece os parâmetros de cobertura assistenciais no âmbito do SUS, portanto, a Programação Pactuada Integrada da Assistência em Saúde é um processo instituído no âmbito do SUS, como um instrumento de planejamento e programação de assistência. Para efetivação desse

processo é necessário quantificar as ações de saúde para população residente em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros, bem como efetivar os pactos intergestores para garantia de acesso a população aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

As Diretrizes Norteadoras do processo de programação pactuada através do Ministério da Saúde, deve levar em consideração, durante o seu processo de planejamento:

- deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;
- os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados a nível nacional e estadual;
- a pactuação é realizada, prioritariamente, por áreas de atuação, a partir das ações básicas de saúde para compor o rol das ações de maior complexidade;
- os recursos financeiros das três esferas do governo devem ser visualizados na programação;
- a programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de fluxo de atendimento ao usuário, de oferta de serviços no procedimento e no teto financeiro dentre outros;
- a Programação Pactuada Integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização de cada estado.

1.5 Parâmetros para programação de ações de saúde

Os parâmetros representam recomendações técnicas, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS, dos três níveis de governo no planejamento programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas,

podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas, estruturais e financeiras (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde os parâmetros de concentração de procedimentos e cobertura populacional destinam-se para as ações de Atenção Básica e de Média Complexidade ambulatorial. Entende-se que parâmetros de cobertura são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido. Parâmetros de concentração são aqueles que projetam a quantidade de ações ou procedimentos necessários para uma população alvo, são expressos em quantidade *per capta* (BRASIL, 2006).

Para este estudo foi utilizado os Parâmetros da Portaria 1027/2006 do Ministério da Saúde (ANEXO 1), e foram escolhidas as áreas prioritárias: Saúde da Mulher, destacando as ações de Pré-Natal, Planejamento Familiar, Câncer de Colo Uterino e Câncer de Mama e Saúde da Criança, com crescimento e desenvolvimento, afecções respiratórias, desnutrição leve e moderada e desnutrição grave. Os parâmetros utilizados para estimativa de cobertura do atendimento à saúde da mulher e da criança foram calculados com base na população geral dos municípios da Macrorregional do Cariri-CE, do ano de 2005 e como fonte o IBGE e DATASUS (CEARÁ, 2005).

Contextualizar a Atenção Básica de Saúde tem por objetivo mostrar as distorções conceituais de implantação e designação de terminologias.

1.6 Atenção básica de saúde e sua contextualização

Atenção primária à saúde, também chamada de cuidados primários de saúde, em Portugal, e Atenção Básica (governo do Brasil), foi definida pela Organização Mundial da Saúde em 1978 como,

> Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados

> universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como os países possam arcar cada estágio de seu desenvolvimento (BRASIL, 2003).

Atenção Básica de Saúde, é parte integral do sistema de saúde do país, do qual é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (BRASIL, 2003).

De acordo com Starfield (2002), principais características da atenção primária à saúde são: constituir a porta de entrada do serviço – espera-se da APS que seja mais acessível à população; continuidade do cuidado – a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo; integralidade – o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde, ainda que parte deles seja encaminhado a equipe de nível secundário; coordenação do cuidado- mesmo quando parte do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar esses cuidados, já que são realizados por profissionais de ares diferentes.

O termo Atenção Básica à Saúde é pouco encontrado na literatura mundial. O conceito usual para este campo de práticas é Atenção Primária à Saúde, como decorrência do pacto mundial realizado em 1978, na cidade de Alma-Ata (República de Cazaquistão), na antiga União Soviética-URSS, onde diversos países participaram da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde e afirmaram compromissos com a meta de "saúde para todos no ano 2000", constituindo assim a Declaração de Alma-Ata que reforçava, para tanto, a saúde como sendo não a simples ausência de doença, mas como o "estado de completo bem-estar físico, mental e social", trazendo para o âmbito formal e internacional aquilo que Marc Lalonde, ministro da Saúde do Canadá, já vinha apontando como os componentes básicos para a abordagem da saúde dos povos: "a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde" (BRASIL, 2003).

Em síntese, pode-se afirmar que o pensamento da atenção primária no mundo apresenta-se com vários sentidos desde o primeiro nível de atenção, passando pela idéia de um tipo de serviços, uma filosofia de atendimento, até uma estratégia de organização dos sistemas de saúde. No caso brasileiro o termo Atenção Básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (BRASIL, 2003).

É, portanto, uma formulação típica do SUS, que deixa claro os seus princípios e suas diretrizes organizativas e é incorporado pela estratégia do PSF, a qual, a partir de sua criação, materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2003).

A atenção à saúde no Brasil vem sofrendo o efeito de graves distorções, que explicam a atual crise no setor. O país tem um importante segmento da população que se encontra excluído de qualquer cuidado de saúde. A população assistida ainda é submetida a uma grande desigualdade da qualidade de atenção, havendo um pequeno segmento que utiliza toda a tecnologia moderna disponível e outro que receba uma atenção limitada (BRASIL, 2001b, p.1).

Um dos grandes desafios a serem vencidos no Sistema Único de Saúde é a construção de redes assistenciais que garantam serviços básicos resolutivos e continuidade da atenção, mediante oferta organizada de serviços de média e alta complexidade, garantindo o acesso ao sistema, conforme as necessidades da população (BRASIL, 2004).

As concepções distintas da Atenção Primária de Saúde têm fundamentado as políticas e práticas de saúde no Brasil: 1- Atenção Primária de Saúde enquanto programa de medicina simplificada ou “atenção primitiva de saúde” (TESTA, 1992); 2- Atenção Primária de Saúde enquanto primeiro nível de atenção ou atendimento de

primeira linha ou atenção básica (MENDES, 1996); 3- Atenção Primária de Saúde enquanto estratégico da proposta de saúde para todos no ano 2000 (OPAS, 1990).

As diversas terminologias, nos quais Atenção Básica e Atenção Primária de Saúde são tratados como sinônimos ou como conteúdos específicos, dependendo de quem tratar as terminologias, estas podem apresentar-se como primeiro nível e porta de entrada de um sistema de saúde, programa de medicina simplificado nos molde dos cuidados primários à saúde, estratégia de integração de sistemas de saúde, espaço tático operacional de reorientação de sistemas de saúde, estratégia de organização de serviços de saúde e como concepção e testes de modelos assistenciais alternativos, dentre outros, portanto são grandes as dificuldades apontadas por estes e vários outros autores (NEGRI; GIOVANNI, 2002).

Atenção Primária de Saúde é reconhecida como espaço tático-operacional de reorientação de sistemas de serviços de saúde mediante a implantação de distritos sanitários e como oportunidade de experimentação de modelos assistenciais alternativos com as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população (MENDES, 2002).

A definição usada pelo Ministério da Saúde para Atenção Básica de Saúde é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

A discussão sobre gestão da atenção básica e modelos de atenção vem assumindo, progressivamente, certa relevância nas políticas de saúde no Brasil. Assim, a Norma Operacional Básica de 1996, concebia para o SUS “um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – as famílias” (BRASIL, 1998a, p.12).

Conforme a NOB-96, os municípios assumem responsabilidades na gestão da atenção básica, tais como: desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento e gestão, incluídos os mecanismos de referência e contra-referência de pacientes; coordenação e operacionalização do sistema municipal; desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação; desenvolvimento das ações básicas de vigilância sanitária; administração e desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica e fortalecimento do controle social (BRASIL, 2000).

A NOAS-SUS 01/2001 atualizou as condições de gestão, definiu prerrogativas dos gestores municipais e estaduais. A NOAS-02 manteve as duas modalidades de habilitação de gestão dos municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA e Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM (BRASIL, 2002).

Brasil (2006) recomenda que a Atenção Básica tenha como fundamentos:

> possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o principio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de vigilância à saúde, tratamento e reabilitação de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantido a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio de estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, com parte do processo de planejamento e programação; estimular a participação e controle social.

Os gestores dos sistemas locais de saúde são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território. O financiamento da Atenção Básica constitui-se, sendo o somatório das partes fixa e variável chamado piso da Atenção Básica. O Piso da Atenção Básica – PAB é destinado à viabilização das ações de Atenção Básica e compõe o teto financeiro do bloco Atenção Básica (BRASIL, 1996).

Visando à operacionalização da Atenção Básica o Ministério da Saúde definiu como áreas estratégicas para atuação em todo território Nacional, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, controle da diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL,2006).

Para subsidiar a pesquisa, torna-se necessário uma discussão sobre a política de saúde da mulher e suas conseqüências como parte integrante do estudo.

1.7 Política de saúde da mulher

A consolidação de uma política para mulher é de fundamental importância que demandam ações específicas. É importante lembrar que o atendimento a essas especificidades deve estar pautadas na perspectiva da atenção integral à saúde da mulher, percebendo-a em suas múltiplas dimensões (BRASIL, 2004).

Em 1984 esboçou-se o atendimento à mulher pelo sistema de saúde foi limitado ao período grávido-puerperal e, mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos conhecidos como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas. Outros aspectos têm sido relegados ao plano secundário, tais como: prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez indesejada, abortando, acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade. Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar crescente a presença da mulher na força de trabalho além de seu papel fundamental no núcleo da família (BRASIL, 2004).

A mulher como objeto de políticas públicas no Brasil, até o início dos anos 80, era contemplada apenas nos aspectos procriativos, ou seja, garantiam-lhes ações de reprodução durante a gestação, o parto e puerpério. Ao se abordar a saúde da mulher, o foco costuma estar nas especialidades ginecológicas e de obstetrícia, reduzindo as mulheres a sua capacidade reprodutora. No entanto, nota-se que a pobreza, a

dependência econômica, a dupla jornada de trabalho, a violência e a discriminação, a falta de alimentos afeta diretamente a saúde da mulher nas diversas etapas da vida. Para garantir a saúde às mulheres, as políticas públicas devem ir além do eixo materno-infantil e, de forma integral, educar e prevenir as situações de risco. No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando o infarto agudo no miocárdio e acidente vascular cerebral, as neoplasias, principalmente o câncer de mama e de colo de útero, dentre outros (BRASIL, 2004).

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de vida e da saúde de uma população. Estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde estimou que em 1990, aproximadamente, 583 mil mulheres, em todo o mundo, morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico puerperal, sendo que 5% delas viviam em países desenvolvidos (BRASIL, 2003).

Desde a implantação do sistema ambulatorial (SIASUS), registra-se uma tendência de aumento do número de consultas de pré-natal, especialmente a partir de 1997. Em 1995, foram registradas 1,2 consultas de pré-natal para cada parto realizado no SUS. Em 2002, essa razão era de 4,4 consultas de pré-natal para cada parto. Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade desta assistência é precária, o que pode ser atestado pela alta incidência de sífilis congênita estimada em 12 casos por 1000 nascidos vivos no SUS, pelo fato da hipertensão arterial ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil e, também, porque apenas 41% das gestantes inscritas no pré-natal. Os indicadores do Sistema de Informação de Saúde – SIS no programa do pré-natal realizaram o elenco mínimo de ações preconizadas pelo programa e que, apenas 9,43 realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério (BRASIL, 2002).

1.8 Política de saúde da criança

Da gestão ao parto, o nascimento de uma criança envolve dezenas de pessoas, sua mãe, seu pai, seus outros familiares, os amigos de sua família, os amigos de sua família, os profissionais de saúde. O nascimento de uma criança é, portanto, um acontecimento social, que desperta alegrias, esperanças e responsabilidades. Por isso, proteger, cuidar, dar a cada criança o melhor possível não é uma tarefa apenas de seus pais, mas também de sua família, das pessoas da comunidade onde ela vive, dos agentes comunitários de saúde, de líderes da Pastoral da Criança, de enfermeiros, médicos, educadores, formuladores e gestores de políticas públicas, enfim, de muitas pessoas (UNICEF, 2001).

O desenvolvimento infantil é um conceito que toma como princípio o fato de a criança ser protagonista de seu próprio desenvolvimento. Ou seja, desde a gestação, o bebê não é propriedade de alguém. A criança é uma pessoa, sujeito de direitos, capaz de modificar os ambientes e as reações das pessoas em volta dele e que, portanto, precisa ser "ouvida" em suas mais diferentes manifestações. A noção de desenvolvimento infantil refere-se ainda a um conjunto de ações para a proteção e os cuidados para as crianças em seus primeiros seis anos de vida. Envolve a garantia do convívio familiar e comunitário de meninas e meninos, intervenções nas áreas de saúde, educação e assistência social (UNICEF, 2001).

- Por que é importante iniciar bem a vida?

A cada dia, são mais fortes as evidências científicas de que os primeiros anos de vida são particularmente importantes para o desenvolvimento da criança e representam oportunidades significativas para o crescimento de meninas e meninos. Descobertas recentes têm demonstrado convincentemente que a primeira infância, desde a gestação, é a fase mais crítica da pessoa no que diz respeito ao seu desenvolvimento biológico, cognitivo, emocional e social.

A cada dia, o desenvolvimento da criança vem sendo mais bem compreendido. Tornou-se claro que os primeiros anos de vida formam a base para a boa saúde física nos anos futuros e são críticos para o crescimento emocional saudável, para o desenvolvimento intelectual e das aptidões sociais. Pesquisas demonstram a forte relação entre o bem-estar da criança nos primeiros anos e seu impacto nas condições de saúde, no desenvolvimento e no comportamento do jovem nos anos seguintes (UNICEF, 2001).

A situação das crianças e mulheres do mundo melhorou de maneira significativa ao longo dos últimos 15 anos, com redução das taxas de mortalidade infantil e aumento dos índices de imunização e de acesso à escola. No Brasil, houve também uma melhora dos índices relativos à criança. Há 12 anos, o País aprovou uma nova Constituição federal, onde está prevista a prioridade absoluta a crianças e adolescentes como dever da família, da sociedade e do Estado. Há 10 anos, foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente, onde meninas e meninos são definidos como pessoas, sujeitos de direitos em condição peculiar de desenvolvimento. Por si mesmo, esses marcos legais representam um avanço, e não há dúvidas de que alavancam importantes mudanças no dia-a-dia da criança. Na prática, isso implica garantir o direito igual de todas as crianças a um nome e a nacionalidade, alimentação, bons cuidados de saúde, educação básica, justiça e igualdade em sua condição de seres humanos (UNICEF, 2001).

- Os Avanços

Quando se fala em desenvolvimento infantil, é preciso, em primeiro lugar, lembrar que este é um momento especialmente oportuno. Devido às quedas nas taxas de fertilidade das mulheres brasileiras, demograficamente o Brasil vive um período no qual, provavelmente pela primeira vez na história, o número de crianças de 0 a 6 anos decresceu: entre 1991 e 1999, a redução foi de 3,4%, passando de 23,9 milhões para 23,1 milhões (BRASIL, 2002).

Portanto, este é um excelente momento para investir em políticas de desenvolvimento infantil.

Quadro 1 – Magnitude e Distribuição da População de Crianças de 0 a 6 anos

	1991	1996	1999	Variação 91/99 (%)
Menores de 1 ano	3.267.317	3.328.298	3.393.800	3,9
0 a 3 anos	13.503.397	13.140.264	13.337.879	-1,2
4 a 6 anos	10.424.599	9.801.713	9.773.577	-6,2
Menores de 5 anos	16.975.893	16.397.802	16.604.311	-2,2
Total de 0 a 6 anos	23.927.996	22.941.977	23.111.456	-3,4

Fonte: IBGE, 1999

Um dos mais importantes avanços do País na última década foi à queda do índice de mortalidade infantil. Em 1990, a taxa brasileira era de 47,8 mortes para cada mil crianças nascidas vivas. Em 1998, esse índice era de 36,1. Embora a meta estabelecida de redução em um terço neste período não tenha sido alcançada pelo Brasil — o índice deveria chegar a 31,9 por mil — a redução representa milhares de vidas salvas, resultado do trabalho realizado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e pela Pastoral da Criança, entre tanto outros esforços (BRASIL, 2002).

Apesar da queda no índice, ainda são grandes e alarmantes as disparidades regionais nas taxas de mortalidade e de crianças menores de um ano. No Rio Grande do Sul, a taxa de mortalidade infantil é de 19,4 por mil. Em Santa Catarina, o índice é de 23,1 por mil e em São Paulo, 24,1. No outro extremo estão os estados de Pernambuco, Paraíba e Alagoas, com índices de 61,8 por mil, 64,6 por mil e 71,9 por mil, respectivamente. Apesar de todos os avanços, o Brasil ainda deve superar grandes desafios para garantir os direitos de suas crianças e de seus adolescentes. Todas as dificuldades a serem enfrentadas afetam mais gravemente a criança, principalmente em seus primeiros anos de vida. O maior desses desafios é a pobreza, porque cria um ciclo vicioso que atravessa gerações e perpetua a exclusão social de meninas, meninos e suas famílias (BRASIL, 2002).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 30,5% das famílias brasileiras com crianças entre 0 e 6 anos de idade vivem com renda *per capta* igual ou inferior a meio salário mínimo. Na região Nordeste, 53,6% das famílias com filhos menores de seis anos têm renda de até meio salário mínimo. Esse índice é de 34,8% na região Norte, 18,3% no sudeste, 21,8% no Sul e 25,2% no Centro-Oeste (BRASIL, 2004).

Assim como, bem-estar significa mais do que riqueza, pobreza significa mais do que renda insuficiente para cobrir as necessidades mínimas de uma família. Sinais de que as necessidades básicas não estão sendo atendidas – como saúde frágil, baixa escolaridade, discriminação e marginalização – também são indicadores de pobreza. Assim, a pobreza está ligada ao acesso inadequado a serviços sociais básicos, como boas creches e suas alternativas, pré-escolas, postos de saúde e saneamento adequado (BRASIL, 2004).

Embora tenha havido avanços, o índice de mortalidade infantil no Brasil ainda é alto para uma das maiores economias do mundo. Países mais pobres do que o Brasil têm taxas muito mais baixas, como Venezuela (taxa de 21 por mil), Sri Lanka (17 por mil), Panamá (18 por mil) e Cuba (7 por mil). Noções com condições de desenvolvimento parecidas com as do Brasil, como Argentina e Chile, têm índices de 19 por mil e 11 por mil, respectivamente (BRASIL, 2004).

O Ceará foi um dos primeiros estados a eleger a redução da Taxa de Mortalidade Infantil como meta de governo, em 1987. Naquela época a Taxa de Mortalidade Infantil do Ceará era extremamente elevada, superior a 100 óbitos de crianças menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos. Enquanto em 1994 o Estado apresentava uma taxa de 80/1000, ao final de 2005 essa taxa declinava para 18,5 por 1000 nascidos vivos, representando uma expressiva redução dos óbitos infantis no Estado (CEARÁ, 2006).

Portanto a Atenção Básica da criança requer a construção de políticas públicas capazes de prover a atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade.

1.9 Perfil sócio-econômico epidemiológico do Ceará

O Ceará, cuja capital é Fortaleza, de acordo com o IBGE (2005) tem uma população de 8.097.290 habitantes, sendo classificado como o terceiro estado mais populoso do Nordeste e o quarto em área demográfica, com 148.016Km^2, possuindo uma extensão litorânea de 573Km, onde vivem, aproximadamente, 4 milhões de habitantes. A área de expressão turística, por seus atrativos e recursos naturais, tais como, praias, dunas, manguezais e outros, além de apresentar como característica marcante da população a hospitalidade, sem contar com uma culinária reconhecida mundialmente. O Estado ainda apresenta uma vocação para pesca e exportação de camarão, lagosta, caju, etc. A distribuição geopolítica administrativa do Ceará compreende em 184 municípios, com 760 distritos (CEARÁ, 2005).

Conforme o desenho do Plano Diretor de Regionalização de Assistência à Saúde, conforme diretrizes da NOAS/2001, o Ceará dispõe de 96 (noventa e seis) Módulos Assistenciais, 29 (vinte e nove) Pólos Microrregionais e três Pólos Macrorregionais. Segundo documento de avaliação sobre a situação de saúde do Ceará, em 2002, consta que nas últimas décadas o Ceará tem apresentado um declínio em suas taxas de fecundação, o que tem provocado uma desaceleração no crescimento populacional. Mesmo nascendo menos criança do que seria esperado, o Estado possui uma população, eminentemente, jovem com 45% de crianças e adolescentes. Isto não impede que os idosos comecem a se sobressair na população, constituindo-se, atualmente, 9% da população, quando há duas décadas atrás, no início dos anos 80, eram apenas 6% (CEARÁ, 2002).

A média de natalidade no Ceará, em 1980, era de 6,5 filhos/mulher. Em 1996, esta média foi reduzida para 3,3 filhos e em 2000 para 3,0, segundo dados do Fundo de População das Nações Unidas. Refletindo esta queda da fecundidade, o tamanho das famílias também vem declinando (NORÕES, 2006).

A saúde é uma condição de bem estar que depende, essencialmente, de nível educacional, de situação econômica e das condições ambientais sob as quais vive uma população e, para a maioria da população, estas condições são inatingíveis. O analfabetismo é uma mácula que, gradualmente, vem regredindo no Ceará. Em 1980, o índice de analfabetismo, isto é, a proporção de pessoas com mais de 15 anos que não sabem ler ou escrever, era de 45%, em 2000, ele foi reduzido para 27%. Esse percentual é maior entre os homens e na região rural. Para as gerações mais novas os indicadores educacionais também são positivos: a taxa de escolarização, referente às matriculas de crianças de 7 a 14 anos em estabelecimentos de ensino, aumentou de 56% em 1997 para 98% em 1999 (CEARÁ, 2004).

Um indicador sumário de todos os bens e serviços produzidos em um ano por um país, estado e no município é o Produto Interno Bruto (PIB), o Estado do Ceará em 2000 constituiu um PIB da ordem de 22 bilhões de Reais, gerando um PIB *per capta* de 2.900 Reais O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU) para medir, de forma global, as condições de vida da população. O Ceará permanece com o IDH considerado médio (0,699), mas apresenta-se como o Estado que mais progrediu, entre todos os estados brasileiros, passando de 23ª colocação em 1991 para 19º no ano de 2000 Com relação ao saneamento básico, o Ceará apresenta-se, de um modo geral, bastante semelhante ao resto do país, com maior acesso á água potável e esgotamento sanitário nas áreas urbanas e com escassez destes bens vitais nas áreas rurais (CEARÁ, 2004).

CAPÍTULO 2
METODOLOGIA

2.1 Natureza do estudo

Nesta pesquisa optou-se pela abordagem quantitativa, conseqüentemente, de natureza descritiva. Para tanto, segundo Gil (2005) "as pesquisas descritivas têm objetivo primordial a descrição de características de uma determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relação entre variáveis". Neste sentido, o método estatístico é de grande importância, pois passará a caracterizar o razoável de precisão os dados quantificados.

2.2 Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Estado do Ceará na Macrorregião de Saúde do Cariri, abrangendo 28 municípios com uma população total de 904.000 habitantes, é composta por três Microrregiões de Saúde, sendo Brejo Santo, Juazeiro do Norte e Crato. Vale ressaltar que o Ceará está dividido em três macrorregiões, como demonstra a figura 1, mapa do Estado do Ceará com as Macrorregiões.

A vocação econômica desta Macrorregião é algodão herbáceo, banana, caju, bovinocultura, leite semi-intensiva, ovinocultura extensiva, piscicultura consociada interativa, fabricação de aparelhos de ar, fabricação de bombas, fabricação de equipamentos para extração de minérios e construção, fabricação de equipamentos para terraplanagem, indústria de alimentos, indústria de celulose, papel e artefatos, fabricação de motores, atividades de agências e organizadores de viagens, estabelecimentos hoteleiros, museus e conservação do patrimônio histórico, promoção de espetáculos artísticos e culturais. Na educação, consta de 1.272 escolas de ensino fundamental; 86 escolas de ensino médio, com uma taxa de alfabetização de 64%. Sua infra-estrutura consta com 43% de abastecimento de água nos domicílios; 13% da rede de esgoto nos domicílios; 71% da taxa de energia elétrica nos domicílios (CEARÁ, 2004).

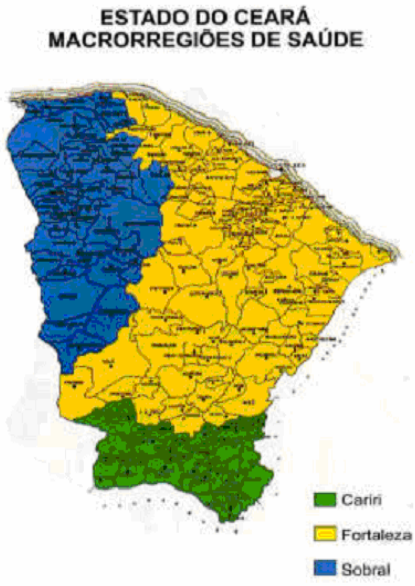


Fig. 1 – Mapa das Macrorregiões de Saúde do Ceará

O Setor Saúde na Macrorregião do Cariri, é constituída de três células Regionais de Saúde, instância da Secretaria de Saúde do Estado, conta com 45 hospitais, com capacidade de 2.882 leitos. Segundo dados da Secretaria da Saúde, através do I.D.B., 2005 a situação epidemiológica apresentou: a taxa de prevalência de hanseníase de 7 por 10.000 habitantes; taxa de incidência da tuberculose de 20 por 100.000; taxa de incidência de dengue de 60 por 100.000 habitantes. A principal causa de morte foi por doenças cardiorespiratórias com uma taxa de 132 por 100.000 habitantes; taxa de mortalidade infantil de 22 por 1.000 nascidos vivos e oito óbitos maternos (CEARÁ, 2005).

2.3 Perfil sócio-econômico epidemiológico das microrregiões da macrorregião do Cariri-CE

- Microrregiões de Saúde: Brejo Santo, Juazeiro do Norte e Crato.

- Microrregião do Brejo Santo:

Constituída por nove municípios: Brejo Santo, Aurora, Barro, Milagres, Abaiara, Porteiras, Mauriti, Jati e Penaforte, tendo uma população geral de 201.565 habitantes, e a população urbana de 97.051 enquanto a população rural é de 104.514 habitantes. Via de acesso desta região para Fortaleza é a BR 116. A vocação econômica desta Microrregião é algodão herbáceo enrijado, banana, caju e fabricação de conservas e sucos de caju, bovinocultura leite semi-intensiva, caprinocultura semi-intensiva, ovinocultura extensiva e piscicultura consorciada intensiva. Na educação, a taxa de alfabetização, foi aproximadamente 65%, existem 369 Escolas de Ensino Fundamental e 20 Escolas de Ensino Médio e nenhuma Instituição de Nível Superior. A infraestrutura consta no ano de 2000 de 44 mil domicílios, com abastecimento de água nos domicílios apenas 39,2%, rede de esgoto nos domicílios de 11,15% e energia elétrica nos domicílios de 55,1% (CEARÁ, 2002).

O setor saúde é constituído de uma Célula regional de Saúde (Sede – Brejo Santo), instância da Secretaria de Saúde do Estado; conta com 11 hospitais, com 685 leitos. Segundo os dados dos indicadores de morbimortalidade da Secretaria de Saúde do Estado, nesta microrregião a taxa de incidência da Dengue por 100.000 habitantes foi de 29,3; a taxa de prevalência da Hanseníase por 10.000 habitantes foi de 7,0; a taxa de incidência da Tuberculose por 100.000 habitantes foi de 41,9; internação em menores de 5 anos por 1.000 habitantes foi de 43,3; a taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva em menores de 40 anos por 10.000 habitantes, ainda se encontra elevada, é de 121,7. Doenças cardiorespiratórias é a principal causa de óbito, com 130,9 por 100.000 habitantes, seguida de óbito por neoplasia na ordem de 70,8 por 100.000 habitantes e causa mal definidas chega a 67,2 por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade infantil foi de 23,3 por 1.000 nascidos vivos com 02 óbitos maternos (CEARÁ, 2002).

- Microrregião do Juazeiro do Norte:

Composta por 06 municípios, sendo: Juazeiro do Norte, Missão Velha, Barbalha, Jardim, Granjeiro e Cariraçu. Tem uma população geral de 349.192 habitantes, sendo a população da área urbana de 264.891 habitantes e na área rural de 84.301 habitantes. A vocação econômica desta Microrregião é caju sequeiro, cana irrigada, fabricação de

aguardente, bovino cultura de leite intensiva e semi-intensiva. Na educação, consta de 357 Escolas de Ensino Fundamental e 34 Escolas de Ensino Médio, com uma taxa de alfabetização de 66,5%. Conta com uma infraestrutura de abastecimento de água nos domicílios de 46,2%, rede de esgoto de 11,7%, enquanto que a taxa de energia elétricas nos domicílios foi de 71,3% (CEARÁ, 2002).

No setor saúde este é composta por uma Célula Regional de Saúde, instância da Secretaria de Saúde do Estado, constando de 12 hospitais com capacidade de 1.000 leitos. Segundo dados dos indicadores e dados básicos da Secretaria de Saúde do Ceará (SESA) em 2004, esta microrregião apresentou uma taxa de incidência de Dengue de 49,4%, taxa de prevalência de hanseníase de 5,3 por 10.000 habitantes, taxa de incidência de Tuberculose de 49 por 100.000 habitantes. A principal causa de óbito na região é de causas mal definidas com 132,5 por 100.000 habitantes, seguido de doenças do aparelho digestivo com 116,8 por 100.000 habitantes e por último por causas externas. A taxa de mortalidade apresentou 22,5 por 1.000 nascidos vivos e 03 óbitos maternos (CEARÁ, 2004).

- Microrregião do Crato:

É composta por 13 municípios, sendo: Crato, Várzea Alegre, Tarrafas, Santana do Cariri, Salitre, Potengi, Nova Olinda, Farias Brito, Campos Sales, Assaré, Araripe, Antonia do Norte, Altaneira, com uma população geral de 299.255 habitantes, sendo na zona rural 11.742 habitantes e na zona urbana 181.833 habitantes. A vocação econômica da Microrregião é algodão herbáceo e sequeiro, caju, fabricação de aguardente, avicultura, fabricação de artigos, peças e acessórios do vestuário, fabricação de roupas profissionais, fabricação de aparelho de ar condicionado, fabricação de equipamentos, indústria de alimentos, fabricação de bombas, indústria de couro, tecido, museus e conservação do patrimônio histórico, promoção de espetáculos artísticos e culturais (CEARÁ, 2002).

O setor saúde é constituído de 01 Célula Regional da Saúde, sendo a sede no Crato, instância da Secretaria de Saúde do Ceará, conta com a capacidade instalada com 22 (vinte e dois) hospitais com 1197 leitos, com a proporção de 3,75 leitos/habitantes; 85 Postos de Saúde; 19 Centros de Saúde; 06 serviços de Fisioterapia; 16 Laboratórios de Patologia Clínica; 01 Centro de Hemoterapia; 01 Centro de Apoio Psicossocial. A infraestrutura conta com: abastecimento de água nos domicílios de 45,6%; abastecimento de rede de esgoto 16%;

energia elétrica com 89%. Na educação existem 546 escolas de Ensino Fundamental, com 32 escolas de Ensino Médio; a taxa de alfabetização de 63% (BRASIL, 2002).

A escolha da Macrorregião do Cariri-CE, como campo da pesquisa se deu ao fato de já existir um projeto piloto que vem sendo desenvolvido pela OPAS/Observatório de Recursos Humanos/Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado-CE, sobre trabalhadores do SUS, para posteriormente se expandir na Microrregião de Baturité, visto que a autora teve interesse de saber quem são os recursos humanos da Atenção Básica.

2.4 População/amostra

A população da pesquisa foi constituída por um total de 631 profissionais da Macrorregião do Cariri-CE, sendo que 308 pertencentes à categoria médica e 323 da categoria enfermeiros.

O estudo teve dois tipos de amostras, o primeiro tipo foi uma Amostra Simples[1], que correspondeu a 35% da população e o segundo tipo Amostra Estratificada[2] das categorias profissionais médicos e enfermeiros que correspondeu ao percentual do total dos profissionais sendo (48)15,0% médicos, enquanto a categoria enfermeiros foi de (171) 53,0%.

Critérios de inclusão – a pesquisa optou pelos seguintes critérios:

- Profissionais cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- Profissionais que desenvolvem ações na Atenção Básica da Saúde da Mulher e da Criança, com base na Programação Pactuada Integrada da Assistência – PPI.

[1] Amostra simples: neste tipo de amostra a premissa é de que cada componente da população estudada tem a mesma chance de ser escolhido para compor a amostra e a técnica que garante esta igual probabilidade é a seleção aleatória de indivíduos, por exemplo, através de sorteio.

[2] Na amostra estratificada a população é dividida em estratos e em seguida é selecionada uma amostra aleatória de cada estrato. Esta estratégia geralmente é aplicada quando o evento estudado numa população tem características distintas para diferentes categorias que dividem esta população.

2.5 Variáveis do estudo

2.5.1 Variáveis relacionadas aos profissionais de saúde

- Identificação: idade, sexo, local de residência, graduação, especialidades, tempo de graduação, tipo de vínculo, carga horária, salário.

A segunda etapa desta pesquisa se deu com a identificação dos parâmetros de cobertura para programação das ações da atenção básica da mulher e criança, conforme a Portaria 1101/2002 e Portaria 648/06 (Anexos 2 e 3), onde foram calculados na expectativa esperadas de números de consultas médicas e de enfermagem por habitante/ano nas clínicas básicas quais sejam: clínica médica; obstetrícia; pediatria, conforme os profissionais médicos e enfermeiros atuando nos serviços de Saúde da Macrorregião do Cariri-CE.

2.5.2 Variáveis relacionadas com a cobertura da assistência

Para encontrar a cobertura das ações da assistência à mulher foram calculados com os seguintes índices: 3,0% da população geral da Macrorregião do Cariri-CE; para o pré-natal de risco habitual, calculou-se 85,0% das gestantes da Macrorregião; para o pré-natal de alto risco utilizou-se 15,0% das gestantes e o Planejamento Familiar o índice é de 45,0% das mulheres de idade fértil, sendo 60,0% desse grupo alvo e a prevenção do câncer de colo de útero e de mama utilizou-se a faixa etária de mulheres de 25 a 59 anos com o parâmetro de cobertura de 80,0% da população alvo.

Para a atenção à criança foram utilizados os seguintes parâmetros, crianças menores de 1 ano foram calculados os seguintes índices: crianças > ou igual com peso de 2.500g utilizou 92,0% da população alvo e crianças com peso < ou igual a 2.500g calculou-se 8,0% da população alvo. Para as demais ações, calculou-se: assistência às doenças preveníveis na infância (População <5 anos - 40%); Infecção respiratória sem complicação (70% dos casos); Infecção respiratória com complicação (20% dos casos); Infecção grave (10% dos casos); Desnutrição (Leve e Moderada – 10% da população geral; Desnutrição grave – 1% da população).

A Portaria n° 1101/GM/MS de janeiro de 2002, estabeleceu os parâmetros de cobertura assistencial (Apêndice A) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, para alguns Recursos Humanos por habitantes, tais como:

- Médico: 1 por 1.000 habitantes;
- Médico: atenção básica: 2 a 3 por 1.000 habitantes;
- Médico generalista: 0,8 por 1.000 habitantes;
- Médico especialista: 0,2 por 1.000 habitantes;
- Odontólogo: 1 por 1.500 a 5.000 habitantes;
- Enfermeiro: para dimensionamento da necessidade pela Portaria 648/2006 – 1 equipe/4000 habitantes.

2.6 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2005 a junho de 2006, foi realizada em dois momentos:

- Primeiro momento

A coleta de dados da Fonte Primária foi procedida junto aos profissionais de saúde foi realizada através da aplicação de 219 questionários (Apêndice B), sendo 48 aos médicos e 171 aos enfermeiros. O instrumento de coleta de dados composto por 10 perguntas fechadas, tendo como finalidade de conhecer o perfil dos profissionais existentes nos serviços de saúde que atuam na Atenção Básica de Saúde nos municípios da Macrorregião do Cariri-CE. Considerando a importância da pesquisa foram tomados os seguintes procedimentos: 1- envio de ofícios para os gerentes das Microrregionais e secretários de saúde; 2- seleção e treinamento dos pesquisadores de campo; 3- aplicação dos questionários. envolveu 17 pesquisadores de campo, selecionados e treinados pelos gerentes das Microrregiões de Saúde do Crato, Juazeiro do Norte e Brejo Santo, a partir de um perfil pré-estabelecido pela equipe de pesquisadores. Cada pesquisador de campo aplicou 13 questionários. O levantamento de dados junto aos profissionais foi realizado através de solicitação de respostas diretas ao questionário em caráter de auto-aplicação;

- Segundo momento

A Fonte Secundária foi constituída pelo levantamento dos documentos referentes às Portarias do Ministério da Saúde e dos levantamentos dos materiais bibliográficos. A coleta de dados teve como base a população da fonte do IBGE (2005) e o Tabnet/TABWIN do DATASUS/MS dos municípios da Macrorregião do Cariri-CE.

2.7 Análise de dados

Os dados deste estudo foram tabulados utilizando planilhas do excel analisados por meio de estatísticas, apresentados em tabelas, quadros e gráficos.

2.8 Aspectos éticos e legais da pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral César Cals, conforme Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde /Ministério da Saúde.

Todos os participantes tomaram conhecimento dos objetivos e em seguida assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

3.1 Perfil dos profissionais

Tabela 1 – Distribuição do número de profissionais segundo faixa etária e sexo. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Variáveis	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Idade						
21 – 26	--	--	27	16,0	27	12,0
27 – 34	14	29,0	73	43,0	87	40,0
35 – 44	22	46,0	49	28,0	71	32,0
45 – 54	10	21,0	20	12,0	30	14,0
55 – 77	2	4,0	2	1,0	4	2,0
2. Sexo						
Masculino	25	52,0	13	8,0	38	17,0
Feminino	23	48,0	158	92,0	181	83,0
TOTAL	**48**	**100,0**	**171**	**100,0**	**219**	**100,0**

Observou-se que a concentração maior do total dos profissionais (87) 40% encontrou-se na faixa etária entre 27 a 34 anos. Em seguida (71) 32,0% na faixa de 35 a 44 anos; enquanto (30) 14,0% estão entre 45 a 54 anos; verificou-se que (27) 12,0% dos enfermeiros estão na faixa entre mais jovens entre 21 a 26 anos; (4) 2% estão acima de 55 anos. Verificou-se que na faixa etária entre 21 e 26 anos, não foi encontrado o profissional médico. E (4) 2,0% estão acima de 55 anos. Com referência a variável sexo no estudo foi preponderante do sexo feminino, uma vez que (181) 83,0% dos profissionais são mulheres, enquanto (38) 17,0% são do sexo masculino.

Tabela 2 – Distribuição do número de médicos segundo local de residência e de trabalho. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Municípios	N° de Médicos onde Residem	%	N° de Médicos onde Trabalham	%
Barbalha	12	25,0	8	17,0
Juazeiro do Norte	10	20,8	15	32,0
Crato	10	20,8	12	25,0
Brejo Santo	4	8,3	3	6,0
Mauriti	3	6,2	1	2,0
Várzea Alegre	2	4,2	2	4,0
Araripe	2	4,2	2	4,0
Jati	2	4,2	2	4,0
Cariraçu	1	2,1	1	2,0
Santana do Cariri	1	2,1	1	2,0
Barro	1	2,1	1	2,0
TOTAL	**48**	**100,0**	**48**	**100,0**

Na Tabela 2 constatou-se que o total dos 48 médicos, a maioria dos profissionais moravam em municípios de grande porte, no qual (12) 25,0% se concentram em Barbalha, como também (10) 20,8% estão nos municípios de Juazeiros do Norte e Crato. No município de Mauriti moravam (3) 6,2% médicos, enquanto que (8)12,6% estão distribuídos igualmente nos Municípios de Várzea Alegre, Araripe e Jati com (2)4,2% cada. Os municípios, Caririaçu, Santana de Cariri e Barro apresentaram os menores índices na preferência dos médicos para moradia, ou seja (1)2,1%.

Observou-se que segundo os dados apresentados, que além dos médicos residirem nas cidades grandes, também tem preferências para sua área de trabalho, nos grandes centros urbanos, onde constatou-se que (15) 32%, concentram-se trabalhando em Juazeiro do Norte, seguido de (12) 25,0% em Crato, portanto (8) 17,0% em Barbalha.

Tabela 3 – Distribuição do número de enfermeiros segundo local de residência e de trabalho. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Municípios	N° de Enfermeiros onde Residem	%	N° de Enfermeiros onde Trabalham	%
Crato	49	28,6	32	19,0
Juazeiro do Norte	41	24,0	41	24,0
Barbalha	21	12,3	26	15,0
Brejo Santo	9	5,3	10	6,0
Missão Velha	7	4,1	11	7,0
Araripe	7	4,1	8	4,6
Várzea Alegre	6	3,5	6	3,5
Aurora	6	3,5	7	4,1
Mauriti	5	2,9	8	4,6
Porteiras	4	2,3	4	2,0
Barro	4	2,3	3	1,7
Milagres	3	1,7	1	0,6
Jardim	2	1,2	3	1,7
Nova Olinda	2	1,2	4	2,0
Granjeiro	1	0,6	1	0,6
Antonina do Norte	1	0,6	1	0,6
Potengi	1	0,6	1	0,6
Altaneira	1	0,6	2	1,2
Assaré	1	0,6	2	1,2
TOTAL	**171**	**100,0**	**171**	**100,0**

Na Tabela 3 verificou-se que, do total de 171 enfermeiros existiam uma grande concentração desses profissionais nos municípios de grande porte, onde, (49) 28,6% estão residindo em Crato, seguido de Juazeiro do Norte (41) 24,0%; em Barbalha (21) 12,3% e Brejo Santo apenas (9) 5,3 %. Enquanto que nos municípios Grangeiro, Antonina do Norte Potengi, Altaneira e Assaré apresentaram os menores índices (1)0,6% cada um desses municípios.

Constatou-se que os enfermeiros também têm preferência pelos grandes centros urbanos, para sua área de trabalho, verificou-se que (41) 24,0% estão em Juazeiro do Norte, seguido de (29) 17,0% em Crato, e (24) 14,0% em Barbalha.

Observou-se pelos dados apresentados que nos municípios de pequeno porte, os enfermeiros têm uma menor procura para residir e trabalhar.

Tabela 4 – Distribuição do número de médicos, segundo suas especialidades. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Especialidades	N°	%
Clinica Geral	1	2,0
Clínica Médica	7	14,6
Clínica Gineco-Obstetrícia	17	35,4
Pediatria	23	48,0
TOTAL	**48**	**100,0**

Verificou-se na Tabela 4 que dentre as especialidades de Atenção Básica à Saúde destacou-se como as mais freqüentes (23) 48,0% Pediatria; e (17) 35,4% os médicos são especialistas em Gineco/Obstetrícia. E neste estudo, a Clínica Geral apresentou o menor percentual (1) 2,0%.

Tabela 5 – Distribuição do número de enfermeiros segundo suas especialidades. Macrorregião de Cariri-Ce, 2006

Especialidades	N°	%
Saúde da Família	86	50,3
Saúde Pública	84	49,1
Obstetrícia	1	0,6
TOTAL	**171**	**100,0**

A Tabela 5 permitiu-se observar que a maior freqüência (86) 50,3% são enfermeiras especialistas em Saúde da Família, seguida por (84) 49,1% com a especialidade de Saúde Pública e Obstetrícia (1) com 0,6%.

Tabela 6 – Distribuição dos números de profissionais da Atenção Básica de Saúde, segundo tempo de graduação. Macrorregião do Cariri-CE, 2006.

Tempo de Graduação (anos)	Médicos(as)		Enfermeiros(as)		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%

< 1 ano	3	6,2	8	4,7	**11**	**5,0**
2 – 4	5	10,4	48	28,1	**53**	**24,2**
5 – 10	12	25,0	67	39,2	**79**	**36,1**
11 - 20	5	10,4	37	21,6	**42**	**19,2**
21 – 50	23	48,0	11	6,4	**34**	**15,5**
TOTAL	**48**	**100,0**	**171**	**100,0**	**219**	**100,0**

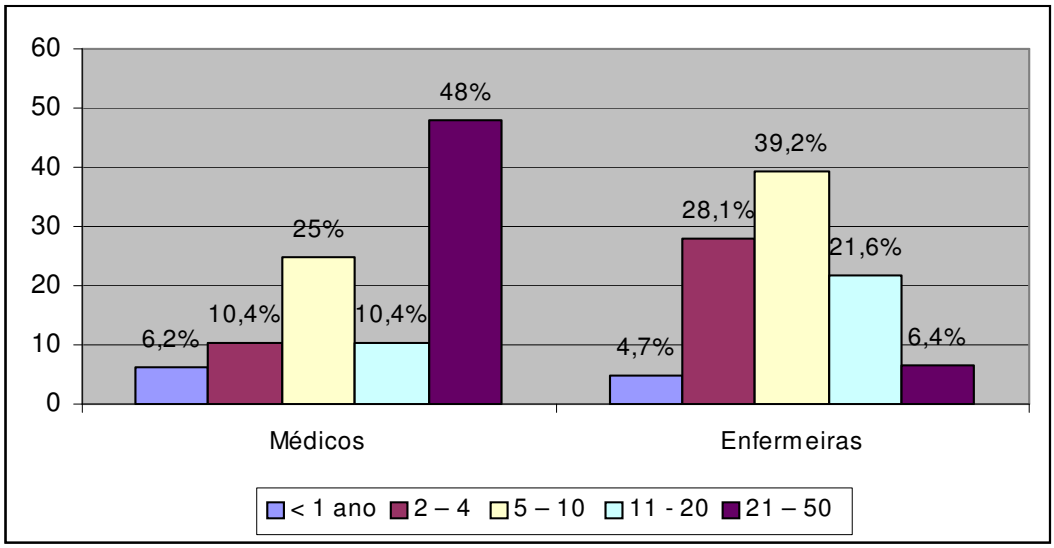


Gráfico 1 – Distribuição dos números de profissionais da Atenção Básica de Saúde, segundo tempo de graduação. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Na Tabela 6 os achados mostraram que dos 219 profissionais de saúde (79) 36,1% revelaram o tempo de graduado correspondente a faixa de 5 – 10 anos. Com relação aos médicos, o maior percentual de tempo de formado foi de (23) 48,0% na faixa de 21 – 50 anos de graduado. A categoria enfermeiro apresentou o maior percentual de (67) 39,2% entre 5 a 10 anos de formado.

Tabela 7 – Distribuição do número de profissionais de saúde segundo o vínculo empregatício. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Tipos de Vínculos	Médicos(as)		Enfermeiros(as)		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Municipal	25	52,1	137	80,1	**162**	**74,0**
Privada	12	25,0	17	9,9	**29**	**13,2**
Prestação de Serviços	10	20,8	14	8,2	**24**	**11,0**
Estadual	1	2,1	2	1,2	**3**	**1,4**
Federal	0	0	1	0,6	**1**	**0,4**
TOTAL	**48**	**100,0**	**171**	**100,0**	**219**	**100,0**

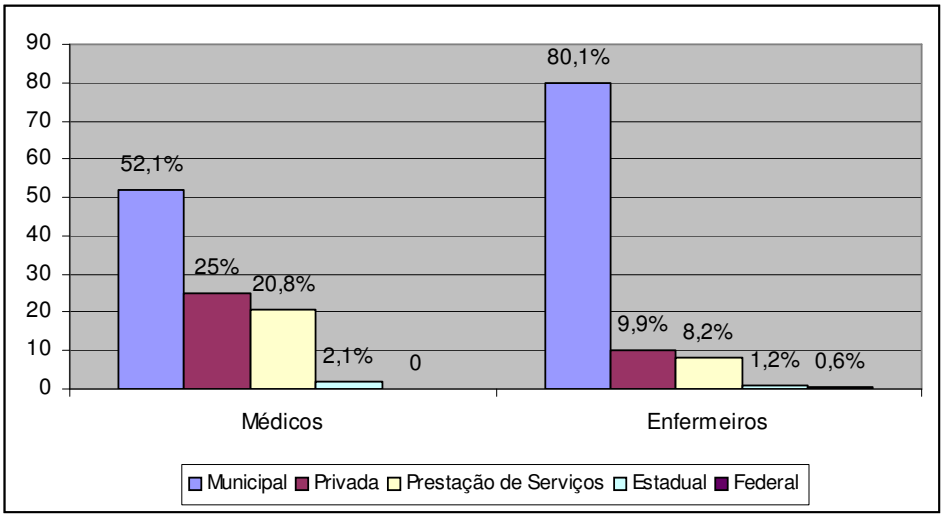


Gráfico 2 – Distribuição do número de profissionais de saúde segundo o vínculo empregatício. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Na Tabela 7 observou-se que o vínculo empregatício entre os 48 médicos, o que apresentou o maior percentual foi o nível municipal (25)52,1%; o mesmo ocorrendo com outra situação importante é o percentual de médicos (12) 25,0% e enfermeiros (17) 9,9% contratados pela iniciativa privada e (10) 20,8% dos médicos, (14) 8,2% enfermeiros contratados através de prestação de serviços que, na maioria das vezes, não pode ser considerado relação de vínculo, dados reforçados por Machado (1997), justificando estudos sobre fragilidade dos vínculos e a insegurança dos profissionais de saúde.

Tabela 8 – Distribuição do número de profissionais médicos segundo especialidade e carga horária. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Carga Horária (Semanal)	Clínica Médica		Gineco-Obstetrícia		Pediatria	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 10	-	-	1	5,9	-	-
11 – 20	1	12,5	6	35,3	6	26,1
21 – 30	1	12,5	1	5,9	2	8,7
31 – 40	6	75,0	3	17,6	8	34,8
41 – 60	-	-	6	35,3	7	30,4
TOTAL	**8**	**100,0**	**17**	**100,0**	**23**	**100,0**

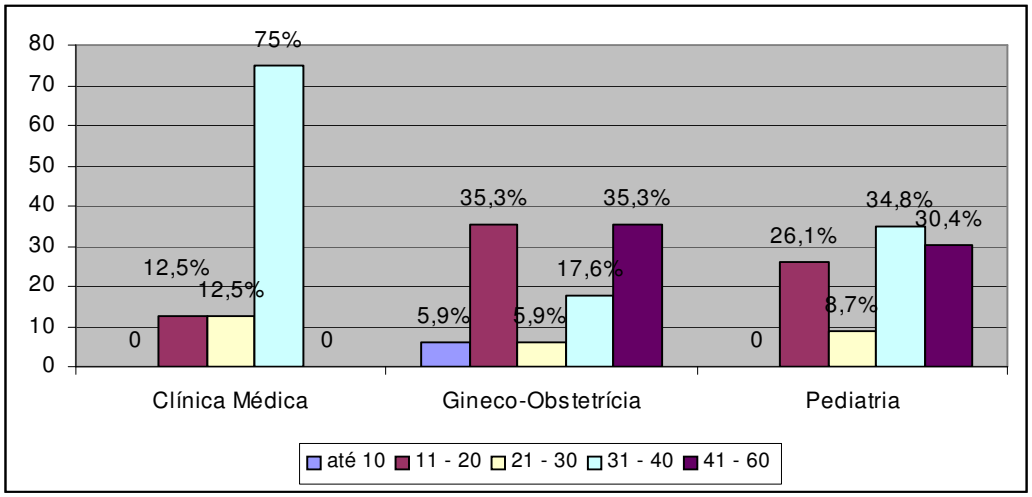


Gráfico 3 – Distribuição do número de profissionais médicos segundo especialidade e carga horária. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

No que refere à carga horária semanal do profissional da clínica médica observou-se uma concentração de (6) 75,0% na faixa de 31 a 40 horas. Na Clínica Gineco-Obstetrícia os maiores percentuais de (6) 35,3% foram nas faixas de 11 a 20 e 41 a 60 horas trabalhadas. Os profissionais médicos da Pediatria apresentaram o maior índice (8) 34,8% na faixa de 31 a 40 horas semanais.

TABELA 9 – Distribuição do número de profissionais enfermeiros segundo especialidade e carga horária. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Carga Horária (Semanal)	Obstetrícia		Saúde da Família		Saúde Pública	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 10	-	-	-	-	-	-
11 – 20	-	-	2	2,3	6	7,0
21 – 30	-	-	1	1,0	2	2,0
31 – 40	1	100,0	72	84,0	68	81,0
41 – 60	-	-	11	12,7	8	1,0
TOTAL	**1**	**100,0**	**86**	**100,0**	**84**	**100,0**

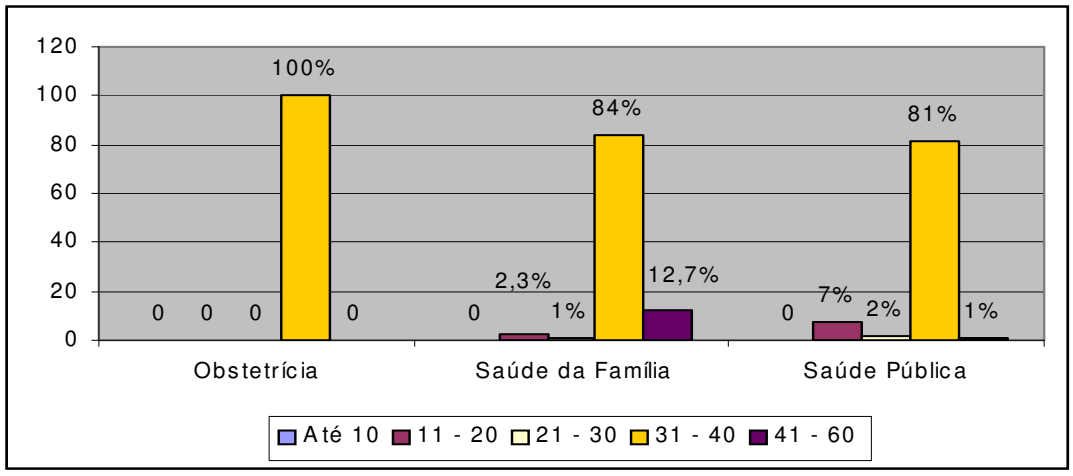


Gráfico 4 – Distribuição do número de profissionais enfermeiros segundo especialidade e carga horária. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Nesta Tabela 9, constatou-se que (72) 84% dos enfermeiros especialistas em Saúde da Família têm sua carga horária entre 31 – 40 horas de trabalho; e (11) 12,7% acima de 41 horas, enquanto que os especialistas em Saúde Pública (68) 81% têm sua carga horária entre 31 a 40 horas/semanais; (8) 10% estão acima de 41 horas trabalhadas.

Tabela 10 – Distribuição dos profissionais médicos por clínica e remuneração. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Remuneração (salário mínimo*)	CLÍNICAS DE ATENÇÃO BÁSICA		
	Clínica Médica	Gineco-Obstetrícia	Pediatria
	Nº	Nº	Nº
1 – 2	–	1	–
2 – 7	–	4	6
7 – 12	1	5	4
12 -30	6	7	13
TOTAL	**7**	**17**	**23**

* R$ 300,00

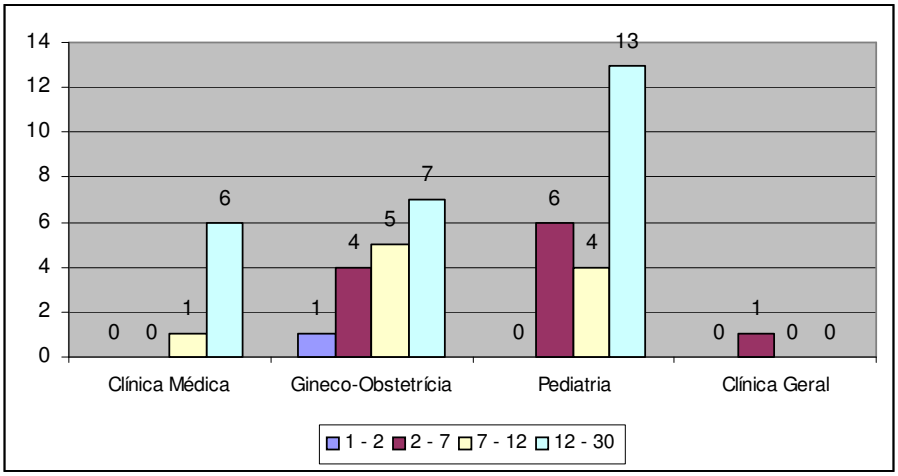


Gráfico 5 – Distribuição dos profissionais médicos por clínica e remuneração. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Percebeu-se uma grande variação entre o maior e o menor salário do total dos 48 médicos pesquisados, sendo que 6 da Clínica Médica, 7 da Clínica Gineco/Obstetrícia e 13 da Pediatria estão com suas remunerações na faixa de 12 a 30 Salários Mínimos[1]. Ressaltou-se que o menor salário 1 da Clínica Gineco/Obstetrícia está na faixa de 1 a 2 Salários Mínimos.

Tabela 11 – Distribuição do número de enfermeiros segundo especialidade e remuneração. Macrorregião do Cariri-CE, 2006.

[1] O Salário Mínimo de referência para o Estudo foi o de R$300,00.

Remuneração (salário mínimo*)	ESPECIALIDADES		
	Obstetrícia	Saúde da Família	Saúde Pública
	Nº	Nº	Nº
Até 1	-	-	1
1 – 2	-	-	1
2 – 7	-	26	51
7 – 12	1	56	29
12 – 30	-	3	2
TOTAL	**1**	**86**	**84**

*R$ 300,00

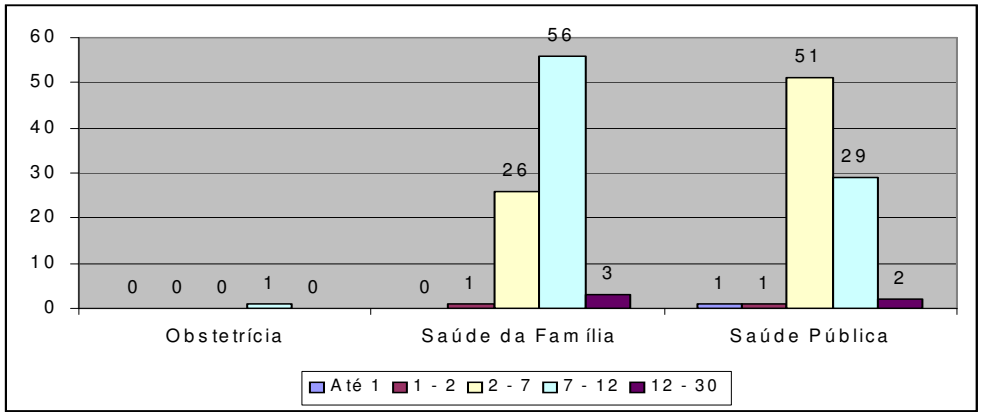


Gráfico 6 – Distribuição do número de enfermeiros segundo especialidade e remuneração. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Os dados sobre remuneração dos profissionais enfermeiros evidenciaram grandes diferenças entre os salários dos médicos, enquanto, o menor salário destes estava na faixa de 1 – 2 salários, já os profissionais enfermeiros recebiam até um Salário Mínimo. O maior salário estava na faixa de 7 – 12 é dos (56) enfermeiros especialistas em Saúde da Família. A faixa mais alta, que vai de 12 – 30 salários foram 3 enfermeiros da Saúde da Família e 2 enfermeiros da Saúde Pública.

Quadro 2 – Comparativo entre os médicos das especialidades básicas com a população cobertura/ano na Atenção à Mulher e à Criança. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

		Recursos Humanos por habitante			

	94.000				

Fonte: IBGE (População estimada em 2005).

Obs: * Pré-Natal, Planejamento Familiar e Prevenção de câncer.
** Crescimento e desenvolvimento, infecção respiratória, infecção grave, desnutrição leve, moderada e grave.

Este estudo mostrou que a população de 212.000 foi à estimativa da cobertura da população habitante/ano dos municípios da Macrorregião do Cariri-CE, para atender Atenção Básica da mulher. Portanto, o estudo apontou que para atender essa cobertura são necessários 42,4 profissionais médicos especialistas nesta área, porém, verificou-se que os profissionais de saúde existentes são apenas 25 na Macrorregião do Cariri-CE, com uma carência de 17,4 profissionais.

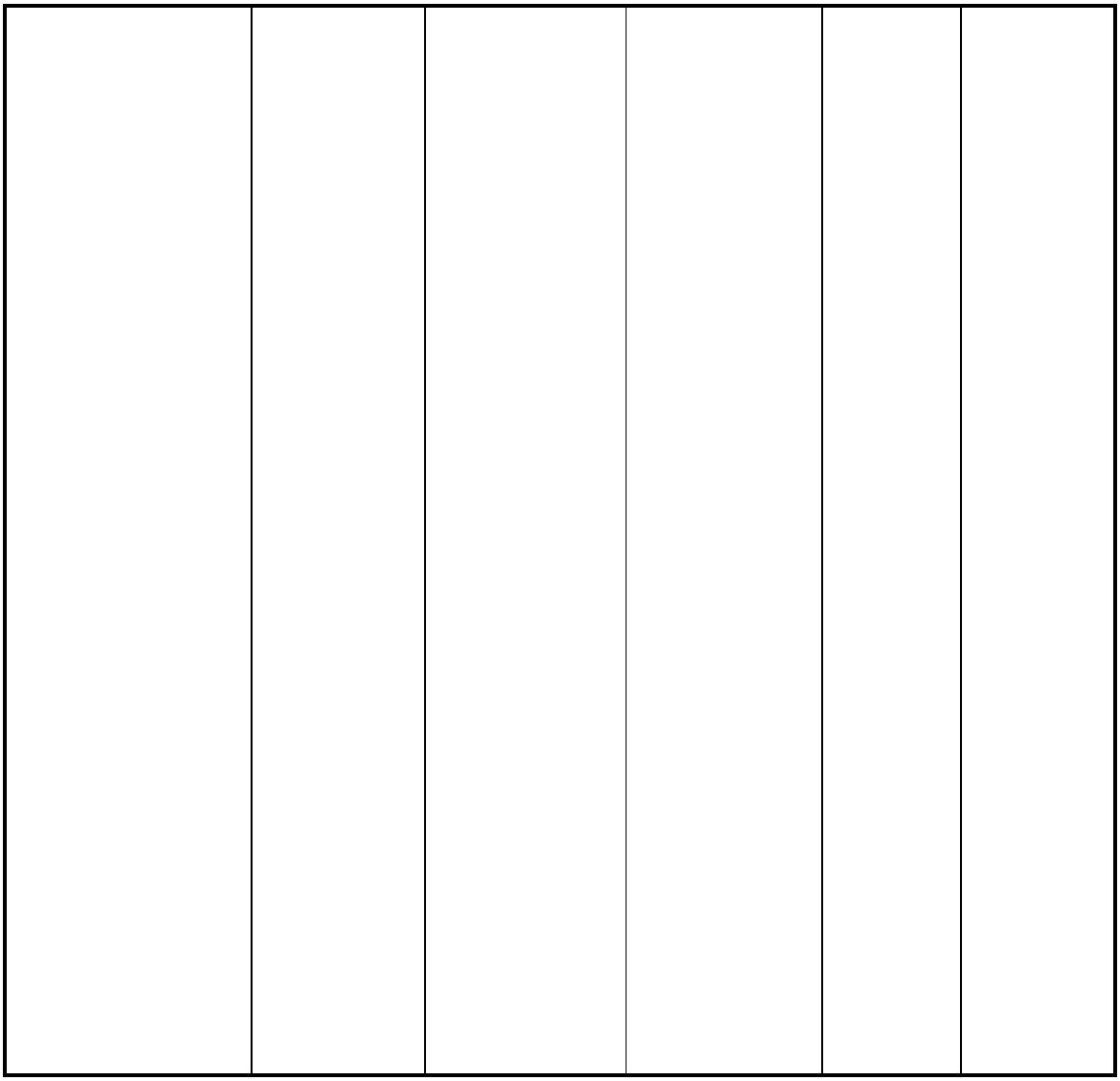
Como foi descrito na metodologia, para analisar os dados sobre a cobertura de Atenção Básica à Saúde da Criança, incluindo Crescimento e Desenvolvimento, Infecções Respiratórias, Infecção grave, Desnutrição (leve, moderada e grave) pelos médicos, foi utilizada a Portaria 1101/2002 do Ministério da Saúde, recomenda que os parâmetros de recursos humanos dos especialistas médicos devem ser calculados pelo índice de 0,2 médico/habitante.

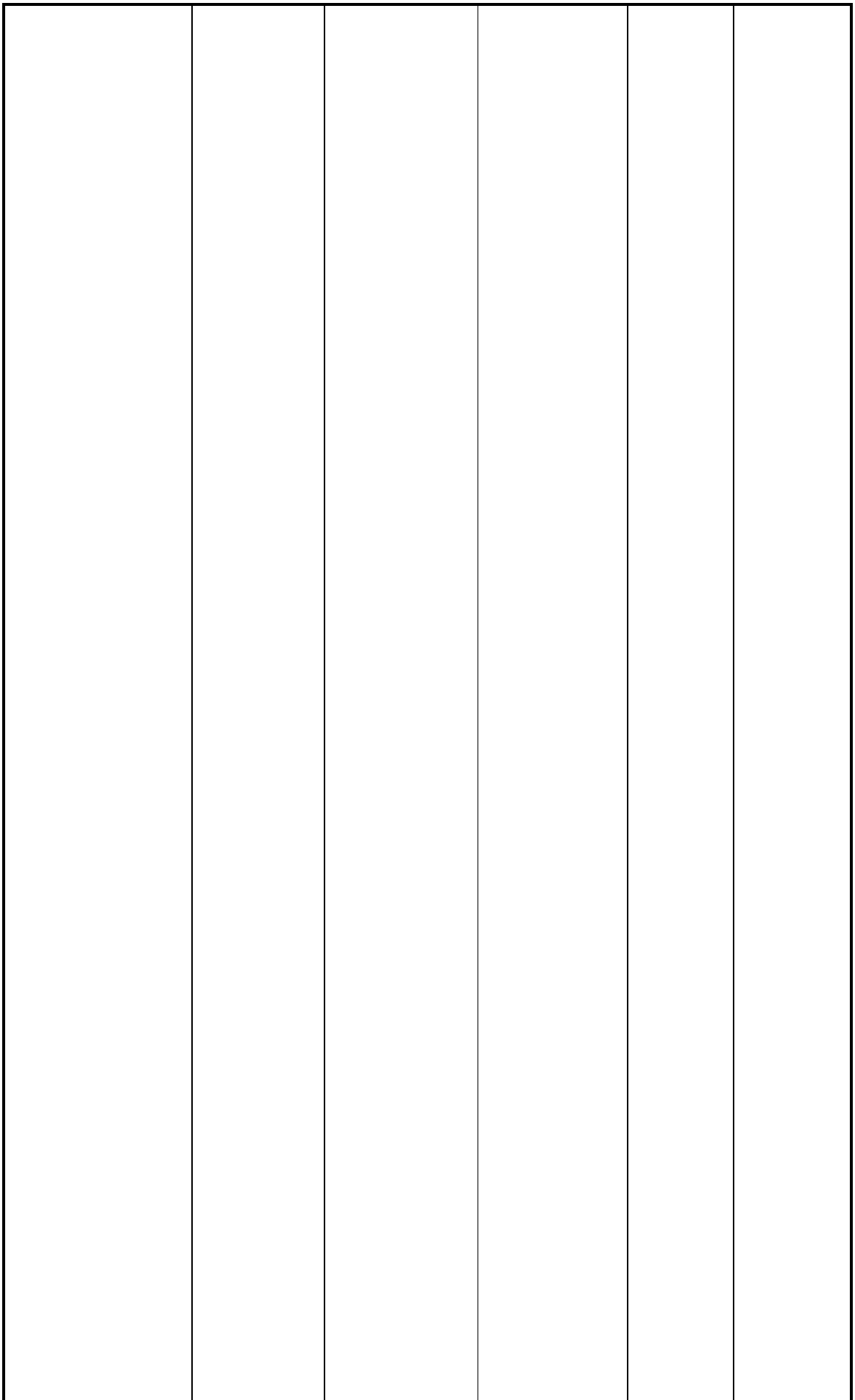
No entanto, o estudo constatou que para a população de 94.000 estimada para a cobertura de Atenção Básica à Saúde da Criança são necessários 18,8 médicos, sendo que os resultados da pesquisa apontaram um excedente de 4,2 médicos pediátricos.

Ressaltou-se, porém, que este excesso de especialistas talvez represente apenas um percentual numérico, pois, na realidade, para algumas ações, entre elas, o controle da diarréia, requer mais profissionais que não podem ser estimados por esses parâmetros, na verdade, a prática nos mostra há um aumento considerável de ações para todos os profissionais inclusive os médicos. Acredita-se, assim, não deve haver este excedente e uma forma de cálculo desproporcional com o contexto das diversidades regionais e do retrato epidemiológico que o Brasil apresenta hoje.

Quadro 3 – Comparativo entre a população cobertura/ano e médicos especialistas por habitante na Atenção à Mulher por município. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

		Recursos Humanos por habitante





Neste Quadro 3, o estudo mostrou que em apenas 10 municípios estão concentrados os especialistas Gineco-Obstétras da Macrorreião do Cariri-CE, sendo que para atender a população de 206.588 habitantes são necessários 41,3 médicos desta especialidade. Por ocasião, da pesquisa, existiam 17 especialistas nos 10 municípios da Macrorregião do Cariri-CE. Este estudo apontou que Juazeiro do Norte tem uma carência de 14,3 médicos para atender os 88.034 habitantes, em seguida apareceu o município de Crato com uma carência de 6,6 médicos/habitantes e Várzea Alegre constatou de uma carência de 1,4 médicos/habitantes.

Observou-se, que nos municípios de Barbalha conta com (4) médicos e Santana do Cariri conta com (1) médico, que são suficientes para atenderem as ações da mulher conforme preconiza o Ministério da Saúde.

Quadro 4 – Comparativo entre a população cobertura/ano e médicos especialistas por habitante na Atenção à Criança por município. Macrorregião do Cariri-CE, 2006.

		Recursos Humanos por habitante		

				5,1 5,2 3,2 2,7 0,8 0,8 0,9

TOTAL	**21.912**	**23**	**4,2**	**18,7**

No Quadro 4, os estudos apontaram que no total de sete municípios são necessários 4,2 médicos pediatras para atender 21.912 habitantes na Atenção à criança, no entanto, os dados apresentaram que existe um excesso de especialistas, em Pediatria, de 18,7 médicos, sendo em Crato de 5,2 médicos, seguido de Juazeiro do Norte com 5,1, Barbalha com 3,2, Brejo Santo com 2,7, Várzea Alegre e Araripe com 0,8 cada e Jati com 0,9 médico.

Quadro 5 – Comparativo entre a população cobertura/ano e profissionais enfermeiros/habitante/ano na Atenção Básica de Saúde. Macrorregião do Cariri-CE, 2006

Ações Básicas	População Total	Macrorregião do Cariri-CE	Quantidade necessária Portaria nº 648/06 (1 equipe/4000hab/ano)	Carência
Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do idoso, Diabetes, Hipertensão e outros	904.000	171	226	55

No Quadro 5 constatou-se que, para cumprir os parâmetros da Portaria n° 648/06 da Política Nacional de Atenção Básica, preconiza que cada enfermeiro deverá ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, para prestar-lhes assistência em todas as Ações Básicas (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Idoso, Diabetes, Hipertensão e outros).

Vale destacar que esta situação na Macrorregião do Cariri-CE, tendo que atender uma população de 904.000 hab/ano por cobertura, recomendado pela Portaria, são necessários 226 enfermeiros, no entanto, a realidade atual apresenta, apenas, 171 profissionais, havendo, então, uma carência de 55 enfermeiros.

Quadro 6 – Comparativo entre a população cobertura/ano e profissionais enfermeiros por municípios. Macrorregião do Cariri-CE, 2006.

			Portaria nº 648/06		

No Quadro 6 os dados pesquisados, quanto às necessidades dos profissionais enfermeiros para cobertura da população nos municípios da Macrorregião do Cariri-CE, observou-se que em Juazeiro do Norte há uma carência de 18 enfermeiros, Crato com 29 enfermeiros trabalhando teve um excesso de profissional, enquanto que em Barbalha apresentou um excesso de 11 enfermeiros, Missão Velha teve como resultado, também, um excesso de três profissionais.Vale ressaltar que no município de Jardim apresentou uma carência de quatro enfermeiros para atender a uma população de 27.947 habitantes.

Este fato pode ser atribuído a uma falta de planejamento de recursos humanos que não leva em consideração as Portarias do Ministério da Saúde as diferentes características dos municípios.

CAPÍTULO 4
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Analisando os dados das Tabelas e Quadros apontaram o perfil sócio-demográfico dos profissionais de saúde médicos e enfermeiros da Macrorregião do Cariri-CE, os comparativos sobre os parâmetros de cobertura, as necessidades e os excedentes dos recursos humanos.

No que se refere à idade constatou-se que os enfermeiros(as) são mais jovens do que os médicos, encontrando-se na faixa etária entre 21 a 26 anos. Observou-se, também, que os médicos estão na faixa etária de 35 a 40 anos. A maior concentração de 40,0% dos profissionais de saúde na Atenção Básica predominou a faixa etária entre 27 a 34 anos.

Esse resultado foi semelhante ao encontrado por Andrade (1998) no Estado do Ceará, quando apontou que 53,5% dos enfermeiros do PSF tinham menos de 30 anos, resultado muito favorável à causa do PSF, visto que, esses profissionais são mais direcionados para uma atenção não especializada, ou seja, mais generalista. Enquanto os médicos estão na média de 36 anos. Já no nível nacional, identificou-se que 58,0% dos enfermeiros que atuavam no PSF estavam na faixa etária dos 30 aos 49 anos (MACHADO, 2000).

Portanto, os profissionais de saúde da Macrorregião do Cariri-CE, em relação ao nível nacional, foram identificados com um perfil mais jovem.

Os dados demonstraram que do total (219) dos profissionais de saúde pesquisados predominou 83% do sexo feminino em relação ao sexo masculino 17%. Esses resultados confirmam uma maior inserção da mulher na força de trabalho em relação ao homem. Estes dados confirmam a forte presença deste grupo na força de trabalho em saúde, já evidenciado em outros estudos que apontam a maior participação de mulheres neste setor (GIRARDI, 1999). Na categoria dos enfermeiros (as), vê-se que (158) 92% destes profissionais são do sexo feminino, não fugindo a caracterização peculiar dessa profissão, que é composta quase que exclusivamente de mulheres. Observa-se que na categoria dos médicos 52% são do sexo masculino. Segundo a pesquisa sobre médicos do Brasil, Machado *et al.* (1997), apontam que

a medicina ainda é uma profissão predominante masculina, 67,3% dos médicos no Brasil são homens e 32,7% são mulheres.

Do ponto de vista do papel da mulher, Bruschini (2000) indica que este conjunto de transformações, que também ocorrem nos padrões culturais, é nos valores relativos ao papel social da mulher, intensificado pelo impacto dos movimentos feministas desde os anos de 1970 e pela presença, cada vez mais atuante, das mulheres nos espaços públicos, alterou a constituição da identidade feminina, cada vez mais voltada para o trabalho produtivo. E também, outra pesquisa desta mesma autora, enfoca que, nos anos 90, a participação da mulher no mercado de trabalho, foi marcada por continuidades e mudanças. Por outro lado, os trabalhadores continuam concentrados em atividades do setor de serviços no segmento informal, desprotegido do mercado de trabalho. As condições de precarização do trabalho e com baixos índices de carteira assinada, conseqüentemente sem contribuição previdenciária, representam, pelo menos, metade da força de trabalho feminino, ao mesmo tempo, as trabalhadoras mais qualificadas predominam em empregos tradicionais femininas como o magistério, a enfermagem e o serviço social.

Os resultados deste estudo indicaram que os profissionais médicos (67,0%) e enfermeiros (65,0%) da Macrorregião do Cariri-CE concentram-se nas cidades de maior porte, tais como: Barbalha, Crato e Juazeiro do Norte. Portanto, constatou-se em outros estudos, dentre eles Machado *et al.* (1997), mostraram que a localização dos profissionais de saúde está nos grandes centros urbanos e que as escolas médicas localizadas no interior vêm atuando no sentido de fixar o profissional neste local como uma "política de interiorização" e melhor distribuição espacial dos profissionais médicos, o mesmo acontecendo com os cursos de enfermagem que estão sendo criados no interior, mesmo que os profissionais enfermeiros residam nos municípios localizados ao redor dessas faculdades. Porém, observou-se o quanto é difícil para os profissionais de saúde viverem sem os atrativos das grandes metrópoles.

Barbosa e Rodrigues (2006), afirmaram que o município de maior porte fica evidente a preferência dos profissionais de saúde, essa opção, muitas vezes, se dá pela capacidade financeira, afetividade no atendimento as políticas de saúde, "pois o fluxo continuado de recursos, aliado ao repasse pela Constituição Federal, garante a efetiva implantação de vínculos empregatícios mais consistentes no que tange á permanência ao longo do tempo".

Observou-se, então, que segundo os dados apresentados, existe uma grande desigualdade na distribuição geográfica no processo de escolhas do local de residência e área de trabalho dos profissionais de saúde na atenção básica.

O estudo confirmou que os médicos só são contratados segundo suas especialidades e que a maior concentração destas especialidades está na clínica Pediátrica com 48%, seguido pela clínica Gineco/Obstetrícia com 35,4%.

Esse resultado vem de encontro com a pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha, em que afirma "que as mães brasileiras querem ter seus filhos atendidos pelos pediatras, por estarem mais qualificados para o atendimento" (SBP, 2003).

Para Médici (1987) a especialização foi um mecanismo criado para garantir a expansão do mercado de trabalho médico e assegurar o *status quo* da categoria. No entanto, segundo o autor, a especialização pode ser encarada como uma situação de complementaridade e de pendência entre os profissionais como uma forma de preservar nichos profissionais e, conseqüentemente, a autonomia profissional pelos dados da pesquisa, Perfil dos Médicos no Brasil (1997), os especialistas somam 183.052 médicos no Brasil, estão localizados no Sudeste 58,8%, seguido do Nordeste com 16,0%, no Sul 15,4%, Centro-Oeste 6,8% e no Norte 3,1% (MACHADO, 1997).

Nas capitais do país vivem cerca de 66,0% do total de profissionais em atividade. Mesmo havendo 65 especialidades médicas[2], cerca de 39,0% dos médicos estão atuando em especialidades básicas, tais como: Pediatria (13,5%); Gineco-Obstetrícia[3] (11,8%); Medicina Interna (8,0%) e Cirurgia Geral com 5,5% (MÉDICI, 1987).

Esses dados vieram confirmar o reconhecimento das especialidades médicas, tanto em nível das organizações como da sociedade civil.

---

[2] Segundo o Conselho Federal de Medicina existem 64 especialidades médicas reconhecidas.

[3] Apesar das especialidades de Ginecologia e obstetrícia serem reconhecidas separadamente pelo C.F.M., optou-se por analisar os dados referentes às duas especialidades conjuntamente, isto porque elas se complementam e, ainda, pelo fato de que a maioria dos médicos entrevistados na pesquisa declarou "as duas" como uma única especialidade por eles desempenhados (Pesquisa: Perfil dos médicos no Brasil, 1996).

O presente estudo demonstrou, também, que os profissionais enfermeiros, diferentemente dos médicos, são contratados sem serem levados em consideração as suas especializações. Destacou-se, também, que predominou entre os enfermeiros a especialidade de Saúde da Família (50,3%), sendo que não foi muito expressivo na especialidade em Obstetrícia encontrada apenas (0,6%) que corresponde a uma enfermeira. Estas informações permitem ver que os enfermeiros estão mais voltados à Saúde da Família, ou seja, reafirmam a formação profissional tradicional da categoria, enquanto o perfil de formação dos médicos, é predominantemente voltados para clínicas (MACHADO, 1997).

Verificou-se no estudo sobre a variável "Tempo de Graduação" que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) tinham, majoritariamente, de 5 a 10 anos de formados (36,1%), e, somados aos que concluíram seus cursos a menos de um ano (5,0%) chegou-se a um percentual de 41,1% de profissionais de saúde com até 10 anos de formados. Estes dados demonstram um quadro de profissionais de saúde relativamente recente no mercado.

È interessante destacar que, ao analisar cada categoria profissional, os médicos foram os que mais apresentaram o maior tempo de formados (com mais de 20 anos), não só quando comparados entre si, mas também, quando comparados aos enfermeiros. Em contraposição, os enfermeiros foram os que apresentaram o menor tempo de formados.

Os dados apontaram, que o setor público é um mercado importante e estável, absorve 52,1% dos médicos e 80,1% dos enfermeiros na esfera municipal. Já o setor privado é um mercado em ascensão e emprega 29,0% dos médicos e 9,9% dos enfermeiros. Chama atenção que 20,8% dos médicos são por prestação de serviços.

É importante ressaltar que a força de trabalho dos profissionais de saúde no mercado está vinculada ao setor público.

Porém, as informações deste estudo, permitem refletir a diversidade da situação de vínculo dos profissionais de saúde, devido a descentralização do SUS, o que torna claro a multiciplicidade de formas de contrato e vínculos em realidades também com características peculiares. No entanto o Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que ao longo dos anos 90 passou-se a adotar no SUS a política de

flexibilização e da precarização das relações de trabalho, adotando diversas modalidades de vinculação. Tal política preconizada pelo Governo Federal acabou sendo seguida em boa parte dos estados e municípios, provocando um enorme processo de precarização do trabalho no SUS (BRASIL, 2004).

. Atualmente, como conseqüência desse processo, um grande contingente de profissionais do setor público de saúde, que é calculado em, aproximadamente, 600 mil trabalhadores estão precarizados, o que equivale a mais de 30% da força de trabalho inserida no setor, envolvendo as mais diversas modalidades contratuais:cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, prestação de serviços por meio da CLT. Todas essas modalidades de relações precárias de trabalho, além de contrariar os preceitos constitucionais previsto no art. 6° da Constituição Federal, colocam em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social, aqueles que prestam assistência à população (BRASIL, 2004).

Diante do contexto, pode ser colocado como um fator que fez com que os municípios e estados buscassem alternativas de contratações, pelas restrições legais da Lei da Responsabilidade Fiscal, e pela falta de orientação correta e clara de como proceder a essas novas exigências, sobretudo pelas características dos programas e pela instabilidade administrativa e orçamentária. Assim o Ministério da Saúde tem anunciado, a agenda de prioridades, entre elas a necessidade de formular políticas especificas que busquem resolver este grave problema, que afeta diretamente a consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

De acordo com Nogueira *et al.* (2004) existem quatro categorias de regimes de trabalho adotados pela administração pública no Brasil: estatutário, seletista, especial, cargos em comissão. No primeiro tipo não existe um contrato, sendo o vínculo regido por uma lei específica, um estatuto que descrimina os direitos e os deveres dos servidores públicos. Em razão das iniciativas próprias da modernização da gestão do Estado, o vínculo contratual regido pela C.L.T. foi amplamente utilizado na administração direta, sendo reentroduzido em uma emenda constitucional de 1998 sob a denominação de Emprego Público. O regime especial, por sua vez, rege a situação dos contratados por tempo determinado em função de excepcional interesse público e, por fim, o regime comissionado é aplicado àqueles servidores

que não são efetivos, sendo livremente nomeados pelas autoridades para o exercício dos cargos.

Nesta linha de argumentação, merece destacar que o vínculo surge em grande medida como um dos balizadores das ações públicas em recursos humanos na saúde, pois pode sinalizar qual o grau de continuidade de uma ação no plano público que se volte à manutenção de uma lógica pautada pela Saúde da Família.

Conforme, Antunes (2006, p.24) observa um "nítido crescimento de relações de trabalho mais desregulamentadas distintas da legislação trabalhista", que reforçam uma mudança no patamar das relações de trabalho, podendo atingir a área de saúde na sua proposta de consolidação de um modelo de atendimento.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos apresenta que:

as oportunidades de capacitação são escassas, os salários são aviltantes, os trabalhadores convivem no mesmo local com as mesmas funções e com salários profundamente desiguais. Não existe, na maioria das Instituições, um plano de carreira, cargos e salários compatível com as responsabilidades, riscos e encargos inerentes ao processo de trabalho da área de saúde. esta situação conduz a uma enorme e explicável desmotivação dos profissionais de saúde e ao descompromisso ético e social com os usuários e com o serviço público (BRASIL, 2005, p.27)

No entanto, é importante refletir sobre essa situação na Macrorregião do Cariri, sobre a efetividade dessas políticas de saúde adotadas, considerando a ênfase de vínculos para os profissionais da saúde.

Constatou-se neste estudo as diferenças de salários entre as categorias profissionais de saúde, enquanto que, a remuneração da maioria dos (26) médicos está entre 12 a 30 salários, vale destacar que os (86) enfermeiros estão entre 7 a 12 salários.

A remuneração ato ou efeito de recompensar/premiar/gratificar em pagamento por um serviço prestado, Ferreira (1999), "é um componente de difícil apreensão pela ausência de padronização de informações e pela variedade das formas praticadas em diferentes

realidades". Neste sentido, é importante ressaltar que o valor de uma remuneração, nem sempre, corresponde ao merecido pelos profissionais em algumas regiões. Em outra instância, muitos profissionais não se sentem à vontade de informar o total dos seus proventos, ou seja, o salário real. Para evitar estas inferências e constrangimentos dos participantes da pesquisa, a autora optou utilizar os intervalos apresentados no instrumento de coleta e (Tabelas 10 e 11), referindo-se ao total bruto dos valores recebidos pelos profissionais, tendo como base o salário mínimo vigente da época (R$ 300,00).

A remuneração dos profissionais da Atenção Básica de Saúde (ABS) da Macrorregião do Cariri-CE caracteriza-se pela diferenciação entre as categorias profissionais. Para equacionar esta complexidade, apresenta-se na Tabela 10, uma síntese da distribuição dos profissionais médicos e salário recebido. Esta referência foi utilizada para a análise das informações sobre a remuneração dessa categoria profissional.

Em síntese, a descrição dos dados sobre a remuneração dos profissionais da ABS na Macrorregião do Cariri-CE evidencia entre os profissionais da mesma categoria as diferenças de remuneração devido à carga horária e a clínica de atuação dos profissionais, como pode ser observado no percentual da remuneração dos médicos da Clínica Médica que recebem entre 12 a 30 salários mínimos, bem superior quando comparada aos mesmos profissionais que atuam na Clínica Gineco-Obstetrícia, que têm a remuneração na faixa de 1 a 2 salários. Isto sinaliza que, para algumas clínicas, os profissionais, por causa do melhor reconhecimento, a remuneração apresenta características diferenciadas.

A análise das práticas de remuneração coloca em evidência a complexa tarefa para que a gestão dos recursos humanos aconteça de forma integral e adapte às particularidades do contexto no qual se insere, pois a remuneração é fator insuficiente para atração e retenção dos profissionais e possui valor relativo diferenciado em função da localidade pelas especificidades do custo de vida entre as diferentes regiões do Estado. A remuneração é influenciada também pela oferta e procura de mão-de-obra que apresenta configuração bastante variada entre as diversas categorias profissionais da saúde (BARBOSA; RODRIGUES, 2006).

Ainda, os mesmos autores reforçam que a perspectiva de que as políticas de remuneração devem avançar, no sentido de proporcionar maior profissionalização da gestão,

ganha ênfase a discussão dos mecanismos de avaliação de desempenho como fator que pode ser atrelado às práticas de remuneração baseadas, por exemplo, em parâmetros de produtividade e desempenho.

Neste aspecto faz emergir a reflexão sobre a necessidade de revisão dos critérios que determinam a ascensão profissional e o crescimento salarial, situação que não é privativo da Macrorregião do Cariri-CE, como está registrado pelo trabalho realizado pelo Observatório de Recursos Humanos do Ceará (SANTOS, 2006).

De acordo com Santos (1994), tal revisão deve considerar a definição de indicadores de desempenho. Sobre a definição de resultados para o serviço público, o alinhamento entre os objetivos estratégicos e os indicadores definidos e também, os resultados devem refletir as atividades efetivamente essenciais da instituição. Para tanto, é importante que o processo de debate, reflexão e análise para construção de tais indicadores assegure legitimidade do processo (TROSA , 2001).

No entanto, deve-se considerar as dificuldades já conhecidas para efetiva implementação desta prática entre os profissionais da saúde como a alta rotatividade dos mesmos, interferência política e superposição indevida (PIERANTONI, 2001). Além disso, há dificuldade em estabelecer critérios de remuneração da produtividade baseados, na maioria das vezes, em indicadores isolados que não conseguem apreender a diversidade da atuação das diferentes categorias profissionais, bem como a tecnologia que pode ser utilizada nas atividades.

Importante ressaltar que este estudo apontou que os médicos e enfermeiros da atenção básica de saúde apresentam carga horária muito diversificada, sendo destaque os médicos, apesar da maioria está entre 31 a 40 horas. Em relação os enfermeiros, também o estudo apontou essas variações de carga horária, sendo a maioria entre 31 a 40 horas. Portanto há igualdade de carga horária entre as categorias, porém as remunerações são efetivamente diferentes como mostra as (Tabelas 10 e 11).

Essa situação ocorre devido acordos, convenções sindicais, dissídios coletivos das respectivas categorias profissionais e/ou adoção de políticas específicas pelo gestor (BRASIL, 2002).

Verificou-se, neste estudo, que as cidades preferidas pelos profissionais de saúde para trabalhar, segundo as categorias, foram Juazeiro do Norte com (41) enfermeiros e (10) médicos, seguida de Crato com (29) enfermeiros e (8) médicos, no entanto, Barbalha foi o terceiro município escolhido por (24) enfermeiros e (8) médicos.

Nesse sentido, Andrade (1998), acrescenta que não é exigência do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado, que os profissionais residam nas localidades, porém, ressalta que, em Cuba, preconiza-se que os profissionais tenham residência nas comunidades onde atuam, sendo suas moradias construídas como anexos da Unidade Básica de Saúde.

Este estudo apontou que para uma cobertura de uma população de 212.000 habitantes na atenção à mulher na Macrorregião são necessários 42,4 profissionais médicos especialistas em gineco-obstetra. Na realidade a Macrorregião do Cariri-CE dispõe de, apenas, 25 profissionais, havendo, assim, uma carência de 17,4 médicos.

Diante deste contexto confirma Rouquaryol (1999), que o perfil de saúde da mulher no Brasil ainda está longe de ser considerado satisfatório, conforme análise dos indicadores de morbimortalidade. A insuficiência e a má distribuição dos serviços de saúde dirigidos a esse grupo, associados ao pouco acesso das mulheres a informações essenciais sobre questões relacionadas à sua saúde, surgem como fatores que contribuem decisivamente para manutenção deste perfil desfavorável.

Esta situação vai de encontro com que o Ministério da Saúde considera em relação à organização do modelo de saúde brasileiro, onde os serviços de saúde devem ser organizados para atender as reais as necessidades das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital e devem propiciar acesso e cobertura em ações de saúde a toda população assegurando a continuidade no atendimento, resolubilidade, em todas as suas ações. Para tanto, é preciso ter uma equipe no mínimo, por médico, enfermeira e pessoal auxiliar (CEARÁ, 2002).

Vale ressaltar que o Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. São seis as prioridades pactuadas: Saúde do idoso; Controle

do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da saúde; Fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Pela relevância que os recursos humanos médicos assumem na garantia de uma atenção à saúde da mulher de qualidade, tem crescido a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica na Macrorregião do Cariri-CE, havendo, contudo, necessidade de consolidar como estratégias prioridades para reorganização da atenção à mulher e a criança, considerando os princípios e as diretrizes propostos. É importante esclarecer que não só o aumento de números de profissionais sem, contudo, oferecerem outras condições de trabalho.

O estudo constatou, também, que entre os municípios desta Macrorregião, ainda tem carência de especialistas gineco-obstetras, mesmo aqueles de grande porte como Juazeiro do Norte e Crato (Quadro 3) para atender a Saúde da Mulher. No entanto, em Alma Ata (ex União Soviética, atual Kazaquistão), o conceito de Atenção Primária ganhou espaço internacional como estratégia de extensão de cobertura para população com acesso precário a serviços de saúde.

A efetividade é a capacidade de produzir o efeito desejado, em condições reais. O acompanhamento pré-natal será efetivo na redução de morbimortalidade, de uma população, somente se houver cobertura e qualidade adequadas na sua realização.

Bodstein (2002) aponta que "é no nível municipal que ocorre o processo de implementação da política de Atenção Básica, gerando efeitos de difícil avaliação dada à diversidade de contextos locais".

Outro aspecto que chamou atenção neste estudo foi do total de (23) pediatras, 4,2 excedentes na Macrorregião do Cariri-CE. No entanto, se verificou nos municípios a evidencia maior dos excedentes dos pediatras. Importante ressaltar que os mesmos estão concentrados em quatro municípios, sendo Juazeiro do Norte, Crato, Barbalha e Brejo Santo.

Em relação ao comparativo entre a cobertura das ações básicas e os profissionais enfermeiros (Quadro 5), verificou-se que a Macrorregião do Cariri-CE, com uma população total de 904.000, tem uma carência de 55 enfermeiros para cumprir a Portaria n° 648/2006 (1equipe/4000 hab/ano). Utilizou-se desse parâmetro por falta de um outro mais compatível, visto que, a Resolução do COFEN 293/2004 não tem clareza sobre o cálculo de horas necessárias para o enfermeiro assistir à população da atenção básica de saúde no âmbito do sistema local de saúde, devido às suas especificidades.

Observou-se, também, que o profissional enfermeiro tem um envolvimento efetivo em quase todas as ações, estabelecendo, por parte desse profissional, uma relação individualizada com o paciente, que inclui decisões sobre os cuidados a serem dispensados, repasse de informações e conselhos aos pacientes relacionados à terapêutica, da administração dos serviços de saúde, tanto no município, nas Unidades Básicas, como, também, nas Equipes de Saúde. Porém, em alguns momentos, torna-se confuso o desenvolvimento das atividades, porque a profissão de enfermeiro não apresenta, ainda, uma definição de sua prática, como pode ser fundamentado por vários autores, entre outros Egry (2001) e afirmam:

para criação de novas práticas é preciso repensar os processos de trabalho em saúde na sua totalidade dinâmica; particularmente, o estudo dos instrumentos de trabalho, empregado pelos enfermeiros em suas práticas, proporcionaria informações pertinentes par análise da sua adequação ao objeto ou finalidade.

Existe um grande caminho a ser percorrido pelos enfermeiros para a consecução da saúde, conforme preconiza a Constituição Brasileira. As formas com que as sociedades identificam e explicam seus problemas de saúde, bem como o modo como se organizam para enfrentá-los, variam historicamente e dependem de determinantes estruturais, econômicos, políticos e ideológicos (BERTOLOZZI, 1999).

Silva e Egry (2003) afirmam que:

> uma prática profissional crítica, reflexiva e questionadora, consciente de suas raízes teóricas e filosóficas, dar-se-á quando esta mesma prática for exercida com Competência. Todavia, nenhuma transformação ocorrerá isoladamente, sem a correspondente e fundamental participação das instituições formadoras, unidas por práticas educativas diferenciadas, que preparem, desde logo, estes profissionais para o novo paradigma que se apresenta.

Neste contexto exige-se o desencadeamento de uma nova forma de produzir e gerir uma prática, em que o profissional enfermeiro seja o condutor de suas ações independente, porém interdisciplinar.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A Atenção Básica de Saúde possibilita a população o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde nos Sistemas Locais de Saúde, onde é caracterizado como porta de entrada do sistema de Saúde e permite um planejamento a partir das ações programáticas, envolvendo a população adscrita, valorizando os profissionais de saúde com estímulo, com formação e capacitação. Nesse sentido há de se destacar que nas últimas décadas o setor saúde vem se preocupando com mais intensidade com os recursos humanos, tendo, em vista, a constatação de que esse é um dos desafios que o Sistema de Saúde do país tenta vencer.

Diante da situação, o presente estudo apontou que o perfil sócio-demográfico dos profissionais de saúde médicos e enfermeiros da Macrorregião do Cariri-CE são jovens, encontrando-se na faixa etária com menos de 34 anos. Os dados demonstraram que predominou o sexo feminino. Esses resultados confirmaram uma maior inserção da mulher na força de trabalho em relação ao homem. Os resultados deste estudo indicaram que os profissionais de saúde da Macrorregião do Cariri-CE concentram-se nas cidades de maior porte, tais como: Barbalha, Crato e Juazeiro do Norte. Constatou-se, também, que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) tinham, majoritariamente, de 5 a 10 anos de formados.

Os dados apontaram, que o setor público é um mercado importante e estável, absorve 52,1% dos médicos e 80,1% dos enfermeiros na esfera municipal. Já o setor privado é um mercado em ascensão e emprega 29,0% dos médicos e 9,9% dos enfermeiros.

É importante ressaltar que a força de trabalho dos profissionais de saúde no mercado está, em grande parte, vinculados ao setor público, em nível municipal.

O estudo confirmou, também que os médicos só são contratados segundo suas especialidades e que a maior concentração destas especialidades está na clínica Pediátrica seguido pela clínica Gineco/Obstetrícia.

Destacou-se, também, que predominou entre os enfermeiros a especialidade de Saúde da Família, sendo que não foram muito expressivos os especialistas em obstetrícia. Chamou a questão sobre as especializações dos enfermeiros, visto que eles são contratados como especialistas, mas suas especializações não são levadas em considerações, ficou demonstrado, também, que se trata de uma questão complexa, que perpassam desde a Universidade até a definição por parte do Conselho Federal de Enfermagem e/ou outros Órgãos Nacionais como também os gestores dos Sistemas de Saúde competentes e responsáveis em garantir o direito concedido pelo MEC de que faz jus de desenvolver suas ações de acordo com a sua especialização.

Nesta questão, é imprescindível ressaltar o investimento por parte do Estado, como também dos profissionais que, na maioria das vezes, com um extremo esforço, pagam para realizar uma especialização e, ao final, não se tem retorno para os cofres públicos, muito menos, os profissionais se sentem respeitados neste direito inalienável e adquirido. Sem falar no retorno enorme em que esses profissionais poderiam trazer para o desenvolvimento de uma atenção de qualidade para a população.

Sabe-se, contudo, que o Brasil ainda passa pela transição epidemiológica e este fato, ainda, não condiz com um quadro com o privilegio da população ser assistida somente por especialistas, devido as condições sócio-econômicas e sanitárias, precárias que o povo brasileiro se encontra, mas deve haver um outro caminho que conduza à correção deste desvio e não punir uma categoria enquanto outras são beneficiadas.

A partir do instrumento da Programação Pactuada Integrada – PPI, foi possível buscar estimativas, com parâmetros para cálculo das ações de Atenção Básica de Saúde da mulher e da Criança. Deste modo, tornou-se possível verificar a necessidade da cobertura, como, também, identificar a necessidade do quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros, para atender a essa demanda.

No entanto, constatou-se que existe uma carência do total de especialistas em gineco-obstetrícia de 25,4/1000/hab., mesmo aqueles municípios de grande porte como Juazeiro do Norte e Crato, para atender a saúde da mulher, quanto a categoria de enfermeiros apontou uma carência de 55 por 4000 habitantes.

Este estudo chama atenção dos excedentes na área da Pediatria de 4,2/médico/habitante, lembrando que esse excesso, não significa que "esteja sobrando pediatras", visto que esse dado é numérico, pois a PPI não leva em consideração todos as ações a serem desenvolvidas, em que algumas, como por exemplo, o controle da diarréia requer mais tempo e dedicação dos profissionais.

Portanto Recomenda-se que:

1. Haja uma implementação das políticas de recursos humanos nas Secretarias Municipais de Saúde;
2. A PPI seja um instrumento de planejamento para as ações da saúde da mulher e da criança, em cada município com um discurso amplo entre gestores, profissionais e segmentos organizados da sociedade;
3. Uma discussão sobre especialidades com as três esferas de governo, juntamente com os órgãos de classe e universidades e população;
4. Que seja implantado a política de cargo e salários dos profissionais de saúde em todos os municípios, com isonomia salárial para todas as categorias;
5. Que haja uma discussão no Cofen e Coren sobre o dimensionamento do enfermeiro na atenção básica de saúde.

- ***Desafios encontrados***

Chama-se atenção que, durante a realização desse estudo, teve, entre outras dificuldades, a de encontrar os parâmetros para calcular a necessidade da categoria enfermeiro/habitante/ano para desenvolver a Atenção Básica, pois a Resolução do COFEN 293/2004 não explicita esse cálculo, como também as Portarias do Ministério da Saúde. Só foi possível contornar esse problema porque a autora decidiu em calcular a necessidade da categoria enfermeiro, usando como referência, o parâmetro do Ministério da Saúde, que define a cobertura assistencial por equipe/habitante, onde esse profissional está inserido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C.M. Reforma do Estado e Reforma do Sistema de Saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

ANDRADE, F.M.O. **O Programa Saúde da Família no Ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza: [s. n.], 1998. 220 p.

ANTUNES, R. A era da informatização e a época da informalização riqueza e miséria do trabalho no Brasil. In: ANTUNES, R. (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Bomtempo Editorial, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICA. **Normas ABNT sobre documentação**. Rio de Janeiro, 2002. (Coletânea de Normas).

ASSUNÇÃO, R.S. **O agente comunitário de saúde e sua prática no Programa de Saúde Família no município de Divinópolis-MG**. Divinópilis: [s. n.], 2003.

BARBOSA, A.C.Q.; RODRIGUES, J.M. (org.). **Primeiro censo de recursos humanos da atenção primária do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG, 2006.

BERTOLOZZI, M.R. **Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva**. Brasília: ABEn, 1999.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 293. Metodologia de Cálculo de Pessoal de Enfermagem**. Brasília: MS/COFEn, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no Sus (NOB/RH SUS)**. 3. ed. rev. atual. Brasília: MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH**. 2. ed. rev. e atual. Brasília: MS/CNS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Lei n° 8.080/1990. **Lei Orgânica de Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços. Brasília, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica 01/93**. Estabelece diferentes níveis de gestão. Brasília: MS, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas de financiamento de programas e projetos mediante a celebração de convênios**: orientações técnicas. Brasília: Ministério da Saúde / Fundo Nacional da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **O CNS e a construção do SUS**: referências estratégicas para melhorar o modelo de Atenção a Saúde. Brasília: MS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: MS, 2002. 184 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1097**. Programação Pactuada Integrada. Brasília, maio 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1101. Parâmetros de Cobertura Assistencial no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, jun. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA)**: concepção e estruturação. Brasília: OPAS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília: MS, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Relatório de Gestão 1998/2001**. Brasília: SAS/MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde.**Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação Pactuada e integrada de Assistência à Saúde**. 148 p. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Departamento de Informática do SUS. **TABWIN versão 1.4**. Programa para a realização de tabulação simples. Brasília: Coordenação Geral de Informações em Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 399/GM**. Divulga Pacto pela Saúde, Brasília, fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 648 da Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, março, 2006.

BRUSCHINI, C. **Gênero e trabalho no Brasil**. Campinas, SP: Ed. 34, 2000.

BUSS, P.M. Promoção de Saúde e qualidade de vida. Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2001.**

CARVALHO, G.; MENDES, A.; MARQUES, R.M. **Financiamento do SUS**: princípios, séries históricas e propostas. São Paulo: [s. n.], 2001.

CEARÁ. Anuário. Fortaleza: **O Povo S.A.**, 2004.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **A saúde do Ceará**: uma construção de todos: relatório da gestão da Secretaria da Saúde da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: OMNI, 2006.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **A saúde no Ceará em grandes números**: uma avaliação da situação de saúde e das ações implementadas pelo Sistema Público Estadual – 1995 a 2002. Fortaleza: SESA, 2002. 240 p.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **Indicadores e dados básicos para a saúde**. Fortaleza: SESA, 2005. v. 4.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **O modo de fazer saúde no Estado do Ceará**. Fortaleza: SESA, 2002.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **Sistemas microrregionais de saúde**. Fortaleza: SESA, 2002.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE – CEBES. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, n. 19, nov. 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Recursos humanos:** um desafio do tamanho do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. [S. l.: s. n.], 2004. 28 p.

CORNETTA, V.K.; PEREIRA, J.M.T.B.; LEFRÉVE, A.M.C. **Política de recursos humanos**. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2001.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e vigências. Rev. Adm. Publ.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 9710, 1992.**

EGRY, E.Y. Processo de trabalho de gerência:instrumentos potentes para operar mudanças nas práticas de saúde. **Rev. Latina-Americana de Saúde**, 2001.

FERREIRA**,** A.B.H **Novo Aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GIL, R.R.C. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar./abr. 2005.

GIRARDI, S.N.; CARVALHO, C.L.; ARAÚJO*,* J.F. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. In: OBSERVATÓRIO de Recursos Humanos no Brasil. Estudos e Análises. [S. l.: s. n.], 2004. (Série B – Textos básicos de Saúde, v. 2).

GOYA, N. **O SUS que funciona em municípios do Ceará**. Fortaleza: [s. n.], 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2005**. Disponível em: <http://www.datasu.gov.br>. Acesso em: 15 dez. 2006.

LEVICOVITZ, E.; LIMA, L.D. MACHADO, C.V. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 146 p.

_____. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, v. 6, n.2, 2001.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 244p.

_____. **Perfil dos médicos no Brasil**. Relatório Final (médicos em números). Rio de Janeiro: Fiocruz/CFM/MS/DNUD, 1997. 28 v. (Brasil e Grandes Regiões, v. 1).

MARTINEZ, J.; MARTINEAU,T. **Human resource in the health sector**: an international perspective. In: OBSERVATÓRIO de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises. v. 2, 2004. Disponível em: <http//www.healthsistemsrc. org>. Acesso em: 13 fev. 2007.

MÉDICI, A.C. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médico no Brasil na década de 70. In: MÉDICI, A.C. (org.). **Textos de apoio**: planejamento i, recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80**: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Brasília: [s. n.], 1991.

_____. **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996. 300 p.

NEGRI, B.; GIOVANNI, G.D. **Radiografia de saúde**. instituto de economia da unicamp. Campinas-SP: [s. n.], 2002.

NOGUEIRA, R.P. A Política de Saúde e a formação de recursos humanos. In: SEMINÁRIO A PRÁTICA E CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO, 1985, Ribeirão Preto, 1985. **Anais...** Ribeirão Preto: CODAC/USP, 1985.

NOGUEIRA, R.P. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. **Divulgação em Saúde para Debates**, n. 14, ago. 1996.

NOGUEIRA, R.P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V.A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarizaçao do trabalho na adminisrtração pública. In: BARROS, A.F.R. (org.). In: **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http//portal.saude. gov.br/portal/sgtes>. Acesso em: 28 jan. 2007.

NORÕES, N.M. dos R. A regionalização da saúde no Estado do Ceará: avanços e desafios. In: CARLOS, I.C.C.; SOARES, M.D.; NORÕES, N.M. dos R. (org.). **Vivência e convivência**: experimentando novos desafios. Fortaleza: Secretaria do Estado do Ceará, 2006. 64 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPAS. Desarrollo y Fortalecimento de los Sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. In: PAGANINI, J.M; CAPOTE MIR, R. **Los sistemas locales de salud: coceptos, métodos, experiências**. Washington, D.C.: OPS, 1990. p. 5-20. (Publicación Científica, 519).

PIERANTONI, C.R. **As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos**: limites e possibilidades. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v. 6, n. 2, 2001.

PIERANTONI, C.R; VARELLA, T.C.; FRANCO, T. **Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde**: da teoria para a prática. In: OBSERVATÓRIO de Recursos Humanos no Brasil, Estudos e Análises. [S. l.: s. n.], 2004. (Série B – Textos Básicos de Saúde, v.2).

QUEIROZ, L. Textos normativos e contextos locais: estudo de cabo sobre os dilemas do processo de implantação do SUS. In: PIERATONI, C.; MANSO, C. **Gestão de sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Segrecar, 2003. p. 93-131.

REIS, L.G. da C. Conceitos básicos de administração. In: APOIO a gestão. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://www.rits.org.br>. Acesso em: 06 fev. 2007.

ROUQUAYROL, M.Z; FILHO, N.A. **Políticas de descentralização e atenção primária à saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SANTANA, J.P.; GIRARDI, S.N. Recursos Humanos em Saúde: reptos atuais. **Cad. da Nona**, v. 2, p. 103-6, 1992.

SANTOS, J.B.F. O trabalho do médico: de profissional liberal a assalariado. In: SANTOS, J.B.F. (org.). **Observatórios de recursos humanos em saúde – estação CETREDE/UFC/UECE**: reflexões de pesquisas. Fortaleza: CETREDE/EdUECE, 2006.

SANTOS, L.A. Planos de Carreira e Classificação de Cargos no Serviço Público Federal: Evolução e Tendências. **Cadernos ENAP – Recursos Humanos no Setor Público**, v. 2, n. 2, dez. 1994.

SEIXAS, P.H.D'A. Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde. In: POLÍTICA de Recursos humanos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 184 p., 2002.

SILVA, C.C.; EGRY, E. Y. Constituição de competências para a intervenção no processo saúde-doença da população: desafio ao educador de enfermagem. **Rev. da Escola de Enf.**, São Paulo, v. 37, p. 11-16, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SPB. **Datafolha**. Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA, M. de F. Programa Saúde da Família no Brasil: atenção primária e atenção básica. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Avaliação de programas e sistemas de atenção primária**: um enfoque da população. La Plata, Argentina, mar. 1998.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas: ABRASCO, 1992. 226 p.

TROSA, S. **Gestão pública por resultados**: quando o estado se compromete. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP, 2001.

UNICEF – Brasil. **Situação da infância brasileira**. Brasília: UNICEF, 2001.

WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. **Gestão de serviços de saúde**: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2001.

APÊNDICES

Apêndice A – Parâmetros da Atenção da Mulher e da Criança

Variáveis relacionadas com a cobertura da Assistência da Mulher e da Criança habitantes/ano

Médico especialista: 0,2 por 1.000 habitantes (Portaria 1101/2002)

Enfermeiro: 1 equipe/4000 habitantes

Portaria N° 648/2006 – Atenção Básica

1. Saúde da Mulher

1.1 Pré-Natal

1.1.1 N° Estimado de Gestantes – 3% da População Geral

1.1.2 Cobertura das Gestantes + 100%

1.1.3 Pré-Natal risco habitual = 85%

1.1.4 Pré-Natal risco: 15% das Gestantes

1.2 Planejamento Familiar

1.2.1 Mulheres de idade fértil: 10 a 49 anos (45%)

1.2.2 Cobertura Planejamento Familiar: 60%

1.3 Prevenção do Câncer do Útero:

1.3.1 População Alvo: 25 a 59 anos – 40%

1.4 Prevenção do Câncer de Mama

1.4.1 População Alvo: mulheres de 25 a 49 anos

1.4.2 Exame Clínico das Mamas: 1

2. Saúde da Criança

2.1 Crescimento e Desenvolvimento

2.1.1 População: menores de 1 ano (92% da população alvo)

2.1.2 Recém nascido com peso >2500g

2.1.3 Recém nascido <2500g (8% da população alvo)

2.2 Assistência as doenças preveníveis na infância

2.2.1 População <5 anos (40%)

2.2.2 Infecção respiratória sem complicação (70% dos casos)

2.2.3 Infecção respiratória com complicação (20% dos casos)

2.2.4 Infecção grave (10% dos casos)

2.3 Desnutrição

2.3.1 Leve e Moderada – 10% da população geral

2.3.2 Desnutrição grave – 1% da população.

Apêndice B – Questionário

Pesquisa: RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: Avaliação na Atenção Básica na Saúde da Mulher e da Criança

I. Identificação

1. Idade:

21 – 26 ( )
27 – 34 ( )
35 – 44 ( )
45 – 54 ( )
55 – 77 ( )

2. Sexo:

F ( ) M ( )

3. Município de residência: _____

II. Formação técnica-científica e pós-graduação

4. Graduação: _____

5. Pós-Graduação

Tipo de especialização: _____

6. Tempo de formado:

<1 ano ( )
2 – 4 ( )
5 – 10 ( )
11 – 20 ( )
21 – 50 ( )

III. Inserção no mercado de trabalho

7. Instituição com a qual mantém vínculo:

Federal ( )
Estadual ( )
Municipal ( )
Privado ( )
Prestação de Serviços ( )

8. Carga horária/semanal:

até 10 ( )
11 – 20 ( )
21 – 30 ( )
31 – 40 ( )
41 – 60 ( )

9. Remuneração:

até 1 ( )
1 – 2 ( )
2 – 7 ( )
7 – 12 ( )
12 – 30 ( )

10. Municípios onde trabalha: _____

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecida

Prezado Senhor,

Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada:

Esta pesquisa visa avaliar os Recursos Humanos existentes no atendimento às necessidades da Atenção Básica da mulher e da criança da Macrorregião do Cariri-CE. Assim, gostaria de contar com sua participação nas respostas ao questionário que será aplicado.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste Projeto de Pesquisa. A informação e opinião obtidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratados, anonimamente, no conjunto dos demais participantes.

Ainda, a qualquer momento da pesquisa, caso não seja mais do seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar esse consentimento.

Agradecendo sua colaboração, me coloco à disposição para qualquer informação que você julgar necessário.

Atenciosamente,

_____	_____
Maria Fátima Ferreira de Oliveira	Dr. Paulo César de Almeida
Aluna do Mestrado de Saúde Pública/UECE	Orientador

Eu, _____ concordo em participar do questionário sobre o Projeto de Pesquisa: e estou ciente de que seus resultados serão tratados sigilosamente, e caso não queira participar da investigação, tenho a liberdade de retirar este consentimento.

_____, de _____ de 2005.

_____

ANEXOS

Anexo 1 – Portaria Nº 1.097 de 22 de maio de 2006.

Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de garantir o acesso da população às ações e aos serviços de assistência à saúde, com eqüidade;

Considerando o Inciso XI do art. 7º do capítulo II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde a "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";

Considerando o art. 36, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece que o "processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União";

Considerando a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que altera os arts 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde;

Considerando o disposto nas Diretrizes Operacionais do Pacto Pela Saúde, aprovadas pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, em especial seu item III.A.5 - Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde e item III. B. 3 – Responsabilidades no Planejamento e Programação;

Considerando o financiamento tripartite para as ações e os serviços de saúde, conforme o disposto na Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006;

Considerando os parâmetros para a programação de ações de assistência à saúde a serem publicados pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

Anexo 2 – Portaria n.º 1101/GM - em 12 de junho de 2002.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e considerando,

- o disposto no Capítulo III, artigo 26 da Lei nº 8.080/90, que estabelece, entre outros, que os parâmetros de cobertura assistencial sejam estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde;

- que a descentralização das ações e serviços de saúde, para estados e municípios, para a consistência de um efetivo Sistema Nacional de Saúde, requer a elaboração de um planejamento ascendente, através da Programação Pactuada e Integrada entre os gestores;

- a necessidade, requerida pelos gestores e pela sociedade em geral, da revisão dos parâmetros assistenciais em uso no SUS, datados de mais de vinte anos, face aos avanços verificados em vários níveis de complexidade do sistema de saúde e as necessidades da população;

- a necessidade, imediata, apontada pelos gestores dos três níveis de governo, do estabelecimento de parâmetros como instrumentos de planejamento, controle regulação e avaliação do SUS;

- a necessidade de flexibilizar, aos Estados e Municípios, a aplicação dos parâmetros propostos, possibilitando ajustes necessários, derivados, entre outros, da diferença do perfil epidemiológico, desde que devidamente justificados e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde, com posterior comunicação a este Ministério, para conhecimento;

- a ampla discussão sobre o estabelecimento de parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, que possibilitou a participação efetiva da comunidade técnico-científica, das entidades de classe, dos profissionais de saúde, dos gestores do SUS e da sociedade em geral, na sua formulação, através da Consulta Pública SAS/MS N° 01, de 08 de Dezembro de 2000, e

- a deliberação n° 08 de 04 de abril de 2002 do Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Os referidos parâmetros representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras.

Art. 2º Atribuir à Secretaria de Assistência à Saúde, a responsabilidade pela revisão periódica dos parâmetros estabelecidos.

Art. 3º Esta Portaria entrará em vigor após sua publicação, revogando as disposições em contrário, em especial a Portaria MPAS 3046/82 .

BARJAS NEGRI

PARÂMETROS ASSISTENCIAIS DO SUS

01. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES:

Os parâmetros de cobertura assistencial do SUS, destinam-se a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, oferecendo subsídios para:

a) Analisar a necessidade da oferta de serviços assistenciais à população;

b) Auxiliar na elaboração do Planejamento e da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à saúde. (PPI);

c) Auxiliar no Acompanhamento, Controle, Avaliação e Auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS.

Para elaboração destes parâmetros, foram considerados, entre outros:

a) Os parâmetros assistenciais, internacionalmente reconhecidos, inclusive os baseados em dados da OMS e da OPAS, para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento.

b) As estatísticas de atendimento prestado aos usuários do SUS, e as incidências nacionais , por especialidade, dos últimos 3 anos.

c) O número de internações hospitalares, de consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e outras, de serviços complementares, inclusive de diagnose e terapia, com base em estudos e pareceres de especialistas, parâmetros assistenciais desenvolvidos e praticados em vários Estados da Federação, estudos do Ministério da Saúde, realizados com a participação de técnicos dos demais níveis de gestão do SUS e de várias instituições de saúde do país.

d) A Portaria MPAS nº 3.046, de 20 de julho de 1982.

Os parâmetros assistenciais, objeto deste estudo, se dividem em:

a) Parâmetros de Cobertura – são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido.

b) Parâmetros de Produtividade – são aqueles destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles, humanos, materiais ou físicos.

Para a definição dos parâmetros de cobertura assistencial ambulatorial, tomou-se como base, a composição da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS (Grupos de Procedimentos).

Os Grupos de 01 a 05 que referem-se a Atenção Básica, devem seguir as orientações já definidas no Manual da Atenção Básica, editadas pelas Portarias GM nº 3.295 de 13 de novembro 1998; GM nº 832 de 28 julho 1999 e GM nº12 de 07 de janeiro de 2000; GM nº 1158 de 08 de Agosto de 2001 e suas atualizações.

Os demais procedimentos, contemplados na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA-SUS, foram, em linhas gerais formatados, seguindo a mesma lógica de agrupamentos da tabela SIA. Alguns destes Grupos foram subdivididos para melhor explicitar o comportamento esperado dos procedimentos específicos em relação ao total do grupo. Estas subdivisões foram processadas em cálculos percentuais.

No processo de construção dos parâmetros de cobertura assistencial, alguns procedimentos foram calculados com base na população, enquanto outros se derivaram de um procedimento ou ato profissionais. Assim, os procedimentos relativos aos exames, diagnoses e terapias, por serem decorrentes de uma consulta médica, foram calculados com base na estimativa do total de consultas .

Os procedimentos de anestesia foram calculados sobre o somatório dos grupos especiais, onde há indicação dos mesmos; quais sejam: (crianças, idosos e deficientes).

Os parâmetros de cobertura para assistência hospitalar, no geral, foram calculados com base na expectativa esperada de internações por habitante/ano, nas quatro clínicas básicas, quais sejam: Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia contemplando, ainda, as internações decorrentes de Cuidados Prolongados, Psiquiatria, Tisiologia, Reabilitação.

2. PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL

2.1. PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DAS CONSULTAS MÉDICAS E ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS SOBRE A POPULAÇÃO:

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	PARÂMETROS	GRUPOS/TAB/SIA/SUS
Consultas Médicas (Total)	2 a 3 por hab./ano	Parte dos Grupos - 2 e 7
Atendimentos Odontológicos	0,5 a 2 por hab./ano	Grupos – 3 e 10

FÓRMULA PARA O CÁLCULO:

T. A . = População x Parâmetro de Atendimento

Legenda:

T.A: Total da Ação (pode ser consulta médica e/ou atendimento Odontológico)

Nota 1 :O total de consultas médicas, divide-se em:

Consultas Básicas de Urgência $\Rightarrow$ 12% do total de consultas programadas

Consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma $\Rightarrow$ 3% do total de consultas programadas

Consultas Médica Básicas $\Rightarrow$ 63% do total de consultas programadas (arredondado).

Consultas Médicas Especializadas $\Rightarrow$ 22% do total de consultas programadas (arredondado).

Exemplo para cálculo:

População Total x 2 consultas/hab./ano = X (X é, portanto, o total de consultas médicas previstas), sendo:

12% de X = consultas básicas de urgência;

3% de X = consultas pré-hospitalar e trauma;

63% de X = consultas básicas (Clínica Médica + Ginecologia + Obstetrícias + Pediatria);

22% de X = consultas especializadas.

2.2. PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL RECOMENDADOS, CONFORME UNIDADE DE MEDIDA E POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA-SUS.

GRUPO DE PROCEDIMENTOS, POR ORDEM DE APRESENTAÇÃO NA TABELA SIA-SUS	Variação de Cobertura entre Regiões do país (projeção 2000)	Parâmetros Recomendados	Unidade de medida
a) Procedimentos de Atenção Básica			
01 – Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível médio	2,28 a 6,43	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
02 - Ações Médicas Básicas	1,06 a 1,67	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
03 - Ações Básicas Em Odontologia	0,4 a 1,6	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
04 - Ações Executadas por outros Profissionais de Nível Superior	0,11 a 0,45	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
05 - Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	Conforme pactuação entre Gestores.		
b) Procedimentos Especializados			
07 - Procedimentos	0,54 a 0,84	0,6 a 1,0	Proced./Hab/ano

Especializados Profissionais Médicos, Outros Nível.Superior e médio			
07.1. Consulta Médica de Urgência (pré hospitalar e trauma)		0,06 a 0,09	% total do grupo 7
07.2. Consultas Médicas Especializadas		0,44 a 0,66	% total do grupo 7
07.3 Demais procedimentos desse grupo		0,10 a 0,25	% total do grupo 7
08 - .Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	0,03 a 0,06	0,05	Proced./Hab/ano
09 - Procedimentos Traumato-Ortopédicos	0,03 a 0,07	0,1	Proced./Hab/ano
09.1.Consulta Ortopédica c/ Procedimento provisório.		0,07	% total do grupo 9
09.2.Tratamento e/ou troca gesso		0,03	% total do grupo 9
10 - Ações Especializadas Em Odontologia	0,01 a 0,04	0,04 a 0,06	Proced./Hab/ano
11 - Patologia Clínica	51,68 a 75,99	30 a 50	% total de Consultas
11.1. Exames Básicos: Bioquímica.Hemato. l a Vl , microbiologia .		80,26	%total do grupo 11
11.2. Exames Diferenciados: Hormônios l a Vlll, lmunologia I,II,III		10,53	%total do grupo 11
11.3. Exames Especiais de Imuno. IV a Xll, diagnóstico em Genética, Patologia Clínica Ocupacional l, ll, lll, lV, líquido Amniótico, sinovial / derrame, líquor I e II, suco gástrico, urina I,II,III		7,12	%total do grupo 11
11.4. Medicina nuclear in vitro l, ll, lll		2,09	%total do grupo 11
12 - Anatomopatologia e Citopatologia	1,38 as 2,52	2,36	%total de consultas
13 - Radiodiagnóstico	5,49 a 8,91	5 a 8	%total de consultas
13.1. RX simples e Contrastado		94,75	%total do grupo 13
13.2. Outros exames de radiodiagnóstico I e II		4,63	%total do grupo 13
13.3. Proc. Esp. Radiol. I, ll, lll, lV, V		0,32	%total do grupo 13
13.4. Angiografias		0,24	%total do grupo 13
13.5. Neuroradiologia		0,06	%total do grupo 13
14 - Exames Ultra-Sonográficos	0,80 a 2,47	1,0 a 1,50	%total de Consultas

14.1. Ecografia l, ll, lll, lV, Vll, Vlll e lX		76,71	%total do grupo 14
14.2. Ecocardiografia V e Vl		23,29	%total do grupo 14
17 - Diagnose	1,61 a 4,69	5 a 6	%total de Consultas
17.1. Alergologia		0,67	%total do grupo 17
17.2. Angiologia		0,35	%total do grupo 17
17.3. Cardiologia		37,97	%total do grupo 17
17.4. Ginecologia/obstetrícia		18,75	%total do grupo 17
17.5. Neurologia		5,36	%total do grupo 17
17.6. Oftalmologia		24,83	%total do grupo 17
17.7 Otorrinolaringologia		4,08	%total do grupo 17
17.8 Pneumologia		1,84	%total do grupo 17
17.9 Urologia		0,87	%total do grupo 17
17.10. Gastroenterologia		4,27	%total do grupo 17
17.11. Fisiatria		1,01	% total do grupo 17
18 - Fisioterapia (por sessão)	4,52 a 10,94	8 a 9	%total de Consultas
19 – Terapias Especializadas (por terapia)	0,53 a 1,21	2 a 3	%total de Consultas
19.1.Alergologia		2,16	%total do grupo 19
19.2. Angiologia		2,69	%total do grupo 19
19.3. Cardiologia		0,32	%total do grupo 19
19.4. Dermatologia		4,08	%total do grupo 19
19.5. Ginecologia / Obstetrícia		5,76	%total do grupo 19
19.6. Oftalmologia		4,48	%total do grupo 19
19.7. Otorrinolaringologia		2,18	%total do grupo 19
19.8. Pneumologia		29,00	%total do grupo 19
19.9. Urologia		8,28	%total do grupo 19
19.10. Endoscopia		2,64	%total do grupo 19
Atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial		36% (no total) distribuído de acordo com modelo assistencial implantado	%total do grupo 19
Atendimento Oficina Terapêutica			
Atendimento Núcleo / Centro Reabilitação			
Demais Procedimentos desse grupo		2,41	%total do grupo 19
21 - Próteses e Órteses	0,20 a 0,74	0,5	%total de Consultas
22 – Anestesia	0,0003 a 1,16	1,0	%dos grupos 3+8+10
c) Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade			

26 - Hemodinâmica	0,01 a 0,03	0,03	%total de Consultas
27 - Terapia Renal Substitutiva (diálise)	0,65 a 2,09	Ver item 2.7.3 e informações complementares (item F).	%total de Consultas
28 - Radioterapia (por Especificação)	1,07 a 1,37	Ver item 2.7.1 e informações complementares (item D)	%total de Consultas
29 - Quimioterapia	0,07 a 0,27	Ver informações complementares (item D)	%total de Consultas
30 - Busca de Órgãos para transplante		Conforme programa especifico de Transplantes	%total de Consultas
31 - Ressonância Magnética	0,01 a 0,02	0,04	%total de Consultas
32 – Medicina Nuclear-In Vivo	0,03 a 0,12	0,14	%total de Consultas
33 - Radiologia Intervencionista	0,0003 a 0,01	0,01	%total de Consultas
35 - Tomografia Computadorizada	0,16 a 0,25	0,20	%total de Consultas
36 - Medicamentos Excepcionais	2,63 a 9,73	Ainda não apurado	%total de Consultas
37 -.Hemoterapia	3,63 a 7,58	4,0	%total de Consultas
38 - Acompanhamento de pacientes		Ainda não apurado	

2.3. DETALHAMENTO DA COBERTURA DAS CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS, CONTIDAS NO GRUPO 2 E 7 DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SIA/SUS.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	15,0% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-26,88%
CLÍNICAS BÁSICAS	62,7% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-53,07%
Clínica Médica (inclui PSF)	Distribuição do percentual por especialidade, de acordo com o Pacto da Atenção Básica
Ginecologia (inclui Mastologia)	
Obstetrícia	
Pediatria	
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	22,3% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-20,05%
Alergologia	0,2% (inclui Imunologia) do total de consultas
Cardiologia	2,0% do total de consultas
Cirurgia Geral	2,3% do total de consultas
Dermatologia	1,1% (inclui hansenologia) do total de consultas
Doenças Vasculares Periféricas (Angiologia)	0,2% do total de consultas
Endocrinologia	0,4% (inclui Metabologia) do total de consultas
Gastroenterologia	0,7% do total de consultas
Hematologia	0,1% do total de consultas
Medicina Física*	1,2% do total de consultas
Nefrologia	0,1% do total de consultas
Neurocirurgia	0,1% do total de consultas
Neurologia	1,2% do total de consultas
Oftalmologia	2,8% do total de consultas

Oncologia	0,3% do total de consultas
Otorrinolaringologia	1,5% do total de consultas
Proctologia	0,2% do total de consultas
Psiquiatria	2,2% do total de consultas
Reumatologia	0,4% do total de consultas
Tisiopneumologia	1,0% (inclui Broncoesofagologia) do total de consultas
Traumatologia – ortopedia	2,9% (não inclui consulta de urgência), do total de consultas
Urologia	0,9% do total de consultas
*Outros	0,5% do total de consultas

Observações:

* Estão incluídos neste item as consultas de Fisiatria, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

**Estão incluídas neste item as consultas de: medicina nuclear, homeopatia, geriatria, acupuntura, infectologia, e genética clínica.

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DA NECESSIDADE DE CONSULTAS NO ANO.

Fórmula Geral :

$$\text{Consultas por tipo} = \frac{\text{NTC x Parâmetro Recomendado}}{100}$$

Legenda: NTC = Número Total de Consultas

Exemplos:

1. Nº Total de Consultas de Urgência/Emergência - NTCUE = $\frac{\text{NTC x 15}}{100}$

2. Nº Total de Consultas Básicas - NTCB = $\frac{\text{NTC x 62,7}}{100}$

3. Nº Total de Consultas Especializadas (NTCE) : NTCE = $\frac{\text{NTC x 22,3}}{100}$

3.1. Nº Total de Consultas Psiquiátricas (NTCP): NTCP = $\frac{\text{NTCE x 2,2}}{100}$

2.4. OUTROS PROCEDIMENTOS PARA DIAGNOSE E TERAPIA SOBRE CONSULTAS ESPECIALIZADAS:

1.CARDIOLOGIA (consultas)	2,1% do total de consultas
1.1.Ergometria	19% do total de consultas cardiológicas (já incluídas as necessidades de Pneumologia).
1.2. Holter	0,5% do total de consultas cardiológicas
1.3.ECG	60% do total de consultas cardiológicas
1.4. Ecocardiograma	13% do total de consultas cardiológicas
2. NEUROLOGIA (consultas)	1,2% do total de consultas
2.1. EEG	33% do total de consultas neurológicas
2.2.ELETROMIOGRAFIA	1,08% do total de consultas neurológicas (já incluídas as necessidades de outras especialidades).

2.5. NÚMERO DE EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA E RADIODIAGNÓSTICO, POR ESPECIALIDADE MÉDICA, PARA CADA 100 CONSULTAS.

Especialidade	Patologia Clínica	Radiodiagnóstico
Urgência/ Emergência (Geral)	25	5
Clínicas Básicas		
Clínica Médica	65	15
Ginecologia	25	5
Obstetrícia	200	2
Pediatria	30	2

Clínicas Especializadas		
Alergologia	2	1
Cardiologia	60	15
Clínica Cirúrgica	35	8
Dermatologia	20	1
Doenças Vasculares Periféricas	30	5
Endocrinologia	50	2
Gastroenterologia	30	12
Hematologia	150	4
Medicina Física *	10	20
Nefrologia	50	9
Neurocirurgia	25	10
Neurologia	15	8
Oftalmologia	15	1
Oncologia	70	15
Otorrinolaringologia	20	3
Proctologia	35	8
Psiquiatria	5	1
Reumatologia	40	15
Tisiopneumologia	25	20
Traumato – Ortopedia	12	30
Urologia	50	15
Outras	20	5

Observação: * Nas especialidades de Medicina Física, incluindo Fisiatria , Fisioterapia e Terapia Ocupacional, as solicitações de exames, geralmente são feitas por outros especialistas.

Nota 1: O quantitativo de exames registrados nesta tabela, é orientador, podendo variar, de acordo com peculiaridades locais.

Nota 2: A Patologia Clínica refere-se somente ao Grupo 11 da Tabela de Procedimentos do SIA-SUS e o Radiodiagnóstico, ao Grupo 12 da mesma Tabela.

2.6. FÓRMULAS BÁSICAS PARA AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

a) Para o cálculo do % de execução da Meta Programada:

$$E = \frac{\text{Total de Procedimentos Realizados}}{\text{Total de Procedimentos Programados}} \times 100$$

Onde: E = % de Execução

b) Para o cálculo do % de participação, Por Prestador, no total de atendimentos ambulatoriais do município, região, estado, etc.

$$PP = \frac{\text{Total de Procedimentos Realizados por Prestador}}{\text{Total de Procedimentos Realizados no Município}} \times 100$$

Onde: PP = % de Participação por Prestador

Nota 1: No denominador, o município é a variável; portanto pode ser substituído por Região, Estado etc.

c) Para cálculo da Taxa de Cobertura Ambulatorial – (TxCA):

$$TCA = \frac{\text{Total da População Atendida, em determinada atividade, período e área}}{\text{Total da População Alvo no mesmo período e área}} \times 100$$

Onde: TxCA= Taxa de Cobertura Ambulatorial

d) Para Cálculo da Taxa de Exames por Consultas Médicas: (TxECM):

$$TxECM = \frac{\text{Total de Exames realizados , em determinada atividade, período e área}}{\text{Total de Consultas no mesmo período e área}} \times 100$$

Onde:TxECM= Taxa de Exames por Consulta Médica

e) Para Cálculo da Taxa Específica de Utilização da Capacidade Operacional (TxeUCO):

TxeUCO = Total de Procedimentos Realizados, em determinada atividade, período e área x 100 Total dos Procedimentos passíveis de serem realizados em determinada atividade, período e área	**Onde:TxeUCO=** Taxa Específica de Utilização da Capacidade Operacional

f) Para Cálculo da Taxa de Exames Específicos por tipo de Consulta Médica (TxEeCM):

TxEeCM = Total de Exames Realizados, por tipo de Exame x 100 Total de Consultas Médicas Realizadas, por tipo	**Onde: TxEeCM =** Taxa de Exames Específicos por tipo de Consulta Médica

2.7. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA NECESSIDADE, DA PRODUTIVIDADE OU DA COBERTURA DE ALGUNS EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSE E TERAPIA.

Para conhecer a capacidade física instalada dos equipamentos utilizados para exames e terapias, é importante estimar a capacidade dos equipamentos, considerando seu horário de funcionamento diário e nº de dias /mês disponíveis para uso.

Esta informação deverá ser buscada também nos Manuais Específicos dos mesmos.

Elegeu-se aqui, alguns equipamentos de uso no Sistema de Saúde, cujos procedimentos são cobertos pelo SUS.

São eles:

2.7.1. ACELERADOR LINEAR OU UNIDADE DE COBALTO (Radioterapia):

- São equipamentos de megavoltagem, (mais de um milhão de eletrovolts), utilizados para tratamento de pacientes oncológicos, normalmente, com capacidade para atendimento de 6 pacientes/hora (10 minutos por paciente).
- Os serviços de radioterapia se subdividem em:
- pequeno porte: aqueles capazes de absorver de 300 a 500 novos pacientes ano.
- médio porte: aqueles capazes de absorver de 501 a 1000 novos pacientes ano.
- grande porte: aqueles capazes de absorver 1001 ou mais novos pacientes ano.
- Para a instalação de um serviço de pequeno porte, prevê-se a abrangência de uma população de 500 mil a 715 mil habitantes.

Nota 1: Ver Portaria GM/MS nº 3.535, de 02/09/98.

2.7.2. MAMÓGRAFO:

- 1/240 mil habitantes.

2.7.3. MÁQUINA PARA DIÁLISE:

- 1/15.000 habitantes (máquina de proporção, em três turnos).
- 1/30.000 habitantes (outras máquinas, até dois pontos, em três turnos).
- 1/1 paciente (cicladoras / uso domiciliar).

Em cada "ponto de diálise", podem ser atendidos até 6 pacientes por semana, com utilização máxima do equipamento.

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado
1º Turno	A	B	A	B	A	B
2º Turno	C	D	C	D	C	D
3º Turno	E	F	E	F	E	F

Fonte: MS/SAS/DECAS/CGSIAH/2000.

Nota 1: A, B, C, D, E, F correspondem à simulação da escala de pacientes;

Nota 2: 1º, 2º e 3º Turnos correspondem ao período de funcionamento = manhã, tarde e noite respectivamente;

Nota 3: As máquinas recomendadas para TRS devem ser as de proporção e que possuem somente um "ponto";

2.7.4. ÓSTEO-DENSÍMETRO:

- 1/140 mil habitantes.

Nota 1. Ver Portaria GM/MS 1.327, de 11/11/99.

2.7.5. TOMÓGRAFO POR RAIO X COMPUTADORIZADO:

- 1/100 mil habitantes.
- 1/1.500 leitos de internação em hospital de atenção terciária

2.7.6.TOMÓGRAFO POR RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA:

- 1/500 mil habitantes.
- 1/1.500 leitos de internação em hospital de atenção terciária.

2.7.7. APARELHO DE ULTRASSONOGRAFIA, RADIOLOGIA SIMPLES (sem contraste) E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA:

- 1/25.000 habitantes

3. PARÂMETROS DE COBERTURA HOSPITALAR

3.1. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No geral, estima-se que de 7 a 9% da população terá necessidade de internações hospitalares durante o ano, em determinada região. Sendo assim, a fórmula para cálculo das internações hospitalares esperadas numa determinada região e ano, é a seguinte:

$$NIHE = \frac{\text{Total da População x Parâmetro Recomendado de Internações/ano}}{100}$$

Legenda:

NIHE = Número de Internações Hospitalares Esperadas.

3.2. FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES, POR ESPECIALIDADE, PARA DETERMINADA POPULAÇÃO NO ANO.

INTERNAÇÕES POR ESPECILIDADE	FÓRMULA
Cirúrgica	(Pop.x 0,08) x 20%
Clinica Médica	(Pop.x 0,08) x 33%
Cuidados Prolongados (crônicos)	(Pop.x 0,08) x 0,80%
Obstétrica	(Pop.x 0,08) x 20,25%
Pediátrica	(Pop.x 0,08) x 15%
Psiquiátrica	(Pop.x 0,08) x 3,50%
Reabilitação	(Pop.x 0,08) x 1,08%
Tisiologia	(Pop.x 0,08) x 0,13%
Fator de Ajuste *	(pop.x 0,08) x 6,24%
TOTAL	100%
Psiquiatria Hospital Dia	(Pop.x 0,08) x 0,50%

FONTE: MS/SAS/DECAS/CGCA/2000

Observação: * Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada, em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.

Nota 1. Para municípios, regiões e estados que, em decorrência da influência de fatores estruturais e/ou epidemiológicos, apresentam percentuais de cobertura hospitalar diferentes do utilizado na fórmula acima (8%), deve-se substituir, na fórmula, o coeficiente ali escolhido pelo real apurado (0,08 por 0,07 ou 0,09 etc).

Nota 3: A média/Brasil, em 1999, de AIH pagas sobre a população, foi de 7,58%.

COMPARAÇÃO DO PARÂMETRO EXEMPLIFICADO COM A VARIAÇÃO ENTRE AS REGIÕES

INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE	Variação entre as Regiões	Parâmetro Exemplificado	Unidade de Medida
Cirúrgica	1,39 a 3,4	1,60	% int/pop./ano
Clínica Médica	1,73 a 3,59	2,64	% int/pop/ano
Cuidados Prolongados (Crônico)	0 a 0,06	0,06	% int/pop/ano
Obstétrica	1,18 a 2,01	1,62	% int /pop./ano
Pediátrica	0,7 a 1,53	1,20	% int/pop/ano
Psiquiátrica	0,17 a 0,29	0,28	% int/pop/ano
Reabilitação	0 a 0,02	0,09	% int/pop/ano
Tisiologia	0,003 a 0,03	0,01	% int/pop/ano
Fator de Ajuste*	----------	0,50	% int/pop/ano
TOTAL	5,1 a 10,93	8,00	% int/pop/ano
Psiquiatria Hospital Dia	0,005 a 0,07	0,04	% int/pop/ano

Observação: * Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.
Nota 1: O parâmetro do quadro acima mudará conforme o coeficiente de internações determinado pelo gestor na fórmula explicitada no item 3.2.

3.3.PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA TAXA DE TEMPO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR.

O tempo de média de permanência (TMP), é um dos indicadores, usado para definir o rendimento/produtividade/de leitos em cada especialidade.

PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA TAXA DE TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

ESPECIALIDADES	VARIAÇÃO ENTRE REGIÕES/1999/AIH´s PAGAS	PARÂMETRO	UNIDADE DE MEDIDA
Cirúrgica	3,9 a 5,6	4,8	Dias/ano por internação
Clínica Médica	4,8 a 6,1	5,2	Dias/ano por internação
Cuidados prolongados (Crônicos)	12,4 a 76,8	45,0	Dias/ano por internação
Obstétrica Parto normal e Cirúrgico	2,0 a 3,5	Média 3,0	Dias/ano por internação Dias/ano por internação
Pediátrica	4,6 a 6,0	6,0	Dias/ano por internação
Psiquiátrica Hospital Geral Hospital Psiquiátrico	31,6 a 52,7	Média 28,0 5,5 40,0	Dias/ano por internação Dias/ano por internação
Reabilitação	24,6 a 31,7	28,0	Dias/ano por internação
Tisiologia TBC TBC C/ Lesões extensas	16,1 a 30,6	Média 21,40 7,0 25,0	Dias/ano por internação Dias/ano por internação
Psiquiatria Hospital Dia	29,5 a 38,9	35,0	Dias/ano por internação

Fonte: MS/SAS/DECAS/CGSIAH/2000.

Nota 1. A média de permanência hospitalar/Brasil/SUS/99 é de 5,98 dias, sendo a maior média registrada a do Rio de Janeiro com 8,92 dias e a menor a do Estado de Rondônia com 3,64 dias.

Nota 2: A TMP, em algumas especialidades, no quadro acima, foi calculada por média ponderada.

3.4 NÚMERO DE INTERNAÇÕES/LEITO/ANO, POR ESPECIALIDADE VARIANDO POR TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR.

O Brasil apresentou, em 1999, uma média de 48% de ocupação/leito/ano para o SUS, contra 80 a 85% que seria a média desejável.

Todavia, os percentuais de produtividade hospitalar variam por Hospital, Município, Região e/ou Estado, influenciando, diretamente, na média de ocupação/leito/ano.

ESPECIALIDADES	Número de Internações/Leitos/Ano/ taxa ocupação Hospitalar(TOH)	
	TOH = 48%	TOH = 80%
Cirúrgica	36,5	60,8
Clínica Médica	33,69	56,15
Cuidados Prolongados (Crônico)	3,89	6,48
Obstétrica	58,4	97,33
Pediátrica	29,20	48,66
Psiquiátrica	6,26	10,42
Reabilitação	6,26	10,42
Tisiologia	8,19	13,64

Psiquiatria Hospital Dia	5,01	8,34
Fator de Ajuste *	29,30	48,82

Observação: * Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais. No exemplo acima, foi usado 5,98 como Tempo de Média de Permanência (TMP) (Média Brasil/ 1999). Quando este coeficiente for aplicado em alguma especialidade deverá ser usada a TMP da respectiva especialidade.

Nota 1. Estes cálculos determinam quantas internações, em média, cada especialidade pode gerar por leito, estabelecida uma relação direta com a média de permanência e taxa de ocupação hospitalar.

3.5. NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES

Em linhas gerais, estima-se a necessidade de leitos hospitalares da seguinte forma:

a) Leitos Hospitalares Totais = 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes;

b) Leitos de UTI: calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares; (média para municípios grandes, regiões, etc.).

c) Leitos em Unidades de Recuperação (pós-cirúrgico): calcula-se, em média de 2 a 3 leitos por Sala Cirúrgica;

d) Leitos para Pré Parto: calcula-se, no mínimo, 2 leitos por sala de Parto.

FÓRMULAS PARA CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS EM DETERMINADA REGIÃO, PARA DETERMINADA POPULAÇÃO

Para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares, deve-se levar em consideração o percentual de internações programadas pelo gestor sobre a população, a taxa de ocupação hospitalar e o tempo da média de permanência de cada especialidade.

$$CIL = \frac{365}{TMP} \times TOH$$

Legenda:

CIL = Capacidade de Internações por leito/ano

TMP = Tempo de Média de Permanência

TOH = Taxa de Ocupação Hospitalar (vide item 3.7.2.)

$$LN = \frac{NIP}{CIL}$$

Legenda:

LN = Leitos Necessários

NIP = Nº De Internações Programadas

CIL = Capacidade De Internações Por Leito

3.6. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES, POR CLÍNICA, PARA CADA 1.000 HABITANTES.

LEITOS POR ESPECIALIDADE	Variação entre as Regiões	PARÂMETROS RECOMENDADOS		Unidade de Medida
		% sobre Necessidade total de leitos	Número absoluto de leitos sobre total da população	
Cirúrgica	0,44 a 0,70	14,99	0,44	Leitos/1.000hab.
Clínica Médica	0,67 a 1,13	26,82	0,78	Leitos/1.000hab.
Cuidados Prolongados (Crônico)	0,02 a 0,18	5,62	0,16	Leitos/1.000hab.
Obstétrica	0,43 a 0,63	9,49	0,28	Leitos/1.000hab.
Pediátrica	0,45 a 062	14,06	0,41	Leitos/1.000hab.
Psiquiátrica	0,05 a 0,61	15,31	0,45	Leitos/1.000hab.
Reabilitação	0 a 0,01	4,72	0,14	Leitos/1.000hab.
Tisiologia	0,01 a 0,02	0,43	0,01	Leitos/1.000hab.
Psiquiatria	0,01 a 0,02	2,73	0,08	Leitos /1.000hab.

Hospital Dia				
Fator de Ajuste*	---------- -	5,83	0,17	Leitos /1.000hab.
TOTAL	2,07 a 3,38	100	2,92	Leitos/1.000hab.

Observação: * Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.

Nota 1: Não é aconselhável contratar mais leitos psiquiátricos onde já exista capacidade de 0,45 ou mais leitos/1000 habitantes, para internação em psiquiatria.

Nota 2: Multiplicando-se o percentual de necessidade de leitos pelo número de leitos/1000 habitantes escolhido, tem-se o número real de leitos/1000 habitantes em cada especialidade (mantendo TOH = 48% e TMP do quadro 3.3.

3.7. ALGUMAS FÓRMULAS BÁSICAS PARA AVALIAÇÃO HOSPITALAR

3.7.1. TAXA DE PRODUTIVIDADE HOSPITALAR (TxPH):

$$TxPH = \frac{\text{Numero de Internações/ano x Média de Permanência x Número de Leitos existentes/ano}}{\text{365 dias ao ano}} \times 100$$

Legenda:

TPH corresponde à Taxa de Produtividade Hospitalar

3.7.2. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (TxOH) :

$$TxOH = \frac{NPD}{NLD} \times 100$$

Legenda:

NPD = Nº de Pacientes Dia (num período)

NLD = Nº de Leitos Dia (mesmo período)

Nota 1. A Taxa de ocupação média Brasil, em 1999, foi de 48%, sendo 74% no Distrito Federal e 24% no Maranhão.

3.7.3. TAXA DE MÉDIA DE PERMANÊNCIA (TxMP)

$$TxMP = \frac{TPD}{TPA}$$

Legenda:

TPD = Total de Pacientes Dia (em um Período)

TPA = Total de Pacientes com Alta (mesmo período)

Nota 1. O total de pacientes saídos corresponde ao somatório de altas + óbitos + transferências

Nota 2. A média de permanência hospitalar no Brasil /SUS, em 1999 foi de 5,98 dias, sendo 8,92 no Rio de Janeiro e 3,64 em Rondônia (1999).

3.7.4. TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR (TxMH)

$$TxMH = \frac{NOP}{NAP} \times 100$$

Legenda:

NOP = Numero de óbitos no período

NAP = Numero de altas no período

Nota 1. A mortalidade hospitalar no Brasil, apresenta uma média de 2,63% sendo 4,05% RJ e 0,88% no MA (1999)

3.7.4.1- TAXA MORTALIDADE OPERATÓRIA (TxMO) (até 2%)

$$TxMO = \frac{NOAC}{TAC} \times 100$$

Legenda:

NOAC = Número de Óbitos ocorridos durante o Ato cirúrgico no período

TAC = Total de Atos Cirúrgicos no mesmo período

3.7.4.2 - TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA (TxMPO) (até 1%)

$$TxMPO = \frac{NOPO}{NAC} \times 100$$

Legenda:

NOPO = Número de Óbitos ocorridos no Pós Operatório no período

NAC = Número de Atos Cirúrgicos no mesmo período

3.7.4.3 - TAXA DE MORTALIDADE MATERNA HOSPITALAR (TxMMH):

$$TxMMH = \frac{NOO}{NPO} \times 100$$

Legenda:

NOO = Número de Óbitos em Obstetrícia no período

NPO = Número de Pacientes Obstétricos com alta no mesmo período

3.7.4.4 - TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL HOSPITALAR (TxMNeH)

$$TMNeH = \frac{NORN}{NNV} \times 100$$

Legenda:

NORN = Número de Óbitos de Recém Nato com até 28 dias no período.

NNV = Número de Nascidos Vivos no mesmo período

3.7.5. TAXA DE PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR- TxPIH (% depende do tipo e complexidade hospitalar)

$$TxPIH = \frac{NIO}{NAP} \times 100$$

Legenda:

NIO = Número de Infecções Ocorridas no período

NAP = Número de Altas[1] no mesmo Período

[1] : Alta = Σ de cura ou melhorado + transferidos + óbito

3.7.6. TAXA DE COMPLICAÇÃO HOSPITALAR: (TxCo) (até 3% a 4%)

$$TxCH = \frac{NPC}{NAP} \times 100$$

Legenda:

NPC = Número de Pacientes com Complicações no Período

NAP = Número de Altas[1] no mesmo Período

[1] : Alta = Σ de cura ou melhorado + transferidos + óbito

3.7.7. TAXA DE INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS (TxIO) (até 7%)

$$TxIO = \frac{NIO}{NTP} \times 100$$

Legenda:

NIO = Número de Intercorrências Obstétricas no Período

NTP = Número Total de Partos no mesmo Período

3.7.8 - TAXA DE CESARIANAS (TxCe) (até 15% por Estado)

$$TxCe = \frac{NPC}{NTP} \times 100$$

Legenda:

NPC = Número de Partos Cirúrgicos do período

NTP = Número Total de Partos no mesmo Período

Nota 1. A média no Brasil de cesáreas, em 1999, foi de 24,9% , sendo de 30,1% no Mato Grosso do Sul e de 11,3% no Amapá .

Nota 2. Ver Portaria MS/466 de 14 de junho/2000

4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES E ESPECÍFICAS SOBRE ALGUMAS ESPECIALIDADES:

A) HEMATOLOGIA (Hemoterapia + Terapia em Hematologia), considerar:

- A OMS – (Organização Mundial da Saúde) recomenda que se substitua o doador de reposição (parente ou conhecido de quem está em cirurgia), por doador voluntário e habitual; e que se tenha, como meta, o alcance de 3 a 5% da população, como perspectiva para diminuir alguns índices abaixo:
- Na triagem clinica, tem-se como média Brasil que 20% dos doadores são excluídos;

A quantidade de bolsas de sangue coletadas, deve ser igual ao número que vai para sorologia;

• Após a triagem de sorologia, são rejeitados de 9,24% a 16,10% do sangue dos doadores (média Brasil, em 1999 = 11,08%);

• Após cumpridas todas as etapas de coleta e preparo, quando o sangue já está armazenado e pronto para ser usado, os serviços, em média, descartam de 20 a 40% (sangue vencido, lipemia, hemólise, icterícia do plasma, etc) do material coletado.

A expectativa é de total aproveitamento dos concentrados de hemácias (CH) e que o descarte não ultrapasse 5% das bolsas coletadas.

• O uso terapêutico do plasma, normalmente, não excede a 20% do produzido.

Recomenda-se que o plasma excedente; ou seja os 80%, em média, sejam encaminhados à produção de hemoderivados em laboratórios especializados.

Para o cálculo de quantidades específicas, de acordo com o tipo de unidade, sugere-se seguir as orientações abaixo:

NÚMERO DE BOLSAS DE SANGUE NECESSÁRIAS PARA TERAPIA TRANSFUSIONAL EM UNIDADES HOSPITALARES, POR TIPO DE UNIDADE, NO ANO.

TIPO DE UNIDADE HOSPITALAR	TOTAL DE BOLSAS/LEITO/ANO
Hospital sem UTI e sem Pronto Socorro	3 a 5
Hospital com UTI ou Pronto Socorro	6 a 9
Hospital com UTI e com Pronto Socorro	10 a 15
Hospital com UTI/ Pronto Socorro e Alta Complexidade	16 a 20
Hospital de Referência estadual com Urgência e Emergência/Cirurgia cardíaca	21 a 50
Hospital com leitos de hematologia (hemofilia/hemoglobinopatias/oncologia hematológica)	100

Fonte: MS/PPI estaduais –GGCA - ANVISA

Nota 1 Os hospitais que ultrapassarem os limites estabelecidos na tabela, deverão ser avaliados.

B) ODONTOLOGIA:

As metas da OMS para 2000, em países em desenvolvimento, foram:

• No máximo 3 dentes cariados, perdidos ou obturados, por criança de até 12 anos de idade;

• 50% das crianças entre 5 e 6 anos, devem estar livres de cáries;

• 85% dos indivíduos com 18 anos devem apresentar todos os dentes;

• 50% de redução do edentulismo (ausência de dentes), na população entre 35 e 44 anos;

• Redução de 25% no nível de edentulismo na população com 65 anos ou mais.

C) OFTALMOLOGIA:

• Para cirurgias oftalmológicas, calcular 0,57% do total de consultas (não só as oftalmológicas), e deste total, espera-se:

a) Cirurgias de Catarata: 65%;

b) Outras cirurgias oftalmológicas: 35%

Para cada cirurgia deve-se calcular, em média, 4 consultas (pré e pós operatório).

Quando instituída a avaliação oftalmológica em escolares, deve-se considerar que, aproximadamente 8% dos consultados, necessitarão de óculos e 5% apresentarão outros problemas oftalmológicos. Estes percentuais podem variar de acordo com as regiões do país.

D) ONCOLOGIA:

De acordo com o INCA – Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, estima-se que o câncer acomete de 0,13% a 0,24% da população, anualmente.

Deste total, estima-se que 18% dos casos de Câncer no Brasil, são de pele, não melanótico, de fácil diagnóstico e de baixo custo de tratamento.

• Quimioterapia (QT) e Hormônioterapia (HT):

A estimativa é de que 70% dos doentes de Câncer serão tratados com quimioterapia, em algum momento da evolução da sua doença.

A média/Brasil é de 6 meses de tratamento/paciente; sendo no mínimo 03 e no máximo 30 meses para QT.

Exemplo:

Na prevalência de 0,24% para uma população de 100.000 habitantes:

- Incidência de 240 casos por ano;
- Equivalência de 20 casos (pacientes)/mês;
- 14 casos de quimioterapia/mês (70%)

Para avaliar a relação de procedimentos de QT entre criança e adolescente/adulto, considerando-se 100% dos casos de Câncer totalmente atendidos, utiliza-se como parâmetro a proporção 1/16; ou seja, uma criança ou adolescente para 16 adultos (terminologia utilizada na Tabela de Procedimentos Quimioterápicos do SUS) .

As finalidades nos tratamentos oncológicos podem ser: curativa, paliativa, adjuvante ou prévia (neoadjuvante).

Hormonioterapia (exemplos de tratamento):

- Adjuvantes-(Carcinoma de mama) tratamento de 03 a 60 meses (a maioria dos pacientes com tratamento de 2 anos);
- Paliativa – (Carcinoma de mama, endométrio e próstata) de 03 a 120 meses.(a maioria dos pacientes com tratamento de 4 anos).

No carcinoma de mama podem ser usadas até duas finalidades (adjuvante e paliativa), não concomitantes.

No carcinoma de próstata e endométrio com somente a finalidade paliativa.

Na quimioterapia e hormônioterapia adjuvantes há somente uma linha (tipo de esquema terapêutico) de tratamento, enquanto nas paliativas podem ocorrer até 3 linhas terapêuticas.

- Radioterapia:

Estima-se que 60% dos doentes de Câncer serão tratados com Radioterapia em algum momento da evolução da sua doença.

No tratamento com irradiação, o quantitativo mais comum é 54 campos/paciente em 23 dias, o que corresponde à média de 2,3 campos/paciente/dia.

Um paciente pode ser irradiado em até 3 áreas concomitantes.

- Consultas oncológicas:

Referem-se ao número de consultas que qualificam o atendimento, após instituído o tratamento oncológico.

Paciente em tratamento:

- 1 consulta ao mês/quimioterapia
- 1 consulta semana/radioterapia

Paciente pós-tratamento:

- até 6 meses - 1 consulta mensal
- do 7º ao 18º mês -1 consulta trimestral
- do 19º ao 36º mês -1 consulta semestral
- Após o 36º mês -1 consulta anual.

Nota1: Ver Portaria GM/MS nº 3535 de 02/09/98 e DATASUS, www.datasus.gov.br Bases Técnicas para autorização de procedimentos em alta complexidade/APAC Oncologia e SAS w3.saude.gov.br/mweb/homesas.htm -SUS Onco (informe mensal)

E) PATOLOGIA E RADIODIAGNÓSTICO:

Os municípios que não estão desenvolvendo, rotineiramente, ações de controle dos Diabetes, Hipertensão, Pré-natal, etc, deverão programar percentuais de exames inferiores ao mínimo recomendado.

Os percentuais recomendados em Patologia Clínicos de 30% a 50% devem ser empregados pelos gestores que disponibilizam para a população, todos ou quase todos os tipos de exames laboratoriais (grupo 11) e de 5% a 8% para radiodiagnóstico (grupo 13) da tabela do SIA-SUS.

Para o cálculo do número de exames de Densitometria óssea necessário, considerar que no acompanhamento dos casos de osteoporose, recomenda-se um exame anual por paciente.

F) TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (Diálise):

De acordo com estudos sobre os dados da OMS e especialistas da área, estima-se que 40

pacientes/100.000habitantes/ano, necessitarão desta terapia. Este parâmetro aplica-se a paises em desenvolvimento e relaciona-se diretamente com a expectativa de vida ao nascer de paises ou regiões Após atendida toda a demanda, estima-se o acréscimo anual, em 10% sobre o numero de pacientes dializados (considerados óbitos e pacientes novos).

A PT GM/MS/Nº 82 de 03/01/2000, que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes, junto ao SUS, considera o ingresso do paciente no tratamento dialítico, por indicação médica, mediante avaliação clínica e quando o seu exame laboratorial detectar o valor igual ou inferior a 10ml/min para depuração do "clearence" da creatinina .

Os pacientes que apresentarem, no exame, valores maiores, poderão entrar em tratamento com justificativa médica especial, encaminhada ao Gestor do SUS.

O SUS, em 1999 pagou 96% das Diálises em pacientes/Brasil contra 4% financiados por outras fontes.

Dos pacientes em tratamento dialítico no Brasil, em 1999, a distribuição por procedimento, apresentou os seguintes percentuais: Hemodiálise: 90%; CAPD: 7%; DPA: 2% e DPI: 1%.

G) RAZÃO DE ALGUNS RECURSOS HUMANOS POR HABITANTE

- Médico por habitante. 1/1000 hab.
- Médico generalista por habitante - 0,8/1000 hab.
- Médico especialista por habitante - 0,2/1000 hab.
- Odontólogo por habitante. - 1/1.500 a 5.000 hab.
- Enfermeiro - vide nota nº 2
- Equipe do Programa de Saúde da Família - 1/750 a 1000 famílias
- Equipe do Programa de Agentes Comunitários - 1/150 a 250 famílias

Nota 1: Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS) : Ver Portaria GM 1.886, de 18/12/97 e subseqüentes ou consultar site www.saude.gov.br/sps/.

Nota 2: Para dimensionamento da necessidade de profissionais da área de enfermagem, a Resolução COFEN nº 189/96, dispõe que deverá ser consideradas, entre outras, as características relativas à instituição/empresa; à missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas .

G.1) CAPACIDADE DE PRODUÇÃO, EM CONSULTAS, DE ALGUNS RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DE SAÚDE:

Recursos Humanos	Carga Horária Semanal	Atendimentos
Assistente Social	30 horas	03 consultas/hora
Enfermeiro	30 horas	03 consultas/hora
Fisioterapeuta	30 horas	4,4 atendimentos/hora
Médico	20 horas	04 consultas/hora
Nutricionista	30 horas	03 consultas/hora
Odontólogo	20 horas	03 consultas/hora
Psicólogo	30 horas	03 consultas/hora
Psiquiatra	20 horas	03/consultas/hora

Nota 1.: Os dados acima, podem sofrer variações de acordo com convenções sindicais, dissídios coletivos das respectivas categorias profissionais e/ou adoção de políticas de saúde específicas, pelo gestor.

H) AGRUPAMENTOS DEMOGRÁFICOS PARA PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL:

Para programação de ações e serviços de saúde sobre a população, sugere-se elaborar alguns agrupamentos demográficos, variáveis por faixas etárias específicas, raça, sexo, local de residência, etc.

Para programação de Consultas Médicas, por exemplo, poder-se-á utilizar o seguinte agrupamento:

População Menor de 1 ano ⇒ aproximadamente 3% da população geral;

População de 1 a 4 anos ⇒ aproximadamente 7% da população geral;

População de 5 a 14 anos ⇒ aproximadamente 20% da população geral;

População de 15 a 44 anos ⇒ aproximadamente 50% da população geral;

População de 45 a 59 anos ⇒ aproximadamente 12% da população geral;

Maiores de 60 anos ⇒ aproximadamente 8% da população geral;

Nota 1: Os percentuais acima podem sofrer variações decorrentes de fatores tais como: redução da taxa de natalidade; agravos específicos por grupos populacionais, fatores epidemiológicos,etc; portanto, sugere-se avaliar as especificidades locais.

I) SISTEMA DE ATENÇÃO MÉDICA SUPLETIVA :

Segundo Eugênio Vilaça Mendes[1], pode se considerar, que em média, 28% da população, principalmente urbana utiliza o Sistema de Atenção Médica Supletiva – SAMS[1] (Cooperativas, Planos ou Seguro de Saúde); destes, mais de 70% são patrocinados por empresas (total ou parcialmente) e menos de 30%, por opção .

Outro estudo mostra, que em média, os Planos de Saúde têm 1.4 dependentes por plano.

Considerando a abrangência dos contratos, outro estudo mostra que 91,7% dos SAMS[1] (exceto Planos Odontológicos) incluem: consulta, exames complementares e internações hospitalares.

Outro fator quase nunca considerado, é o Sistema de Desembolso Direto -SDD[1] (medicina liberal) que pelo IBGE/PNAD, em 1994 atingia 33,9% da população; em 1996 atingia 29,4% e em 1998, atingia 24,2%, com movimentação financeira semelhante ao SUS e ao Sistema de Atenção Médica Supletiva[1].

Sugere-se, portanto, que ao se definir o perfil assistencial de um determinado município, região, estado, etc. leve-se em consideração a importância de se pesquisar qual, realmente é a população local adstrita ao Sistema de Atenção Médica Supletiva.

J) ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

Segundo a PNAD/IBGE/1999, estimava-se em 112,6 milhões (71,2% da população brasileira), o número de pessoas que tinham um serviço de saúde de uso regular. Dentre os serviços de uso regular, em ordem de importância, apareceram:

Posto ou Centro de Saúde: 41,8%
Ambulatório de Hospitais: 21,5%
Consultório Particular: 19,7%
Ambulatório ou Consultório de Clínica: 8,4%
Pronto Socorro: 4,8%
Farmácia: 2,2%
Ambulatório de Empresa ou Sindicato: 1,5%
Agentes Comunitários: 0,1%

L) PERFIL DE SEGMENTO/ USUÁRIOS SUS POR REGIÃO:

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES
ESTRUTURA AGREGADA NA ORDEM DE 3 DÍGITOS

SUS	Total	Norte/Centro Oeste	Nordeste	Sul	Sudeste
Exclusivo	39%	39%	51%	32%	33%
Freqüente	20%	20%	23%	17%	19%
Eventual	21%	16%	13%	31%	26%
Não Usuário	15%	16%	9%	15%	20%
Sem informação	5%	-	-	-	-

Fonte:IBOPE – Pesquisa Nacional com cotas proporcionais (sexo, idade, atividade e localização geográfica.1998.

[1] MENDES, Eugênio.V. **O sistema de saúde no Brasil**: situação atual e perspectiva. 1998.

M) NÚMEROS DE LEITOS/HABITANTE/ANO:

a) Os parâmetros de cobertura hospitalar (necessidade de leitos) referem-se aos leitos SUS + os leitos SAMS (Sistema de Atenção Médica Supletiva) + leitos SDD (Sistema de Desembolso Direto) ;

b) Hospitais locais ou Unidades Básicas de Internações (clínicas básicas: médica, ginecológica, obstétrica, pediátrica) atendido por médico generalista ou especialista nestas áreas, têm como parâmetro, 2 leitos/1000/hab. na área urbana da sede do Município, mais 1 leito/1000hab. na área rural;

c) Hospitais Regionais (Clínicas Básicas mais especialidades consideradas estratégicas e

necessárias para a área programática (área geográfica da Programação). O parâmetro de 2 leitos/1000hab.na área urbana da sede, mais 1 leito por 1000hab. na área rural da sede, mais 1 leito/1000hab. nas outras áreas urbanas atingidas, e mais 0,5 leitos/1000hab. nas outras áreas rurais atingidas.

Em conceitos mais recentes, a classificação de hospitais. por porte, (acima de 20 leitos), deve levar em consideração o numero de leitos, leitos de UTI, tipos de leitos de UTI, procedimentos de alta complexidade que realiza, se possui atendimento de urgência/emergência, atendimento a gestante de alto risco e quantidade de leitos cirúrgico como itens mínimos de avaliação.

A média Brasil de leitos cadastrados no SIH/SUS/99 / 1.000 habitantes é de 2,57, apresentando a variação de 4,35 no Maranhão e 1,64 no Pará.

Cerca de 86% do total dos leitos hospitalares dos prestadores do Sistema Único de Saúde estão cadastrados no SIH/SUS: (1999).

Quanto aos leitos de U T I, a média Brasil (SIH/SUS) está em torno de 2,64% dos leitos cadastrados, variando de 5,54% no Rio Grande do Sul e 0,22% em Rondônia.(1999), segundo a fonte MS/SAS/DECAS/CGCAH/2000-Assistência Hospitalar SUS.

Referências Bibliográficas:

1. BORGES, Delano & MOURA FILHO, José Francisco. Parâmetros para Recursos Humanos para Unidades Médico -Assistenciais. Rio de Janeiro, R.J.: 1980

2. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social.Portaria GM nº 3046. Brasília, DF:1982.

3. BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Manual de Definição dos Indicadores e Parâmetros Médicos Hospitalares. Brasília, D.F.: 1986.

4. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Enfermagem. Contribuição Para um Cálculo de Recursos Humanos. Rio de Janeiro, R.J : 1988.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1158. Brasília, DF:1997.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1230. Brasília, DF: 1998.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3295. Brasília, DF: 1998.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3408. Brasília, DF: 1998

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3535. Brasília, DF: 1998.

10. MENDES, Eugênio.V. O Sistema de Saúde no Brasil. OPAS. Brasil: 1998.

11. BRASIL. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio – PNAD. Brasília, DF: 1998.

12. BRASIL. IBOPE. Pesquisa Nacional com cotas proporcionais (sexo, idade, atividade e localização geográfica. Brasília, DF: 1998.

13. BRASIL. OPAS-OMS. A Saúde no Brasil. Brasília, DF: 1998.

14. USA. OPAS. La Salud em lãs Américas, vol. I e II. Washington, D.C.:1998.

15. BRASIL. OPAS. O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde no Brasil. Brasília, DF: 1998.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 35. Brasília, DF: 1999.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 832. Brasília, DF: 1999.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1327. Brasília, DF: 1999.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Gerência Geral de Sangue e Hemoderivados, ANVISA. Brasília, DF: 1999.

20. BRASIL. UFRS. Activity – Based Casting (ABC) (Tese de Mestrado). Porto Alegre, RS: 1999.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 12. Brasília,DF: 2000.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 82. Brasília,DF: 2000.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 466. Brasília, DF: 2000.

24. BRASIL. Gazeta Mercantil, UNICAMP/NEPP. Campinas, SP : 2000.

25. DEL VIGNA, Eugênio, F. Planejamento de um Serviço de Radioterapia. Instituto de Radioterapia do Hospital Belo Horizonte. Belo Horizonte. MG:2000.

26. BRASIL. Gazeta Mercantil, UNICAMP/NEPP, Estudo Francês/Plassais. Campinas, SP : 2000.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. As Condições de Saúde no Brasil – Retrospectiva 79 a 95. Brasília, DF: 2000.

28. BRASIL. Ministério da Saúde/FUNASA. Informe Epidemiológico do SUS, vol. 9, nº 1 e 2.

Brasília, DF: 2000.

29. BRASIL. Ministério da Saúde. O Setor Saúde e o Complexo de Saúde no Brasil, vol. 1 e 2 (pesquisa UNICAMP/NEPP. Brasília, DF: 2000.

30. BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Diretrizes Para Reorganização, Reorientação e Acompanhamento da Assistência Oncológica, Rio de Janeiro, R.J. : 2000.

31. USA. OPAS/OMS. Situación de Salud en Las América. Washington, D.C.: 2000.

32. BRASIL. Ministério da Saúde/OPAS/RIPSA.. Indicadores e Dados Básicos – IDB. Brasília, DF: 1997/1998/2000.

33. BRASIL. Ministério da Saúde. SUS Descentralização. Brasília, D.F.: 2000.

34. SESSO, Ricardo. Inquérito Epidemiológico em Unidades de Diálise/Brasil. SBN. Jornal Brasileiro de Nefrologia , suplemento JBN, 22/6. 2000.

35. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1158. Brasília, DF:2001.

36. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1886. Brasília, DF:2001.

37. BRASIL. IPEA/OPAS. Medindo as Desigualdades de Saúde no Brasil (Monitoramento). Brasília, DF: 2001.

38. BRASIL. Ministério da Saúde/INCA. Estimativas da Incidência de Mortalidade por Câncer no Brasil.Brasília, DF: 2000/2001.

39. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 95. Brasília, DF: 2001.

40. BRASIL. OPAS/OMS/IPEA. Medindo as Desigualdades Em Saúde no Brasil. Brasília, D.F.: 2001.

41. BRASIL. Ministério da Saúde/FUNASA/OPAS. Epidemiologia das Desigualdades de Saúde no Brasil. Brasília, D.F.: 2001.

42. BATISTA, Paulo, Lopes, Antônio & outros. Estudo Epidemiológico Brasileiro sobre Terapia Renal Substitutiva. Patrocínio: Ministério da Saúde & Hospital São Rafael de Salvador. 2001.

Anexo 3 – Portaria nº 648, de 28 de março de 2006

PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;

Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica;

II - 10.301.1214.8577 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Ficando revogadas as Portarias nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 10, nº 1.884/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.885/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 59/GM, de 16 de janeiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 14-E, de 21 de janeiro de 1998, Seção 1, página 2, nº 157/GM, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 26 de março de 1998, Seção 1, página 104, nº 2.101/GM, de 27 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 42, de 4 de março de 1998, Seção 1, página 70, nº 3.476/GM, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 160, de 21 de agosto de 1998, Seção 1, página 55, nº 3.925/GM, de 13 de novembro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 22-E, 2 de fevereiro de 1999, Seção 1, página 23, nº 223/GM, de 24 de março de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 57, de 25 de março de 1999, Seção 1, página 15, nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União