

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO GROSSO: OS INVESTIMENTOS E O SEU ALCANCE

Disciplinas Eletivas: Modalidades da Política Social no Brasil

Professor: MSc. Eduardo Guerini

Mestrando: *Joel Ferreira Vieira

RESUMO

O Planejamento do setor público é indispensável no processo político democrático, para sua legitimidade e viabilização. Deve-se ressaltar que no Brasil, pós Constituição Federal de 1988, os municípios passaram a ter maior autonomia política e administrativa e, o processo de descentralização da saúde pública, tem sido uma estratégia definida que o governo federal utiliza para tentar desburocratizar o processo de financiamento da gestão. A implementação do Sistema Único de Saúde se iniciou nos anos 90, posteriormente foram criadas a Lei Orgânica da Saúde, como as Normas Operacionais Básicas – NOB, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS/01. Estudo transversal, quantitativo, exploratório, descritivo com base em dados secundários, coletados junto à Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso. Pesquisa indireta em livros, sites especializados sobre o assunto.

O Estado de Mato Grosso, geograficamente, está localizado na Região Centro Oeste, fazendo fronteira com a Bolívia e fronteira com os Estados de Rondônia, Amazonas, Pará, Tocantins, Goiás e Mato Grosso do Sul. Administrativamente, para a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Mato Grosso está dividido em 5 regiões e 14 microrregiões de saúde. A decisão do Ministério da Saúde de conceber o PSF como política prioritária do Estado brasileiro foi resultado de várias experiências pontuais e históricas de mudanças em seu modelo assistencial em meio a um conjunto de forças políticas e proposições e experiências modelares nacionais.

*Joel Ferreira Vieira, Graduado em Ciências Contábeis, Mestrando Acadêmico em Administração pela UNIVALI/SC. Funcionário Público estadual da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. joelfv@brturbo.com.br

O PSF, assim como o SUS, também vem sendo politicamente modelado através da construção de uma imagem objetivo, que compreende a proposição de conceitos, valores e tecnologias instituídos particularmente através de vários documentos ministeriais. Em 1997 o número de municípios e as equipes de Saúde da Família estavam abaixo de 100, contudo esse número foi aumentando gradativamente nos anos seguintes. No período que vai de 2001 a 2004, é observado uma constante tanto no número de municípios quanto nas equipes de Saúde da Família, tendo um aumento somente no ano seguinte. Por mais que o Estado de Mato Grosso possua cento e quarenta e um (141) municípios e estes diferem em muitos problemas além da distância que alguns municípios se encontram de Unidades Especializadas que se encontram basicamente na Capital do Estado, Cuiabá, o PSF com as suas equipes possibilitam pelo menos a mitigação da doença.

Palavras-chave: PSF (Programa Saúde da Família), Políticas Públicas, SUS.

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São definidas como ações do governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

Com a obrigatoriedade constitucional de elaborar o Plano Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), uma vez que unifica os orçamentos, tais como, a seguridade social e os investimentos das respectivas estatais a partir do artigo 165 inserido na Constituição Federal de 1988, assim sendo, pressupõe a preocupação com o planejamento governamental (GARCIA, 2000, p. 6).

O Planejamento do setor público é indispensável no processo político democrático, para sua legitimidade e viabilização. Sem o apoio político o planejamento é diletantismo pseudocientífico que não resiste aos embates da vida real, nem sensibiliza a sociedade (AMADO, 2004, p.21),

Analisando o setor público de saúde, tornam-se visíveis às dificuldades enfrentadas pelos poderes públicos Federal, Estadual e Municipal, para uma melhor gestão e controle dos recursos repassados a esta finalidade. Os reforços à municipalização executados pelos

governos estaduais contribuem para reduzir os custos municipais envolvidos na assunção de atribuições de gestão e de execução das ações de saúde (ARRETCHE, 2000, p.231).

Deve-se ressaltar que no Brasil, pós Constituição Federal de 1988, os municípios passaram a ter maior autonomia política e administrativa e, o processo de descentralização da saúde pública, tem sido uma estratégia definida que o governo federal utiliza para tentar desburocratizar o processo de financiamento da gestão, sendo que, a flexibilidade no repasse dos recursos direcionados aos municípios, tendem a efetivar um atendimento mais ágil à população que dela se beneficia.

A saúde pública que é parte integrante das normas institucionais, garantido o acesso à população conforme preceitua o art. 6º da Constituição Federal, dos direitos sociais, apóia-se no conceito de saúde pública como uma ação coletiva do Estado e da Sociedade Civil, para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades, o que contempla a responsabilidade de garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade a todos, sem distinção.

Para Lucchese (2004, p.1), as políticas públicas especialmente na área de saúde, integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho.

A implementação do Sistema Único de Saúde se iniciou nos anos 90, posteriormente foram criadas a Lei Orgânica da Saúde, como as Normas Operacionais Básicas – NOB, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS/01, emitidas pelo Ministério da Saúde, com intuito de dar respaldo, sustentabilidade e regulamentação ao sistema e que avançam em torno da proposta de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, buscando, entre outros aspectos, promover a articulação dos serviços básicos, entre eles, o PSF, à rede de serviços de maior complexidade (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

A NOB/SUS/96 criou o Piso da Atenção Básica (PAB) e um incentivo financeiro como estímulos aos municípios que aderissem à implantação do PACS e PSF. Com esse incentivo financeiro do governo federal efetivado a partir de 1998 e também das Secretarias Estaduais de Saúde, ainda que essas tenham se utilizado de diferentes critérios de repasse, ocorreu uma expansão significativa do PSF no Brasil (BRASIL, 1996).

Com o processo de implantação do SUS, muitos avanços estão sendo conquistados, entre eles destacam-se o fortalecimento dos serviços de saúde em todos os níveis de densidade tecnológica; o início da aplicação da política de medicamentos genéricos, entre outros; o aumento da cobertura dos serviços com destaque na atenção básica, por intermédio do

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é hoje uma referência no sentido de atendimento nas residências com médico da família, onde se tem acompanhamento detalhado dos usuários nas áreas de cobertura como modelo de atenção à saúde.

No sentido de enfatizar os programas de ações desenvolvidas na saúde pública, a partir dos investimentos disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, pode-se vislumbrar avanços na condução das Políticas Públicas, inclusive com a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), que é visto como uma inovação do modelo em assistências básicas de saúde e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção à saúde.

De 1994 ao final de 1997, a cobertura populacional do PSF atingia apenas 5,6% da população brasileira. No final de 1998, já se contava com 3.062 equipes em todo o Brasil, com uma cobertura de 6,55 % do total da população. Em dezembro de 1999, existiam 4.114 equipes de saúde da família atuando em 1.646 municípios, acompanhando 8,8 % da população brasileira. Já em 2006, contava-se com um total de 26.729 equipes de saúde da família implantadas em 5.106 municípios brasileiros, com uma cobertura de 46,2% da população brasileira (BRASIL, 2007).

Frente à dificuldade de expansão e consolidação do PSF nos municípios de grande porte, o Ministério da Saúde, apoiado pelo Banco Mundial (BIRD), vem desenvolvendo desde 2003, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).

Sousa (2004) afirma que o PSF conquistou um jeito diferente de pensar e fazer saúde, abrindo espaços de diálogo entre os serviços, os profissionais e usuários. De acordo com essa estudiosa, o PSF tem promovido uma relação mais humanizada, assim como, apontou um sentimento, por parte da população, de pertencimento aos espaços institucionais e comunitários.

Os modelos assistenciais organizam os modos de assistir, de gerir serviços e ações, de realizar as práticas assistenciais cotidianas individuais e coletivas e abrangem modos de interpretar valores em torno dos serviços, da saúde-doença e do cuidado à pessoa e coletivos.

Os modelos assistenciais dizem respeito à forma como vários elementos de estrutura, processos e práticas em saúde combinam-se, segundo uma lógica específica. Eles abrangem uma composição concreta e articulada de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção articulados a discursos, projetos e políticas que

asseguram a sua reprodução no campo social, constituindo certa organização de produção de cuidados (CAMPOS, 1992).

Para Merhy (2003; 2006), o modelo assistencial organiza não só ações, mas também relações e projetos de política para a área da saúde, construídos técnica e socialmente em meio a disputas e consensos, segundo interesses, capacidades e criatividade dos vários grupos e sujeitos sociais em interatividade.

A concretização do PSF como um novo modelo de atenção à saúde configura-se em um processo histórico-social, permeado por ordenações técnicas e políticas para o setor, como expressão de específicas relações entre o Estado capitalista e classes/grupos sociais e instituições/sujeitos, em uma dada conjuntura.

Este trabalho optou-se por trabalhar com uma abordagem qualitativa das referências de qualidade propostas para o processo de trabalho do PSF e outros valores correlacionados. A abordagem mostrou-se essencial ao que se propôs nesse estudo a partir da interpretação de dados significativos emergentes em documentos da política nacional relacionados ao PSF, ou, dito de outro modo, a análise de referências de qualidade relativas ao PSF presentes em proposições políticas nacionais que orientam a construção desse novo modelo assistencial.

2 METODOLOGIA

Estudo transversal, quantitativo, exploratório, descritivo com base em dados secundários, coletados junto à Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso. Pesquisa indireta em livros, sites especializados sobre o assunto.

2.1 LOCAIS DE ESTUDO

O Estado de Mato Grosso, geograficamente, está localizado na Região Centro Oeste, fazendo fronteira com a Bolívia e fronteira com os Estados de Rondônia, Amazonas, Pará, Tocantins, Goiás e Mato Grosso do Sul. Possui uma população de aproximadamente 3.031.334 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 906.806,90 km² (IBGE, 2009).

O Estado de Mato Grosso possui 141 (Cento e quarenta e um) municípios com características sociais, econômicas, geográficas, demográficas, ambientais, culturais e epidemiológicas heterogêneas. Aproximadamente 104 (cento e quatro) municípios apresentam população inferior a 20.000 (vinte mil) habitantes; 28 (vinte e oito) entre 20.000 (vinte mil) e

50.000 (cinquenta mil) habitantes e 09 (nove) municípios, possuem mais de 50.000 (cinquenta mil) habitantes (MATO GROSSO, 2009).

Administrativamente, para a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Mato Grosso está dividido em 5 regiões e 14 microrregiões de saúde.

3 REFERÊNCIAS SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF

O processo de institucionalização e modelação/remodelação do SUS e do PSF, tanto em sua dimensão política como técnico-assistencial, tem se dado em um contexto de reforma democrática do Estado brasileiro, que não só configurou/configura coletivamente direitos e responsabilidades estatais com a saúde como também incorporou/incorpora e promoveu/promove a ampla participação dos vários segmentos em seu encaminhamento.

Assim, de acordo com Andrade, Bueno e Bezerra (2006), vários processos influíram na proposição e desenvolvimento do PSF como política nacional de saúde, a partir de 1994. Entre eles, apontam: a pressão internacional por políticas consistentes de Atenção Primária à Saúde; pressões em torno do financiamento das ações em saúde feitas por agências internacionais; a evolução do Sistema Único de Saúde, suas contradições, incertezas e a incorporação efetiva do controle social no SUS. Além desses processos, evidencia-se: o perfil epidemiológico brasileiro, a necessidade de expandir o acesso à saúde, de consolidar a descentralização e produzir a integralidade da atenção à saúde; e as experiências pontuais de remodelação da mesma.

Sabe-se, segundo Andrade, Bueno e Bezerra (2006), que a decisão do Ministério da Saúde de conceber o PSF como política prioritária do Estado brasileiro foi resultado de várias experiências pontuais e históricas de mudanças em seu modelo assistencial em meio a um conjunto de forças políticas e proposições e experiências modelares nacionais.

Franco e Merhy (2003) e Teixeira (2003) apontam vários momentos e construções históricas em torno de modelos assistenciais que influenciaram a conformação do PSF como uma proposta a se contrapor ao modelo hegemônico¹. Entre essas construções encontram-se: a Medicina Comunitária (MC) e a Atenção Primária à Saúde (APS).

¹ Modelo hegemônico: caracterizado pelo modelo medicocêntrico e hospitalocêntrico centrados em procedimentos e especialidades médicas, que se desenvolveu no modelo Keynesiano de Estado implantado inicialmente na Inglaterra (FRANCO; MERHY, 2003).

Na década de 1960, temos a proposta e o desenvolvimento da MC no Brasil. Segundo Silva Jr. (1998), esta se estrutura a partir dos campos de conhecimento da epidemiologia e vigilância à saúde, valorizando o desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde em um determinado território. Nela, prevê-se que a atenção à saúde deve ocorrer de forma hierarquizada, conforme complexidade tecnológica, e ser realizada em locais próximos às comunidades. A MC prevê a inclusão das práticas alternativas na assistência e a reorganização do trabalho inserindo outros profissionais não médicos na equipe, valorizando a participação das comunidades.

Esta política surgiu no Brasil em um contexto de crescimento econômico, no avanço da industrialização e da idéia do Estado de bem-estar social, e em meio ao crescimento da participação de movimentos sociais, contrapondo sistemas de saúde estatais e universalizantes ao modelo médico-hospitalar vigente (FRANCO; MERHY, 2003).

A construção da Estratégia de Saúde da Família, a partir dos anos 1990, em um contexto de políticas neoliberais, tem se caracterizado por um processo lento, contínuo e de tensão com modelo hegemônico de assistência à saúde.

Segundo Viana e Dal Poz (1998), a construção do PSF iniciou-se com a institucionalização do PACS em 1991, objetivando contribuir para o enfrentamento da redução da mortalidade infantil e materna, experiência esta que já vinha sendo desenvolvida em alguns municípios do Estado do Ceará, Paraná e em Mato Grosso (no município de Rondonópolis). Em sua origem, o PACS tinha por objetivo promover a vinculação dos indivíduos e famílias às unidades básicas de saúde e, nestas, os agentes comunitários de saúde (ACS) estaria sob a coordenação de enfermeiros. Outro diferenciador do PACS além da integração com a comunidade foi o enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas nas ações médicas.

Dando continuidade a esse processo, em 1994, o Ministério da Saúde instituiu o PSF. De acordo com Teixeira (2003), o PSF foi implantado inicialmente em áreas pontuais das regiões norte e nordeste do país, face à necessidade de interromper a expansão da cólera. Essa experiência inicial foi reapropriada por um conjunto de atores políticos de nível estadual e, posteriormente, federal que viram a oportunidade histórica do PSF e PACS promoverem a mudança do modelo assistencial à saúde em grande escala.

Assim, o PSF, no período de 1998-2002, deixa de ser programa que operacionaliza uma política focalizada para ser considerada estratégia de mudança de modelo de atenção no SUS, e instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica, além de espaço de reorganização do processo de trabalho (TEIXEIRA, 2003).

De acordo com Franco e Merhy (2003) o PSF é a principal resposta oferecida pelos órgãos governamentais à crise do modelo assistencial. E que para o Ministério da Saúde, ele foi implantado com a finalidade de superar o modelo assistencial hegemônico responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional, e pelas iniquidades.

Contudo, para Franco e Merhy (2003), as três propostas - a Medicina Comunitária, os Cuidados Primários em Saúde e o PSF - têm um cunho racionalizador, voltado para a discriminação positiva, e não enfrentam a mudança dos processos de trabalho essencial à mudança do modelo assistencial.

O PSF, assim como o SUS, também vem sendo politicamente modelado através da construção de uma imagem objetivo, que compreende a proposição de conceitos, valores e tecnologias instituídos particularmente através de vários documentos ministeriais.

4 DO CONTEXTO TEÓRICO E À PRÁTICA

As políticas públicas se condicionam através da ação de forma concreta dos atores sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e formulam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente deve sofrer acompanhamento permanente.

A partir das políticas públicas implementadas no Estado de Mato Grosso foi feita uma evolução do Programa de Saúde da Família, no período compreendido entre 1997 a julho de 2008. Tendo como objeto de análise o número de municípios, as equipes de Saúde da Família e o percentual de população coberta pelo programa.

Em 1997 o número de municípios e as equipes de Saúde da Família estavam abaixo de 100, contudo esse número foi aumentando gradativamente nos anos seguintes. No período que vai de 2001 a 2004, é observado uma constante tanto no número de municípios quanto nas equipes de Saúde da Família, tendo um aumento somente no ano seguinte (BRASIL, 2007).

Em 2005 a população coberta pelo programa chegou a atingir, aproximadamente, o percentual de 60% de famílias cobertas. Nos anos seguintes esse percentual aumentou, em 2006 foi de 62%, aproximadamente, e em 2007 foi de 68%, valor aproximado. O número de municípios e de Equipes de Saúde da Família que se mantiveram constante. Já em 2008 observa-se uma queda da população coberta, um pequeno aumento do número de Equipes e mantendo-se constante os municípios.

Desde ano de 2005, 473 Equipes garantiam a cobertura de mais de 60% da população, onde 50,74 % (240) dessas equipes contavam com equipe de saúde bucal, que oferecia serviços odontológicos na atenção básica. Além disso, há também o Programa de Apoio à Saúde Comunitária e aos Assentados Rurais – PASCAR, que no período oferecia atendimento a 188 assentamentos com 503 agentes de saúde rural. Vale salientar que Mato Grosso é o único Estado brasileiro a ter incentivo para a saúde básica nos assentamentos rurais.

A análise da evolução das Equipes de Atenção Básica começa em 2003, onde havia 346 equipes destas 159 eram equipes de saúde bucal, o que equivale em percentual a 45,95%, e 384 agentes de saúde rural. Em 2004, esses números aumentaram a equipe de saúde bucal passou para 187, teve um aumento de 17,61%; o número de agentes de saúde rural também teve um aumento percentual de 20,31% e as equipes de saúde da família o percentual foi de 3,88%.

Fazendo uma análise da distribuição dos municípios nos estratos de cobertura de saúde da família no Estado de Mato Grosso, até Julho de 2008, verifica-se que mais de 70% dos municípios precisamente 98 municípios, foram contemplados pelo Programa de Saúde da Família sendo que 59 dessa maioria representam municípios com até 10.000 habitantes, 26 representam municípios com até 20.000 habitantes, 06 representam municípios com até 30.000 habitantes, 05 representam municípios com até 50.000 habitantes, 01 com até 100.000 habitantes e 01 com mais de 100.000 habitantes.

Mais de 51% dos municípios estão em fase terminal, ou seja, 29 municípios onde 09 são municípios com menos de 10.000 habitantes, 11 com até 20.000 habitantes, 04 com até 30.000 habitantes, 02 com até 50.000, 02 com até 100.000 habitantes e 01 com mais de 100.000 habitantes. Há 11 municípios na fase intermediária, um percentual que varia entre 26 a 50%. E 03 municípios estão ainda na fase inicial.

Pode-se dizer que nos municípios de pequeno porte, ou seja, aqueles que possuem até 10 mil habitantes, a cobertura populacional ultrapassam 70%, demonstrando que se deve investir na expansão do Programa de Saúde da Família nos grandes centros, pois eles se mantêm abaixo da média estadual.

O crescimento da cobertura populacional do PSF ocorre de modo gradativo, fazendo uma comparação com a Região Centro-Oeste observa-se que em 2000 a cobertura populacional do Programa de saúde da Família, supera a média regional, este fato está ligado ao número de municípios beneficiados pelo programa, como foi colocado anteriormente, os

municípios pequenos têm ultrapassado a média do país, chegando a ultrapassar em média de 60%.

Em Mato Grosso, o governo vem implantando formas de incentivos e estratégias de financiamento, capacitação de profissionais de saúde, buscando também a integração das equipes do Programa de Saúde da Família. Com isso, dos 141 municípios do Estado, 137 estão dentro da estratégia da Saúde da Família. As equipes de saúde da família têm suas ações voltadas para promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do indivíduo e da população.

Mato Grosso através da Secretaria de Estado de Saúde possui 16 Regionais de Saúde, sendo elas:

ERS - Água Boa, ERS - Alta Floresta, ERS - Cáceres, ERS - Colider, ERS - Diamantino, ERS - Barra do Garças, ERS - Baixada Cuiabana, ERS - Juara, ERS - Juína, ERS - Peixoto de Azevedo, ERS - Pontes de Lacerda, ERS - Porto Alegre do Norte, ERS - Rondonópolis, ERS - São Felix do Araguaia, ERS - Sinop e ERS - Tangará da Serra (MATO GROSSO, 2009, p. 13)

Para efetivação da Atenção Básica a partir da Estratégia Saúde da Família, foram orçados R\$ 45.461.615,21, 91,21% do orçamento foram executados. Esse Programa apresenta o objetivo de efetivar a atenção básica a partir da estratégia saúde da família. Somente a fonte 134 (Tesouro do Estado (FES) para cumprimento da EC nº29/2000) representa 97,47% do orçamento, em percentual do total orçado.

As outras representam 2,53%, ou seja, R\$ 1.149.948,26, sendo R\$ 475.828,26 da fonte 112 (Ministério da Saúde) e R\$ 674.129,00 da fonte 261 (Convênios firmados com recursos do Ministério da Saúde). Foram empenhados R\$ 41.464.050,21 e pagos R\$ 31.066.815,15 cujo percentual representa, respectivamente, 91,21% e 68,34% do orçamento.

As principais ações implantadas no Estado foram:

- Novas Equipes de Saúde da Família implantadas, cada equipe recebendo por mês R\$ 2.400,00;
- Equipes de Saúde da Família apoiadas financeiramente com R\$ 4.000,00, isso para os municípios da Regional de Juína, Porto Alegre do Norte e São Félix do Araguaia, sendo que os valores poderão ser dobrados de acordo com o número de habitantes e a cobertura do PSF;
- Agentes Comunitários de Saúde Rural implantados, recebendo R\$ 4.980,00 ao ano por agente comunitário contratado pelas prefeituras; Equipes de Saúde Bucal

implantadas e apoiadas financeiramente recebendo R\$ 1.400,00 por equipe mensalmente;

- Municípios contemplados no Programa de Incentivo ao alcance de metas da Atenção Básica recebem R\$ 6.000,00 mensalmente para os municípios que alcançarem 70% ou mais de alcance das metas pactuadas e R\$ 3.000,00 mensalmente aos municípios que alcançarem de 50% a 69,9% de alcance de metas da Atenção Básica, dentre outras.

As ações realizadas através de recursos que o Ministério da Saúde, fontes 112 e 121 repassam para a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, onde os Escritórios Regionais coordenam e gerenciam o programa, além de proporcionarem cursos de capacitação de Agentes Comunitários de Saúde.

Alguns programas e ações adotados na década de 90 pelo Estado com o mesmo propósito da União como:

- Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Terapia de Reidratação Oral (TRO), Imunização, Atenção ao pré-natal, Vigilância Alimentar e Nutricional, Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIPI);

Tinham e continuam tendo o mesmo objetivo do “Pacto pela Infância”, ou seja, promoção, manutenção e a melhoria da saúde das crianças. No Estado de Mato Grosso as campanhas de vacinação têm ocorrido de forma programada juntamente com o município, onde proporciona atendimento a crianças de Creches, escolas de ensino fundamental com o apoio das unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Centros de Saúde, Policlínica e Clínicas Odontológicas.

Essa ação tem caráter coletivo e individual. No individual incluem atendimento médico clínico, avaliação psicológica (o primeiro atendimento é indicado pelos professores) e avaliação nutricional. Quanto aos procedimentos coletivos, envolvem apresentação de teatro para as crianças e oficina de educação em saúde com a equipe de profissionais (técnicas de desenvolvimento infantil, técnicas de nutrição escolar). Existe uma integração entre o Estado e o Município quanto à realização de campanhas e de ações preventivas, através de parcerias com disponibilidade de técnicos, insumos e cursos de capacitação, além de apoio financeiro.

Em 2009 verificou-se que as Regionais de Saúde apresentaram um número maior de cobertura do PSF, sendo:

Pontes e Lacerda (88,57%), Peixoto de Azevedo (88,33%) e Porto Alegre do Norte (87,23%). A Regional de Saúde com a menor cobertura é a Baixada Cuiabana (43,03%). Vale ressaltar que nessa Regional localizam-se os dois maiores

municípios do Estado, Cuiabá e Várzea Grande, com coberturas populacionais de 42% e 25%, respectivamente, o que influencia diretamente na cobertura da Regional (MATO GROSSO, 2011, p. 13).

Disto, pode-se afirmar que o Governo do Estado de Mato Grosso vem cumprindo com seu papel frente ao que preconiza o SUS, ou seja, participa na execução de parcerias ou gestão compartilhadas tal como dita a legislação federal onde cada ente federado participa com uma parcela de auxilia financeiro e profissional na execução da Saúde Pública voltada para o usuário do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que as políticas públicas realizadas pelo Governo do Estado de Mato Grosso a partir da Secretaria de Estado de Saúde no Programa Saúde da Família vêm seguindo os parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde, uma vez que, a lei que criou o Sistema Único de Saúde (lei 8.080/1990) versa sobre as contrapartidas de cada ente federado no Sistema de Saúde Público.

Por mais que o Estado de Mato Grosso possua cento e quarenta e um (141) municípios e estes diferem em muitos problemas além da distância que alguns municípios se encontram de Unidades Especializadas que se encontram basicamente na capital do Estado, Cuiabá, o PSF com as suas equipes possibilitam pelo menos a mitigação da doença.

Agora, além do PSF os municípios devem investir na melhoria do saneamento básico e outras infra-estruturas, por exemplo, construção de casas e/ou banheiros adequados para as necessidades fisiológicas dos cidadãos que não possuem tal empreendimento em sua casa.

No entanto, e por mais que os números supracitados sobre os investimentos e as coberturas realizadas pelo PSF darem a falsa impressão de que o Estado e os municípios estão investindo e muito na Saúde Pública, a realidade é bem outra e essa contradição nos faz acreditar que os investimentos financeiros ou são insuficientes ou estão se perdendo no caminho.

Desta maneira, além do Estado e Municípios fazerem seus deveres quanto à saúde Pública cabe aos órgãos de controle externos como o Tribunal de Contas ou o Ministério Público Estadual analisar cada conta e cada ação ao mesmo tempo, pois, não adianta em nada apenas analisar os balancetes finais ou as prestações de contas através das notas fiscais

apresentadas, mas visitar in loco para investigar se os recursos financeiros foram efetivamente empregados na ação do PSF.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luis O. M; BUENO, Ivana C.H.; BEZERRA, Roberto C. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família**. In: Campos, Gastão W. S. et al (Orgs.). **Tratado da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, P. 783-836.

ARRETCHE, Marta T.S. **Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização**. São Paulo: Fapesp, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.203 de 5 de novembro de 1996**: Dispõe Sobre a Norma Operacional Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 95 de janeiro de 2001**: Dispõe Sobre a Norma Operacional da Assistência a Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg>. Acesso em 15.09.2011

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 373 de 27 de fevereiro de 2002**: Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg>. Acesso em 15.09.2011.

BRASIL, Ministério da Saúde; **Atenção Básica e Saúde da Família: Histórico da Cobertura da Saúde da Família (2007)**. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>. Acesso em 15.09.2011.

CAMPOS, Gastão W. S. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

FRANCO, Túlio. B.; MERHY, Emerson. E. **Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de Um Programa Destinado à Mudança no Modelo Tecnoassistencial**. In: MERHY, Emerson. E. e col. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, P. 55-124.

GARCIA Ronaldo Coutinho. **A reorganização do processo de Planejamento do Governo Federal: O PPA 2000-2003 (2000)**. Disponível em www.ipea.gov.br/pub/td/2000/td. Acessado em 15.09.2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População Brasileira Envelhece em Ritmo Acelerado (2009)**. Disponível em

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina>. Acesso em 02.10.10.

LUCCHESE Patrícia. **Descentralização do financiamento e da gestão da assistência. Saúde no Brasil: a implementação do sistema Único de Saúde.** Planejamento e Políticas públicas. RJ. 1996.

MATO GROSSO, Governo do Estado. Organização da Rede Estadual de Assistência em Nefrologia na Alta Complexidade. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. 2009.

_____, Secretaria de Estado de Saúde. **Análise dos Indicadores de Atenção Primária - Sistema de Informação da Atenção Básica:** Modelo de Atenção Estratégia Saúde da Família 2009. Cuiabá: Superintendência de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Atenção Primária. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2011. 37 pg.

MERHY, Emerson E.: **Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS, Apostar em Novos Modos de Fabricar os Modelos de Atenção.** In: MERHY, Emerson. E.et al (Orgs.). **O Trabalho em Saúde Olhando e Experenciando o SUS no Cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003, P. 14-35.

MERHY, Emerson, E.; **A Saúde Pública Como Política, Um Estudo de Formuladores de Políticas.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA, Jr. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O Debate no Campo da Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUSA, Maria de F. **A Lealdade do PSF: Conversando com Quem Faz.** Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

TEIXEIRA, Carmen F. **A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS:** Desatando Nós, Criando Laços. V. 27. N. 5. Rio de Janeiro: Saúde em Debate, P. 257 – 277, set/dez 2003.

VIANA; Ana L. D.; DAL POZ, Mario R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. V. 8. N. 2. Rio de Janeiro: PHYSIS, Rev. Saúde Coletiva, P. 11-48, nov. 1998.