

**ALCANCE ESPACIAL DA ATUAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO
DO TRABALHO EM SAÚDE NO ESTADO DE SERGIPE – BRASIL**

Marieta Cardoso Gonçalves – Mestranda do Mestrado em Saúde e Ambiente
da Universidade Tiradentes e Coordenadora Estadual do Programa de
Interiorização do Trabalho em Saúde – Sergipe

Valmira dos Santos – Docente do Mestrado em Saúde e Ambiente da
Universidade Tiradentes e Tutora do Programa de Interiorização do Trabalho
em Saúde – Sergipe

Maria Angela Leite Chaves – Assistente Social da Secretaria de Estado da
Saúde - Sergipe

Vânia Fonseca Docente do Curso de Mestrado e do Curso de Geografia da
Universidade Tiradentes

Universidade Tiradentes. Av. Murilo Dantas s/n

Bairro Farlândia Aracaju – Sergipe

Cep 49.000.100

valsantos@infonet.com.br

Resumo

O processo da reforma do setor saúde no Brasil, instalado após a Constituição de 1988, defende princípios básicos como o direito à saúde, equidade e acesso aos serviços de saúde, a todo cidadão brasileiro. O Ministério da Saúde com o intuito de reduzir a diferença de oportunidades ao acesso a serviços de saúde para grupos populacionais social, demográfica e geograficamente com maiores necessidades de atenção, criou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, e alocou médicos e enfermeiros em municípios das regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, para comporem equipes de trabalho. Esse Programa tem como fio condutor a Estratégia Saúde da Família, que é um princípio estruturante adotado pelo Ministério da Saúde para a organização do processo de trabalho no nível da atenção básica da saúde. O presente trabalho visa a relatar a atuação das equipes de profissionais que atuaram em três municípios da região do semi-árido do Estado de Sergipe, no período compreendido de 2002 a 2004. O relato consta do processo de mudanças da atenção à saúde no Brasil, da descrição geográfica, demográfica e sócio econômica, e do perfil de saúde da população de cada município, na época da implantação do Programa; das ações implementadas pelas equipes para a modificação do perfil de morbimortalidade. Usuários da zona rural e peritos do Ministério da Saúde, avaliaram satisfatoriamente a atuação dos profissionais. Mesmo contando com barreiras geográficas como condições precárias das estradas, terrenos acidentados e a distância, impostas à população da zona rural, dificultando o acesso ao centro dos municípios, tanto dos usuários com problemas específicos, como dos profissionais; as dificuldades vivências pelos médicos e enfermeiros referentes a adaptação às condições de moradia e de trabalho, os municípios tiveram seus indicadores de saúde melhorados

Interiorização do Trabalho em Saúde; Eqüidade em Saúde; Semi-árido sergipano

Introdução

A Constituição do Brasil, promulgada em 1988, no seu art. 196, declara: “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil 1988, p.88).

A garantia desse direito constitucional implicou mudança do modelo de atenção à saúde centrado na doença, no hospital, e no tratamento tendo uma das características o atendimento da demanda espontânea, por um modelo assistencial da vigilância da saúde valorizando a atenção básica, e como uma das características ações sobre o território (Teixeira e cols 1998).

Atenção Básica, é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, prevenção e agravos, o tratamento e a reabilitação.(Brasil 1999).

A partir dessa época, instalou-se o processo da reforma do setor saúde e as ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada vindo a constituir um sistema único, organizado seguindo as diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera federal, estadual e municipal de governo; atendimento integral; e participação da comunidade.

O processo de mudança do modelo de atenção à saúde

Em 1990, mediante a Lei n. 8080, foi instalado o Sistema Único de Saúde (SUS) fundamentado nos princípios de saúde como direito, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento, e da participação social.

O princípio da universalidade, implica o acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceito ou privilégios de qualquer natureza.

O SUS, além de ser organizado sob essas diretrizes, “também se organiza sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue a uma lógica de determinação de áreas de abrangência, que deve ser coerente com o nível de complexidade das ações de atenção.” (Pereira 2006, p. 51). Assim, o Ministério da Saúde incorporou a concepção de território às diretrizes estratégicas necessárias ao processo de implantação do sistema para efeito de organização dos serviços e ações de saúde.

O termo território foi inicialmente utilizado na Grécia para denominar as cidades-estado clássicas e na Itália reaparece para descrever as jurisdições medievais italianas. (Mesquita 1995). O termo é interdisciplinar e polissêmico, e está relacionado com relações de poder. No contexto do SUS, o município representa o nível inferior onde é exercido o poder de decisão da política de saúde.

Para Mendes (1995), existem duas correntes de pensamento que conceituam território de maneira distintas. Território-solo – espaço físico, naturalizado e acabado, definido exclusivamente por critérios geopolíticos. Território – processo, como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política, que além de território solo é também território econômico, cultural e epidemiológico.

Nesse território, as práticas de saúde devem avançar para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também, sobre as condições de vida da população.

A concepção de território adotada pelo SUS, além de considerar o espaço político-operativo do sistema de saúde, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos.

No processo de reorganização da atenção à saúde, o Ministério da Saúde considerou, além de outros aspectos, as dimensões continentais do território

brasileiro, as diferenças regionais onde são observadas as barreiras geográfica, a multiplicidade de perfis demográfico, epidemiológico, administrativo, político, social e cultural.

A superação dos padrões de iniquidade no qual o sistema de saúde se insere é um dos desafios para a ampliação da proteção social no Brasil. As desigualdades sócio-econômicas e sanitárias no país têm forte expressão territorial, indicando a importância de políticas públicas de corte regional nas várias áreas, incluindo a saúde (Viana 2006).

Para reorientar a lógica assistencial do SUS, na perspectiva da construção do modelo da vigilância da saúde na organização da atenção básica, o Ministério da Saúde adotou como estratégia o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994.

O PSF tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças e realizado principalmente no hospitais. No No “novo” modelo, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, e é realizada por uma equipe multidisciplinar constituída por um médico, um enfermeiro dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. O trabalho dessas equipes tem como um dos pressupostos a territorialização. Segundo Pereira (2006 p. 48), “essa tarefa adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; o reconhecimento do ambiente, e dinâmica social existente nessas áreas; e o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referências.”

.Uma análise feita desse programa em todos os estados brasileiros constatou-se que em 1994, ano em que foi criado, Sergipe contava com 328 equipes do Programa Saúde da Família, atuando em 55 municípios e, em 1998, já dispunha de 3.148 equipes que cobriam 1.117 municípios. Em 2000, eram 10.637 equipes em 3.109 municípios. Esses números ainda se apresentavam distantes da cobertura nacional desejada.(Sousa 2004)

Em 2001, O MS, enfrentava uma grande dificuldade caracterizada pela ausência, insuficiência e a qualidade de recursos humanos em alguns municípios brasileiros, particularmente naqueles de pequeno porte, sem estrutura econômica social. Dentre os fatores contributivos a esse quadro tem-se a formação e a distribuição dos profissionais em especial de médicos e enfermeiros. Nesse ano, constatou-se que “O Brasil, mesmo tendo uma relação de médico\habitantes bastante confortável – 1\720 habitantes-, segundo dados do Conselho Federal de Medicina, possui áreas do seu território desprovidas de serviços de saúde ou os tem de forma precária e insuficiente, principalmente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste.” (Brasil 2001, p.3).

As escolas médicas e de enfermagem estão concentradas nos grandes centros urbanos, sobretudo das regiões Sul e Sudeste. Conseqüentemente os profissionais egressos das escolas buscam fixar-se nos grandes centros urbanos onde estão concentrados a maioria dos serviços de alta complexidade, das unidades hospitalares e dos planos privados de saúde.

A conjunção desses fatores levou o Ministério da Saúde a adotar medidas promotoras de mudanças na formação e na distribuição dos profissionais de saúde e influenciar a tendência à interiorização.

Assim, em fevereiro de 2001 foi instalado o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, com a finalidade de incentivar a alocação de profissionais de saúde, de nível superior, em municípios de comprovada carência de recursos médico-sanitários, com os objetivos de ampliar a cobertura das ações e serviços do Sistema Único de Saúde; impulsionar a regionalização da atenção básica de saúde no País; fortalecer o Programa de Saúde da Família; e estimular a fixação e médicos e enfermeiros, em municípios carentes de assistência à saúde, na forma de treinamento em serviço. O Programa foi desenvolvido com recursos do Ministério da Saúde. Aos municípios competia assegurar moradia, alimentação e condições mínimas de trabalho.

Como estratégia para apoiar as atividades das equipes nos municípios, foi instituída a figura do tutor, profissional de saúde (médico ou enfermeiro) com a responsabilidade pelo acompanhamento de grupo de dez profissionais.

Foram lotadas 167 equipes em 16 estados brasileiros atingindo 1.536.826 habitantes. (Brasil 2001). Sergipe foi um dos desses estados.

Caracterização do Estado de Sergipe

O Estado de Sergipe, está localizado na região Nordeste do Brasil, possui 21.994 km² de área territorial, correspondente a 1,42% da região Nordeste e 0,26% do Brasil, sendo, portanto, o menor estado da federação. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2002) referentes ao censo do ano 2000, o Estado possui uma população de 1.800.000 habitantes, com densidade demográfica 78 hab|Km², sendo que 705 encontram-se na zona urbana e 30% na região na zona rural.

O território do estado de Sergipe pode ser caracterizado por duas grandes regiões geográficas: o semi-árido e os tabuleiros costeiros. Estas regiões apresentam características ambientais próprias e necessidades bastante distintas de abordagem, tanto no que se refere ao ambiente natural, quanto aos problemas associados ao modo de exploração e ocupação destes ambientes pelas populações humanas e seus reflexos na saúde.

Assim como os demais estados do Nordeste, Sergipe traz a marca de uma sociedade e de uma economia excludente, com desigualdades sociais. Não obstante ter uma renda per capita de R\$.5.082,00(cinco mil e vinte e oito reais), 31,4% vivem abaixo da linha de pobreza, dos quais 18,1% são moradores do campo e 13,3% residentes na cidade. Esse quadro é agravado nos municípios situados na região do semi-árido castigada pela seca.

No ano de 2001, Sergipe contava com 303 equipes do Programa Saúde da Família, implantadas em 71 municípios. Apenas os municípios de Itabi, Nossa Senhora de Lourdes, Monte Alegre de Sergipe, e Feira Nova, não possuíam, até então, infra-estrutura financeira para implantar o programa. Esses foram os municípios sergipanos contemplados com o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.

A população estimada pelo IBGE para esses municípios foram as seguintes: Itabi com aproximadamente 6.000 habitantes. Nossa Senhora de Lourdes com população de 6.300 habitantes. Monte Alegre de Sergipe com pouco mais de 12.000 habitantes. E Feira Nova com 5.207 habitantes. Todos esses municípios estão situados na região do semi-árido. A conjunção dos fatores determinantes das condições de vida dessa população é responsável pelo perfil de saúde nesses municípios. Esses municípios até o início do PIT, apresentavam índices comprometedores de saúde de grupos vulneráveis, a exemplo de crianças, mulheres, e os acometidos por doenças crônicas como hipertensão diabetes, tuberculose e hanseníase.

Em todos esses municípios, a maior concentração da população, encontra-se nos grupos de crianças e adultos jovens, e mulheres. Os problemas que afetam a saúde das crianças são aqueles resultantes das condições sócio econômicas, cultural e ambiental, como as doenças prevalentes na infância destacando-se as gastroenterites, as pneumonias. Nos adultos jovens são a gravidez na adolescência e as doenças sexualmente transmissíveis. E no grupo das mulheres, problemas ginecobstétricos, hipertensão arterial e distúrbios mentais.

Quanto a habitação, a zona urbana concentra moradia de construção de alvenaria (tijolo e cimento) e a maioria com esgotamento sanitário domiciliar. Enquanto que na zona rural a grande maioria das moradias é de construção de taipa (madeira, argila e cipó) revestidas. Tanto na zona urbana como na zona rural as moradias são próprias. As condições sanitárias dos municípios são precárias configuradas pela ausência de abastecimento de água e de esgotamento sanitário domiciliar. A coleta de lixo é realizada, apenas, na zona urbana sendo desprezado a céu aberto em espaços das periferias das cidades.

Maior parte da população da zona urbana desses municípios sobrevive com salário da prefeitura. E na zona rural a população sobrevive da

agricultura de subsistência e da pecuária. Somente o município de Feira Nova possui uma indústria de laticínio.

O sistema de saúde local dos municípios conta as casas de parto, postos de saúde e Unidades da Fundação Nacional de Saúde, onde funcionavam as Secretarias Municipais de Saúde, todas informatizadas. As Unidades da Fundação Nacional de Saúde possuem laboratórios de análises clínicas. No que se refere ao capital humano, conta com médicos uma vez por semana para atender a população acometida por problemas clínicos básicos (clínica médica, clínica pediátrica, e ginecobiátrico). Cada município conta com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), composto por um enfermeiro e agentes comunitários de saúde, além de auxiliares de enfermagem e técnicos de laboratório.

O trabalho das equipes do PACS, é desenvolvido sob diretrizes básicas destacando-se a adscrição da clientela, ou seja a vinculação a uma unidade de saúde a partir do estabelecimento de uma base territorial.

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde no Estado de Sergipe

Em agosto de 2002, a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe do Ministério da Saúde os profissionais para comporem seis equipes do PITS. Os mesmos foram recepcionados pela coordenação estadual do Programa de Saúde da Família e pelos secretários municipais dos municípios selecionados. Nesse mesmo dia, os profissionais participaram de uma reunião na Universidade Federal da Sergipe cuja pauta constou da apresentação do Curso de Especialização em Saúde da Família, do seu corpo docente, dos tutores e preceptores, e da apresentação e discussão participativa do regimento do Programa de Interiorização do Trabalho em

Saúde. Logo após, os profissionais saíram acompanhados dos secretários de saúde dos seus municípios, onde comporiam as equipes.

No município de Itabi foi implantada uma equipe na zona rural para assistir 854 famílias, correspondentes a 71% da população; em Nossa Senhora de Lourdes, uma equipe implantada, também, na zona rural para assistir 798 famílias, correspondentes a 58 % da população; Monte Alegre de Sergipe contou com três equipes, uma na zona rural para atender 628 famílias, e duas na zona urbana para atender 1974 famílias, correspondentes a 79,8% da população.

A prioridade na lotação das equipes na zona rural ocorreu em cumprimento ao princípio da equidade estabelecido pelo Sistema único de Saúde, que imputou a necessidade de pensar a atenção à saúde levando em consideração vários fatores inclusive a perspectiva espacial ou geográfica. Essas equipes incorporaram os agentes comunitários do PACS das áreas e micro-áreas utilizadas como base territorial anteriormente definida

Metodologia do trabalho profissionais do PIT

No trabalho desenvolvido em equipe, os profissionais realizavam atividades de cuidados integrais de saúde à população cadastrada, mediante práticas de vigilância à saúde (desenvolvendo ações de educação à saúde), de acordo com os protocolos estabelecidos pela estratégia do Programa de Saúde da Família. O trabalho requeria alimentação dos sistemas de informação em saúde de base municipal. Requeria estimular a participação comunitária e o controle social no planejamento execução e avaliação das ações de saúde. Requeria, também, realizar as tarefas atribuídas pelos tutores e pelos professores do curso de especialização.

O curso de especialização foi oferecido na forma de aulas presenciais, e atividades em campo por meio de processo de educação continuada a distância, sob a supervisão do tutor. As aulas presenciais ocorriam na última semana de cada mês.

Os profissionais eram supervisionados pela coordenadora estadual e tutores, uma vez por mês. A supervisão tinha como objetivo principal o monitoramento e avaliação das metas e ações estabelecidas conjuntamente pelos secretários municipais de saúde e os profissionais.

Outros objetivos da supervisão eram a verificação das condições de moradia e de trabalho dos profissionais, o relacionamento entre os profissionais, entre profissionais e gestores, e o relacionamento com a comunidade.

Resultados do trabalho desses profissionais

Na análise do pacto dos indicadores da atenção básica do ano de 2002 desses municípios, observa-se que os mesmos conseguiram atingir as metas postas para os indicadores referentes ao acesso da população aos serviços de saúde. Três fatores concorreram para o alcance dessas metas. Como primeiro fator teve-se a consolidação da parceria entre Ministério da Saúde, Estado e os municípios que garantiram a infraestrutura necessária ao trabalho das equipes, tanto na zona urbana como na zona rural. Como segundo fator, considerou-se a aceitação da população às práticas de cuidados que contribuíram para a adoção de hábitos favoráveis à melhoria da saúde. Dentre essas prática merecem destaque a cobertura vacinal de Difterias, Tétano e Coqueluche em crianças menores de uma ano; cobertura vacinal contra influenza em idosos; cobertura de Papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos; e cobertura de pré-natal.

A presença desses profissionais nesses municípios concorreu, também, para a redução do número absoluto de óbitos em menor de um ano, assim com nos óbitos em menores de um ano por causas mal definidas.

Vale ressaltar o aumento da média de visitas domiciliares comum aos três municípios.

Na avaliação do trabalho dos profissionais realizada por técnicos do Ministério da Saúde (Brasil 2003), foram identificados como aspecto positivos os seguintes:

O Município de Itabi, teve como aspectos positivo a implantação da equipe na zona rural, atendendo 100% da população. Outros pontos positivos foram a satisfação da população com o trabalho da equipe, e a superação dos conflitos vividos pelos profissionais.

No município de Nossa Senhora de Lourdes o principal fator positivo foi a atuação da equipe exclusivamente na zona rural. Chamou a atenção dos avaliadores o depoimento de moradores face à declaração de nunca terem recebido qualquer tipo de atendimento de saúde, antes da implantação do Programa. Outro depoimento considerado relevante foi: apesar da população estranhar a maneira de agir do médico, falar alto, ser agitado e direto, diferente da população nordestina, vem desempenhando bem suas atividades. Esse médico realizava visitas domiciliares, ações educativas e palestras na comunidade. Realizava, também, consultas em todos os povoados, e onde não existiam unidades de saúde o atendimento era feito em escolas e centros comunitários.

A população reconheceu as ações de saúde realizadas pelo médico. Convém ressaltar que a enfermeira desse município foi aquela desligada involuntariamente pelo Ministério da Saúde.

No município de Monte Alegre foi observado um bom entrosamento entre as equipes e sua atuação de forma contínua e planejada. Os agentes comunitários de saúde e os gestores declararam: “o Programa veio em boa hora.” Foi constatado que, apesar das dificuldades, todas as equipes estavam desenvolvendo as ações de saúde preconizadas. Os avaliadores constataram, também, que o enfermeiro tinha perfil e estava entrosado com a comunidade.

Considerações finais

Os profissionais selecionados para o estado de Sergipe procediam da região sul e sudeste do país, onde desenvolviam suas atividades profissionais em instituições hospitalares de alta resolutividade. Esse fato dificultou o processo de adaptação à realidade local, repercutindo significativamente nas relações de trabalho. Um detalhe que merece destaque foi o fato de todos os secretários municipais de saúde serem de nível médio o que possivelmente chocou esses profissionais. Merece destaque, também, a precariedade das condições de moradia dos profissionais mesmo sendo essas melhoradas para recebê-los.

Um aspecto comum a todas as equipes foi o conflito estabelecido entre médicos e enfermeiros. Três equipes conseguiram resolver a situação, num curto espaço de tempo. Uma equipe conviveu com o conflito até o término do Programa. Uma médica não conseguiu adaptar-se à realidade local e desligou-se do programa após dois meses de locação. Ou equipe vivenciou um nível de inadaptação e conflito que resultou no desligamento involuntário da enfermeira.

Quando da avaliação realizada por técnicos do Ministério da Saúde foi constatada a insuficiência da tutoria aos municípios que devido ao fácil acesso e a pequena distância deveriam ser visitados, pelo menos, uma vez ao mês. Reconheceram como aspectos positivos o trabalho em conjunto da coordenação estadual do Programa, coordenação do curso e tutoria e todos conhecerem a realidade de cada município e dos profissionais que lá atuavam.

O trabalho desenvolvido por esses profissionais ratificou a pertinência dos princípios do Sistema Único do Brasil, e, conseqüentemente a importância de se planejar a atenção em saúde levando em consideração além de outros fatores, a perspectiva espacial ou geográfica, levando em consideração as peculiaridades locais.

A reforma no setor saúde possibilitou a construção de um Sistema Único de Saúde que faz do Brasil ser considerado um dos únicos países do bloco latino-americano que preservou grande parte dos serviços, da onda neoliberal da privatização, garantida em constituição como direito de todos e dever do estado. (Carneiro 2007).

Bibliografia

CARNEIRO, Fernando Ferreira. 2007. Da atenção primária Ambiental para a atenção primária em saúde ambiental: construção de espaços saudáveis e convergências no Brasil. Disponível em:
[dhttp://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo1.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo1.pdf)

BRASIL .1998. Ministério da Educação. *Constituição da República Federativa do Brasil*.

_____. 2001. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. *Programa de Interiorização do trabalho em saúde: concepção, seleção e lotação de equipes*. Brasília

_____. 2003. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Relatório da monitoria da implantação e funcionamento das equipes de saúde do PITS no Brasil*. Brasília, 2003.

_____.2007. Ministério da Saúde. Datasus. Pacto dos Indicadores da atenção básica.www.saude.gov.br/pacto 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. 1998. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Ed. HUCITEC.

PEREIRA, Marta Priscila Bezerra e BARCELLOS, Chistovam. 2006. O território no programa de Saúde da Família. *Hygeia*, 2(2): 47-55

MESQUITA, Zilá. 1995. *Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências*. Porto Alegre - Santa Cruz do Sul-RS: Ed. Ufrgs\ed UNISC.

PEREIRA, Marta Priscila Bezerra e BARCELLOS, Chistovan. 2006. O território no programa de Saúde da Família. *Hygeia*, 2(2): 47-55

SOUSA, Maria de Fátima (2004). *A real-idade do PSF: conversando com quem faz*. Rio de Janeiro: CEBES

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. *Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal* Disponível em: <http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11555808341viana.pdf>