



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

ROBERTA BARROS GUERRA

**IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
DA ATENÇÃO BÁSICA, NO MUNICÍPIO DE CARNAUBEIRA
DA PENHA-PE.**

Brasília - DF

2018

ROBERTA BARROS GUERRA

**IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
DA ATENÇÃO BÁSICA, NO MUNICÍPIO DE CARNAUBEIRA
DA PENHA-PE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional.

Professor Orientador: Dr. Vagner dos Santos

Brasília – DF

2018

ROBERTA BARROS GUERRA

**IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
DA ATENÇÃO BÁSICA, NO MUNICÍPIO DE CARNAUBEIRA
DA PENHA-PE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Vagner dos Santos

Orientador(a)

Profa. Dra. Grasielle Silveira Tavares

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília.....de.....de.....

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado forças para continuar e não desistir, foram dias difíceis, dos quais não teria conseguido superar sem essa força que vem dele.

Agradeço a toda minha família, meus pais Maiza e Roberval, minhas lindas irmãs Raquel e Leticia e a meu namorado Cicero, que sempre me apoiaram e amaram, me dando forças para continuar, e é claro, tiveram paciência a cada longo dia que se passou, estávamos distantes, mais todos estavam no meu coração, a cada segundo da minha vida.

Agradeço aos grandes amigos que fiz durante todo esse tempo, com certeza tive a oportunidade de conhecer as melhores pessoas do mundo; Carla, Marjorie, Valmir, Andressa, Thamyres, Jéssica, Tayna, Ana Cláudia e muitos outros.

Agradeço a paciência e auxílio do meu professor orientador Vagner dos Santos e a banca, professora Grasielle Tavares por aceitar o convite.

Obrigada!

RESUMO.

Introdução: As Políticas Públicas existem para garantir o acesso da população Brasileira a diversos serviços, que lhes são de direito, dentre eles atenção à saúde, visando à redução de risco de doenças ou possíveis agravos, de forma universal e igualitária. Para tanto é imprescindível que essas Políticas Públicas sejam implementadas como o previsto em lei, para o bem comum da população. **Objetivos:** Sendo assim esse trabalho tem como objetivo verificar como as políticas públicas de saúde da atenção básica, estão sendo implementadas no município de Carnaubeira da Penha- PE, bem como, verificar aspectos de seu funcionamento. **Metodologia:** A metodologia do trabalho se deu, através de busca e análise de dados e, que estão disponíveis na plataforma DATASUS, referentes a acesso a serviços, qualidade da atenção, indicadores e outros. **Conclusão:** foi possível identificar que o município de Carnaubeira da Penha, não dispõem de todos os serviços e/ou ações a saúde que devem ser oferecidos às populações, tendo que buscar maior parte dos serviços na rede de atenção que integram os municípios vizinhos.

Palavras chave: Políticas Públicas; Atenção Primária á saúde; Municípios, Atenção à saúde indígena.

ABSTRACT

Introduction: The Public Policies exist to guarantee the access of the Brazilian population to the various services that are assured to them, among them health care, aiming to reduce the risk of diseases or possible damages, in a universal and egalitarian way. Therefore, it is essential that these Public Policies be implemented as provided by law, for the common good of the population. **Aim:** Thus, the aim of this study is to regulate how the public health policies of primary care are being implemented in the municipality of Carnaubeira da Penha - PE, as well as to verify the aspects of its functioning. **Methodology:** The methodology of the work occurred through research and analysis of data that are available on the DATASUS platform, referring to services, quality of care, indicators and others. **Conclusion:** It was possible to identify that the municipality of Carnaubeira da Penha, don't have all the health services and / or actions that need to be offer to the population, wich they have to search most of the services in the care network that integrate the neighboring regions.

Key-words: Public Policies; Primary Health Care; Municipalities; Attention to indigenous health.

LISTA DE ABREVIATURAS

CP-PE- Carnaubeira da Penha- Pernambuco

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde.

CAPs- Caixas de Aposentadorias e Pensões

DISEI- Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

IAPs - Instituto de Aposentadoria e Pensões.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LC- Lei complementar

SUS- Sistema Único de Saúde

PE- Pernambuco

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	08
1.1- Saúde Pública	08
1.2- Serviços do SUS.....	09
1.3- Região de saúde.....	10
2- JUSTIFICATIVA.....	10
2.1 Políticas de atenção Básica- PNAB.....	12
2.1. A- <i>Infraestrutura e ambiência</i>	13
2.1. B- <i>Financiamento</i>	14
2.2 Subsistema de atenção à saúde indígena.....	14
2.3 A- Política Nacional de atenção à saúde dos povos indígenas.....	15
2.4 Descrição do local: Município Carnaubeira da Penha- Pernambuco.....	17
2.4. A- Povo Pankará.....	19
2.4. B- Povo Atikum.....	19
3- OBJETIVOS.....	20
3.1 Geral.....	20
3.2 Específicos.....	20
4- PERCURSO METODOLÓGICO.....	21
4.1 Mapeamento dos serviços de saúde.....	21
4.2 Dados do DATASUS e CNES.....	21
5- RESULTADOS.....	23
5.1 Estabelecimentos de saúde.....	23
5.2 Nascimento.....	24
5.3 Procedimentos Ambulatoriais.....	26
5.4 Financiamento.....	26
5.5 Orçamento Público.....	27
6- DISCUSSÃO.....	28
7- CONCLUSÃO.....	32
8- REFERÊNCIAS.....	33

1. INTRODUÇÃO.

1.1 Saúde Pública

O processo de construção do SUS é resultado de uma série de eventos que contribuíram para a constituição do que hoje é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (SOUZA, 2002).

Em 1923, período em que o Brasil passava por um período de rápida industrialização, foi criada as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). O papel dessas organizações de trabalhadores era fornecer pensão nos casos de doença ou acidente que incapacite o trabalhador, e também aposentadoria pelos serviços prestados. No entanto essas garantias eram restritas, beneficiando, por exemplo, aqueles que trabalhavam nas ferrovias e posteriormente aos trabalhadores portuários, como contrapartida de uma contribuição regular. Já em 1932 foi criado os Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs) pelo até então presidente Getúlio Vargas. Estes tinham como intuito ampliar os direitos trabalhistas a outras categorias profissionais descobertas até então pelas CAPs, outros serviços como o de fornecimento de serviços de saúde são incorporados posteriormente pelos IAPs. Um ponto importante é que os serviços de saúde fornecido pelo setor privado passa a ser contratado por essas instituições. Em 1964, início da ditadura no Brasil, todos os IAPs foram reunidos no Instituto Nacional de Previdência Social. Uma de suas principais características foi a intensa contratação dos serviços privados de saúde, a partir desse período que os sistema de saúde passa a ser organizado de forma hospitalocentrica, centrado no médico e na doença. (REIS; ARAUJO; CECLIO, 2012)

Este sistema passou por diversas mudanças ao longo dos anos, desde sua idealização até os dias de hoje. Foi implementado por meio de uma estratégia que visava a cobertura universal de ações e atenção à saúde, que era oferecida pelo INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, instituto esse que atendia apenas os trabalhadores formais e os que deles dependiam, deixando de fora a outra parcela da população que se dividiam entre os que podiam pagar por serviços e os que não tinham nenhum direito assegurado. (SOUZA, 2002).

Com a crise de financiamento da Previdência, que começa a se manifestar a partir de meados da década de 70, o INAMPS adota várias

providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80, a “comprar” serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente por meio de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou o seu caráter de universalidade da clientela. No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais. (SOUZA, 2002, pág. 13)

A união e mobilização de diversos atores como trabalhadores de saúde, centros universitários, movimentos populares fizeram surgir o Movimento da Reforma Sanitária, que culminou na conformação do que hoje se conhece como SUS, instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142 (SOUZA, 2002).

Na constituição Federal, (1988), Seção II, da Saúde, no artigo 196, a saúde apresenta-se como, um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

1.2 Serviços do SUS

Pelo princípio da universalidade, citado na lei, todos têm direito, ao serviços de saúde oferecidos pelo SUS, não podendo esse acesso ser negado ou omitido, estando sob a gestão das três esferas de governo: União, estados e municípios” (SOLHA, 2014).

De acordo com a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro 1990, Art. 5º, cabe ao SUS a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social prestar a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Executando ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. (BRASIL, 1990).

Para Rodrigues, (2010), o termo política, refere-se ao conjunto de atividades que fazem referência ao estado, estando esse termo intimamente ligado ao poder. Já Política Pública, é o processo pelo qual diversos grupos que compõem a sociedade, tomam decisões coletivas, apesar de terem objetivos ou interesses divergentes, sendo então, essas decisões compartilhadas, para um bem comum.

Segundo Soalha, (2014), às políticas públicas, servem como norteadora de ações em determinada área, que envolve a presença de vários atores da sociedade, como por exemplo o governo, legisladores, representantes de associações civis, entre outros, que resultam em um consenso de tais partes, o que pode virar lei, para o bem comum de toda uma população. No caso as Políticas Públicas de Saúde, visam nortear gestores e demais profissionais, na busca de resultados relacionados saúde voltado a determinadas situações ou populações específicas.

A União é o principal financiador do SUS, além de financiar formula as políticas nacionais, contando com a ajuda de parceiros para a implementação de tais políticas. Tendo como parceiros, os estados, municípios, ONGs e iniciativa privada. Os municípios apresentam-se como os principais responsáveis pela saúde pública de sua população. Cabendo ao gestor municipal a assumir a gestão dos serviços disponíveis em sua localidade. Esse plano foi decidido a partir do pacto pela saúde que ocorreu no ano de 2006 (ALVARES, 2006).

1.3 Região de saúde

No art. 198 da Constituição Federal, está expresso que as ações e os serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e o art. 14A da Lei n. 8.080/1990 (MS, 1990) estabelece que as Comissões Inter gestores devem definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde.

De acordo com decreto n. 7.508/2011, que regulamenta a lei nesse aspecto, a Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As regiões de saúde, deverão ser instituídas pelos estados, de forma articulada com

os municípios. Para que possa ser estabelecida deve apresentar ações de, atenção básica, atender a urgências e emergências, atenção psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar, e por fim vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

Segundo uma pesquisa realizada por Mesquita (2013, pág. 25-26), apesar de ser o modelo vigente atualmente, e se mostrar eficaz na maioria das ações que propõe, o SUS ainda enfrenta problemas no que se refere a sua estrutura, refletindo em desigualdades sociais e culturais, o que acarreta na falta de assistência de algumas populações. Isso pode ser justificado por problemas de financiamento, ou até mesmo falhas na gestão, acarretando à não execução de alguns serviços essenciais à população.

De acordo com secretaria de saúde do estado de Pernambuco,

Este conjunto de ações e serviços de saúde deverá está organizado de forma articulada em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Municipal: circunscrita aos limites geográficos do município; Microrregional: circunscrita aos limites de dois ou mais municípios, com resolubilidade complementar no âmbito regional; Regional: circunscrita aos raios de influência de municípios integrantes da Região de Saúde; Macrorregional: circunscrita aos raios de influência do conjunto de regiões, se constituindo no principal nível de referência para atenção de Alta Complexidade (PERNAMBUCO, 2011).

Neste trabalho, será explorado a implementação das políticas públicas de saúde no município de Carnaubeira da Penha, localizado no estado de Pernambuco região Nordeste do país. Trata-se de uma cidade pequena, de grande diversidade étnica e racial, que abriga dois grupos de povos indígenas, Atikum e Pankará.

Para tanto, o trabalho irá explorar também a questão em torno da oferta de serviços de atenção à saúde dos povos indígenas presentes no local.

2. JUSTIFICATIVA

O interesse ao tema se deu devido uma indagação pessoal, sobre como a implementação de serviços de atenção à saúde, e as características de funcionamento em uma dada população, no que se refere a políticas públicas de atenção básica, levando em consideração os aspectos culturais, étnicos e sociais presentes no local. O município de Carnaubeira da Penha, possui uma população de grande diversidade, étnica e racial, sendo composta por Brancos, Pardos, Pretos e Indígenas, trata-se ainda de uma cidade do interior, e de difícil acesso, o que pode dificultar a prestação de serviços de saúde importantes par ao bem estar da população.

A saúde é um direito de todos, devendo ser assegurada aos cidadãos, sendo essa responsabilidade dos entes federativos, como previsto em lei. Trata-se de um tema importante para a comunidade escolhida, no que diz respeito a dar conhecimento sobre seus direitos, bem como exigí-los, nos momentos em que não são efetivados, ou são prestados de forma a não suprir a necessidade local.

A Universidade é promotora do saber. Suas produções acadêmicas vão além de possibilitar a qualificação de profissionais e ampliar o conhecimento em diversas áreas. Diante disso, como nascida e criada cidade de Carnaubeira da Penha, e fazendo parte de uma das comunidades indígenas do local, Pankará, me questionei quanto as questões relacionadas aos serviços e ações de saúde presentes no local. Acredito que este trabalho poderá colaborar para a produção científica, podendo causar mudanças enriquecedoras e proporcionar melhorias na sociedade, formando cidadãos críticos, cooperantes e envolvidos com o seu meio, e que se ofereçam a utilizar desse saber em prol da população, já que o conhecimento sobre determinadas temáticas possibilitam um olhar ampliado, e uma melhor forma de lidar com alguns temas.

2.1 Políticas de atenção Básica- PNAB

Para entender como a política nacional da atenção básica (PNAB) funciona no município de interesse, CP- PE, se faz necessário entender como esta política se caracteriza em âmbito nacional, de acordo com seus princípios e diretrizes.

É importante lembrar que em nosso país, Atenção Básica (AB) e Atenção Primária em saúde (APS) são termos equivalentes, sendo os princípios e diretrizes, descritos, considerados para ambos os termos (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2017a).

De acordo com a portaria N° 2.436, Art. 2°

A atenção básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção,

proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017a).

Segundo Solha, (2014), a atenção básica reforça os princípios e diretrizes do SUS, tendo um papel central no mesmo, já que este serviço deve ser a porta de entrada para a rede de atenção à saúde (RAS), dessa forma também se torna a principal referência para os usuários do sistema, sempre o orientando e seguindo o usuário em seu percurso pela rede.

Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território. O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente. (BRASIL, 2017a. sp).

2.1.A- Infraestrutura e ambiência:

Para que os serviços de atenção básica funcionem de acordo com o esperado, proporcionando um atendimento de qualidade aos seus usuários, é necessário que sejam realizados determinados procedimentos, devendo se adequar às necessidades populacionais e territoriais de cada local. Como por exemplo nos casos em que dadas população estiverem em locais de difícil acesso, áreas rurais, ribeirinhas, assentamentos entre outros, deverão ser criadas pontos de apoio, devendo respeitar as normas de segurança sanitárias e todas as outras especificações previstas na lei.

De acordo com a PNAB, a infraestrutura deve estar adequada à população bem como suas especificidades, levando em consideração a densidade demográfica, composição, tipos de equipes, perfil populacional, entre outros. Devendo obedecer às normas sanitárias, possuindo ainda identidade visual do que se espera para tais estabelecimentos, é obrigatório que que possuam cadastros Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. É necessário ainda que estejam disponíveis equipamentos adequados, e mão de obra qualificada (BRASIL, 2017a, sp).

2.1.B- Financiamento:

O financiamento da Atenção básica é de responsabilidade das três esferas de gestão, federal, estadual e municipal de acordo com a lei 8.080, dando ênfase a descentralização. Já de acordo com a lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 o financiamento é feito pelo fundo nacional de saúde para os fundos estaduais e municipais. As leis citadas, se denominam lei orgânica de saúde (LOS), Outros instrumentos foram utilizados com o objetivo de guiar a gestão como as normas operacionais básicas (NOB) e também as normas operacionais de assistência (NOA). (SOLHA, 2014)

No que diz respeito ao financiamento, o art. 195, da Constituição Federal, afirma que “a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”. A responsabilidade pelo financiamento do SUS é das três esferas de governo, (BRASIL,1988).

De acordo com o a (PNAB), o financiamento federal para as ações de AB devem levar em consideração, o perfil demográfico bem como epidemiológico de cada região, o desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior, programas e ações implementados no município, abrangência e oferta dos mesmos e outros. (BRASIL,2017a).

2.2 Subsistema de atenção à saúde indígena:

Na década de 90, eclodiu uma série de movimentos indígenas, dos quais reivindicavam um subsistema de saúde, que fosse universal para tal população, sendo esse gerido pelo ministério da saúde, assegurando-lhes, participação no desenvolvimento e execução, bem como avaliação de políticas públicas, das quais os mesmos se beneficiariam. (MARTINS, 2013)

Surgindo assim, a lei Arouca, de Nº 9.836, de 23 de Setembro de 1999, que viera a acrescentar dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, lei essa que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, dessa forma ficou decidido que haveria uma

transferência de todas as atividades referentes a saúde do indígena, da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a FUNASA, sendo essas atividades prestadas no âmbito do SUS, assegurando-lhes acesso a cuidados de saúde primários, secundários e terciários. Promovendo a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (BRASIL,1990)

Esse subsistema estabelece a obrigação do governo de levar em conta as necessidades e especificidades regionais e culturas dos povos indígenas, que incluem desde saneamento básico a habitação, ambiente, saúde, nutrição, higiene e educação e integração institucional. (FUNASA, 2010)

Cabendo assim à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, podendo ou não, os estados e municípios e outras instituições governamentais e não governamentais atuar no custeio dessas ações. (BRASIL, 1990).

2.3 A Política Nacional de atenção à saúde dos povos indígenas- PNASPI

A PNASPI tem o intuito de garantir aos povos indígenas o acesso a atenção integral à saúde, o SUS, levando em consideração todos os seus aspectos; social, cultural e geográficos, dentre outros.

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. (BRASIL, 2002, p. 10; 13)

Essa política surgiu com o intuito de reduzir uma alta ocorrência de agravos, estabelecendo ações sistemáticas e continuada de atenção a básica à saúde, no interior das áreas indígenas, propondo a organização de serviços de atenção para tal população, na forma dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Que refere-se a;

Um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço étnico cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. (BRASIL, 2002. sp)

Sendo assim, de acordo com a portaria Nº 70, de 20 de Janeiro de 2004,

V – Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade;

VI - A estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos - Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade. (BRASIL, 2004. sp)

No Brasil, existem 34 DSEIs, divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. (BRASIL, 2017). (Figura- 1).

De acordo com o ministério da saúde, (2017), os DSEIs, Possuem Polos Base, para o atendimento das populações indígenas. Apresentando uma equipe multidisciplinar, para o melhor atendimento da população. (BRASIL, 2017)

De acordo com a portaria número 479, de 13 de Agosto de 2001, os polos se dividem em dois tipos, que serão implantados de acordo com as especificidades locais;

O Pólo Base Tipo II localiza-se no município de referência. A sua estrutura física é de apoio técnico e administrativo à Equipe Multidisciplinar, não devendo executar atividades de assistência à saúde. Estas atividades assistenciais serão realizadas em um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de referência. As atividades do Polo Base Tipo II são as seguintes; armazenamento de medicamentos, armazenamento de material de deslocamento para outras áreas indígenas, comunicação via rádio, investigação epidemiológica, informações de doenças, elaboração de relatórios de campo e sistema de informação, coleta, análise e sistematização de dados, planejamento das ações das equipes multidisciplinares na área de abrangência, organização do processo de vacinação na área de abrangência e administração.

O Polo Base Tipo I caracteriza-se por sua localização em terras indígenas. Além das atividades previstas para o Posto de Saúde Tipo II, esse tipo de estabelecimento realizará também as seguintes atividades; Capacitação, reciclagem e supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e auxiliares de enfermagem; coleta de material para exame; esterilização, imunizações (quando se tratar de atividades de rotina); coleta e análise sistêmica de dados;

informações de doenças, prevenção de câncer ginecológico (exame/coleta/consulta). (BRASIL, 2001).

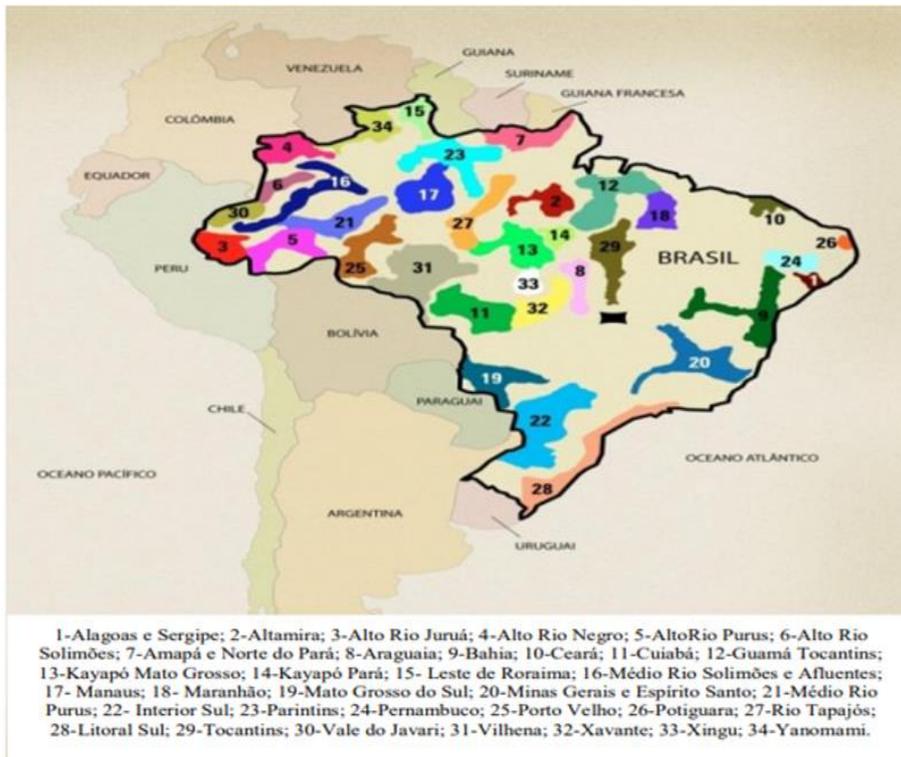


Figura- 1. Fonte: Distrito sanitário indígena.

2.4 Descrição do local: Município Carnaubeira da Penha- Pernambuco.

O município de Carnaubeira da Penha, está situado no estado de Pernambuco, região Nordeste. Figura-2). O contexto histórico de surgimento do distrito da Penha está intimamente ligado ao município de floresta, localizada no interior de Pernambuco a aproximadamente 500 km da capital do estado, Recife (Figura-3). Da Penha era um distrito do município de Floresta, criado pela Lei Municipal nº 02, em 11.04.1896, pelo executivo municipal de Floresta. O status de município se deu através da lei estadual nº 10626, de 01.10.1991, com a lei e o desmembramento de Floresta, da Penha torna-se município, sendo posteriormente denominada de Carnaubeira da Penha. (IBGE, 2011).

A cidade conta com serras em alto relevo, que abrigam as aldeias indígenas. Trata-se de uma cidade pequena, com grande diversidade populacional e cultural, De acordo com o Censo de 2010, a população é composta por 11.782.000 habitante, sendo estimado

que no ano de 2017 esse número chegue a 12.805.000 (IBGE, 2011). AS populações indígenas contabilizam juntas 8.535 pessoas (GRUENWALD, 1998).

A população é composta por pretos, pardos, brancos e indígenas. Sendo a população indígena, dividida em duas etnias, Atikum (População=4.535), e Pankará (População= 4.000 habitantes). (GRUENWALD 1998, Povos indígenas do Brasil).

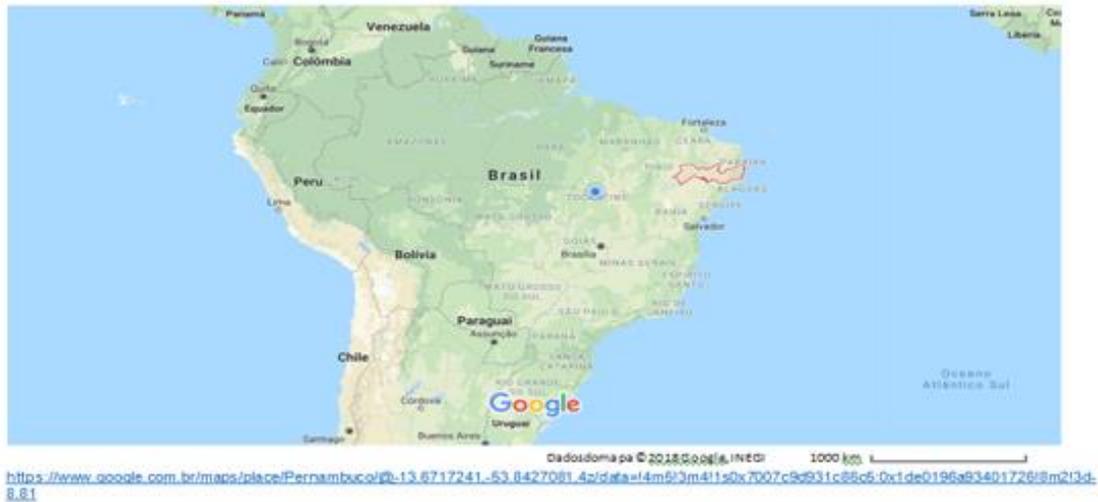


FIGURA-2 Mostra a localização do estado de Pernambuco- Nordeste do País. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Pernambuco/@-13.6717241,-53.8427081,4z/data=!4m5!3m4!1s0x7007c9d931c86c5:0x1de0196a93401726!8m2!3d-8.81>>

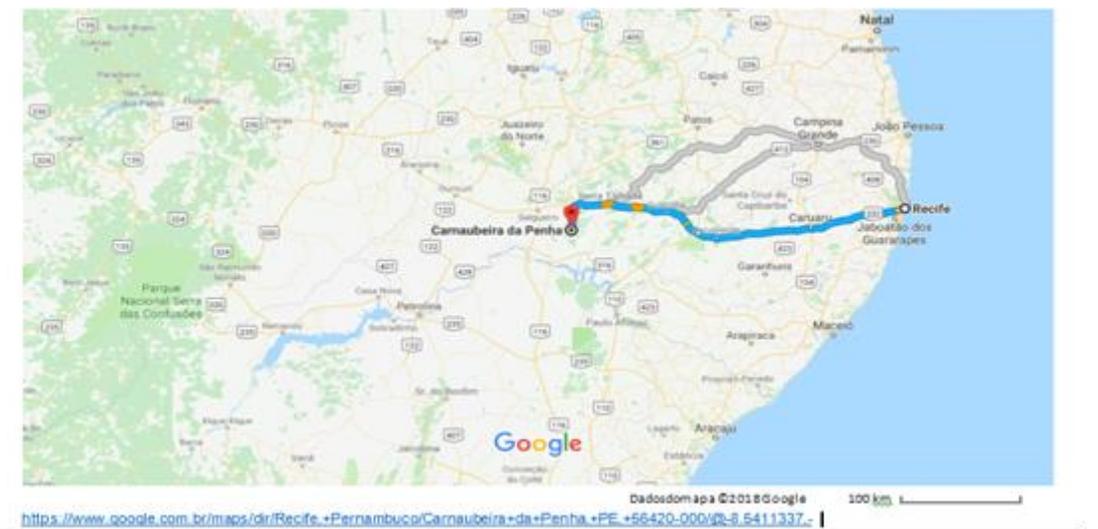


FIGURA-3. De Carnaubeira da Penha à Capital Recife. Disponível em <<https://www.google.com.br/maps/dir/Recife,+Pernambuco/Carnaubeira+da+Penha,+PE,+56420-000/@-8.5411337,->>

2.4.A- Povo Pankará

As informações sobre o povo Pankará são limitadas, e as referências permitem a descrição como segue.

O Povo Pankará, habita o território tradicional, Serra do Arapuá, localizada no município de Carnaubeira da Penha- PE, na mesorregião do São Francisco, pertencendo à uma microrregião denominada de Itaparica. O acesso à Serra do Arapuá se dá pela rodovia federal BR 231, seguida da estadual PE 360 até Floresta, e mais 30 km de terra batida, sendo de difícil acesso.

Segundo Mendonça (2012), a Serra do Arapuá possui atualmente 53 núcleos populacionais denominados pelos indígenas de “aldeias”, Sendo elas e representadas por lideranças, como pajés e caciques. Atualmente conta com Três pajés, sendo eles, Pedro, João Miguel e Manoel Cacheado. E uma Cacique, Dorinha. As lideranças além de representarem e organizarem as localidades, representam seu povo na busca de seus direitos, como conquista de autonomia e reafirmação de identidade étnica

O povo Pankará luta por reconhecimento e demarcação de suas terras desde o ano de 1940, sendo reconhecidos como indígenas apenas no ano de 2003, sofrendo um longo processo para a obtenção de seus direitos. Segundo Mendonça, 2003, essa dificuldade se deu devido aos critérios raciais e culturais, impostos como definidores de identidade, associados aos interesses fundiários da classe dominante nos territórios indígenas.

Está comunidade sofre ainda no sentido de que por não corresponder às representações estereotipadas do índio exótico a identidade étnica dos indígenas situados em outras regiões é sempre questionada pela sociedade, sendo necessária uma reafirmação constante de sua identidade.

Apesar de falantes do português, seu universo linguístico apresenta uma linguagem própria, englobando palavras e metáforas, que constituem uma identidade própria do local.

2.4. B-Povo Atikum:

As informações sobre o povo Atikum são ainda mais limitadas, sendo as únicas encontradas no site, Povos Indígenas do Brasil- PIB, o site tem como colaborador o antropólogo Rodrigo de o Grünwald, que traz as seguintes informações.

O Povo Atikum (Antes chamados Umãs) Habita a Serra do Umã, no município de Carnaubeira da Penha- PE. O acesso se dá pela BR-232, seguido pela PE-425 que dá acesso a Carnaubeira da Penha, seguido por 12 km de estrada de terra batida.

Após muita luta no ano de 1949 os povos indígenas antes denominados Umã, passam a adotar o nome atikum, sendo reconhecidos como um povo com direitos reivindicados, essa conquista foi marcada pela construção de um posto indígena, que permanece até hoje (GRÜNEWALD, 1998).

Embora haja escassez de referências sobre os povos Atikum e Pankará, cabe ressaltar, baseada na minha história pessoal, que para ambos, as tradições são extremamente importantes, e presentes em suas vivências, sendo sempre resgatado o que lhes foi ensinado e deixado como herança cultural. Trata-se de povos com interesse religioso, rico em pessoas que curam, como exemplo os pajés (homens da ciência e de grande sabedoria), benzedeiras, curandeiros, parteiras entre outros. Suas crenças e tradições são o ponto de partida para tudo que realizam em suas vidas, conseqüentemente influenciam seu entendimento sobre saúde e as questões que a cercam.

É importante salientar, que a falta de informações sobre tal população, por um lado demonstra a resistência destes povos em seu reconhecimento pelo estado, e por outro, o pouco interesse institucional em documentar e projetar a história destes grupos.

3 OBJETIVOS:

3.1 Objetivos geral:

- Explorar a implementação das políticas públicas de saúde da atenção básica no município de Carnaubeira da Penha -Pernambuco.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar as políticas públicas de saúde presentes no município de Carnaubeira da Penha -Pernambuco.
- Descrever as políticas públicas de Atenção Básica do município de Carnaubeira da Penha -Pernambuco.
- Descrever o orçamento e o financiamento destinados a atenção à saúde do município.
- Descrever os estabelecimentos de saúde e profissionais presentes no local,

- Identificar os atendimentos ambulatoriais mais realizados no local.
- Verificar as características que cercam o indicador, nascimento, no local.
- Descrever como as ações e serviços de saúde, atendem às especificidades regionais, culturais e étnicas de seus habitantes.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Mapeamento dos serviços de saúde

Durante o mês de agosto de 2018, foi realizado o mapeamento dos serviços públicos de saúde do município de Carnaubeira da penha- PE. O objetivo era de conhecer a rede conforme ela se apresenta na cidade. Esse mapeamento se deu apenas com acessos de informações de domínio e conhecimento público.

4.2 Dados do DATASUS e CNES.

Busquei informações e dados na plataforma DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. Dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a ser métricas utilizadas na construção de Indicadores de Saúde, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde. Sendo também encontradas informações sobre Assistência à Saúde da população, os cadastros (Rede Assistencial) das redes hospitalares e ambulatoriais, o cadastro dos estabelecimentos de saúde, além de informações sobre recursos financeiros e informações Demográficas e Socioeconômicas. (BRASIL,2017b. sp)

A busca de dados no site oficial do DATASUS, se deu no período de setembro a outubro de 2018. Obtendo informações quanto identificação do local, saneamento, rede de assistência, profissionais e equipamentos, financiamento assistencial, assistência ambulatorial, assistência hospitalar, morbidade, nascimento, mortalidade, demografia, imunizações e indicadores de atenção básica. Os dados obtidos foram atualizados pela última vez no ano de 2017.

Para a obtenção dos dados encontrados, acessei o site do DATASUS (<http://datasus.saude.gov.br>), após acessei o link disponível para Cadernos de informação de saúde (<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>), no qual

selecionei a região alvo da pesquisa Nordeste, selecionando o estado Pernambuco e posteriormente o município de Carnaubeira da Penha. Fui redirecionada para o seguinte link (ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/pe/PE_Carnaubeira_da_Penha_Geral.xls), no qual apontavam para planilhas em Excel, onde fiz download para analisar posteriormente.

Dando continuidade foi realizado uma pesquisa referente ao número de estabelecimentos de saúde, que estão disponíveis no município, foi utilizado a plataforma CNES, sendo os dados encontrados mais recentes, atualizados em setembro de 2018.

Para acessar os dados referentes aos estabelecimentos de saúde presentes no local, acessei o site do DATA- SUS (<http://datasus.saude.gov.br>), onde acessei o link referente ao CNES- Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. (<http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>) cliquei em consulta, depois em estabelecimento, e por fim em identificação, sendo redirecionada para uma página, colocando os seguintes descritores Estado, Pernambuco; Gestão; dupla- municipal e estadual; Município, Carnaubeira da Penha; Natureza jurídica, administração pública.

Segundo o ministério da saúde, o CNES- Disponibiliza informações de infraestrutura, tipo de atendimento prestado, serviços especializados, leitos e profissionais de saúde existentes nos estabelecimentos de saúde o conhecimento da realidade da rede assistencial existente, sua potencialidade e capacidade instalada, visando auxiliar no planejamento em saúde, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população. O CNES foi criado em 1999 através da PT-SAS 376. O MS/SAS instituiu as fichas de cadastro de estabelecimento e colocou em consulta pública. (BRASIL, 2018)

5 RESULTADOS

5.1 Estabelecimentos e equipe de saúde.

O município de Carnaubeira da Penha- PE, no ano de 2016 apresentou um total de 12 estabelecimentos de saúde, dos quais 6 são específicos para o atendimento das populações indígenas presentes no local. Os outros 6 serviços estão disponíveis para o atendimento da população geral. (Tabela-1).

No que se refere ao atendimento da população indígena, os estabelecimentos oferecem atendimento no nível da atenção básica, sendo 6 classificados como Polo base- I e dois como Polo base- II. Desses serviços, 4 se encontram dispostos nas aldeias indígenas, e 2 no município. No atendimento da população geral, o município conta com 1 unidade mista, 3 no nível da atenção básica UBS, 1 unidade odontológica móvel, e 1 unidade de vigilância em saúde.

Tabela 1. Número de serviços.

Posto de saúde	2
Centro de saúde/ Unidade básica de saúde	1
Unidade mista	1
Unidade de atenção à saúde indígena	6
Unidade móvel terrestre	1
Secretaria de saúde	1
Total	12

Fonte: Aatoria própria.

Carnaubeira da penha, no ano de 2016, contabilizou um total de 11 leitos, sendo 4 obstétricos, 4 clínicos, 2 pediátricos e 1 cirúrgico, é importante ressaltar que os leitos são unicamente oferecidos pelo SUS, não havendo serviços filantrópico, privados ou de outra natureza. Nestes 12 serviços trabalham um total de 72 profissionais, conforme abaixo, (Tabela-2). Porém não foram encontrados dados referentes a divisão das equipes por estabelecimentos.

Tabela 2. Recursos humanos.

**Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas
Dez/2016**

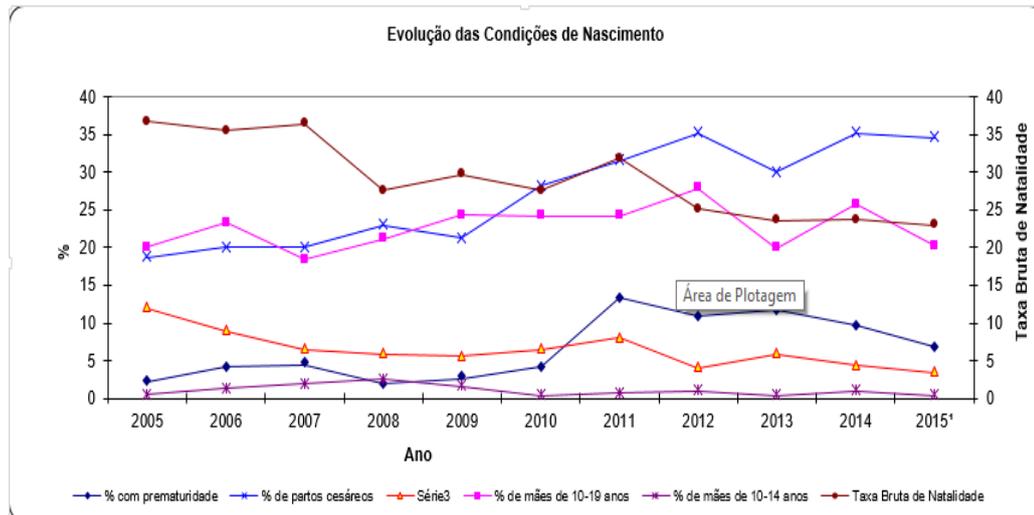
Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/ 1.000 hab	Prof SUS/ 1.000 hab
Médicos	10	10	-	0,8	0,8
....Anestesista	-	-	-	-	-
....Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
....Clínico Geral	7	7	-	0,6	0,6
....Gineco Obstetra	-	-	-	-	-
....Médico da Família	2	2	-	0,2	0,2
....Pediatra	-	-	-	-	-
....Psiquiatra	-	-	-	-	-
....Radiologista	1	1	-	0,1	0,1
Cirurgião dentista	5	5	-	0,4	0,4
Enfermeiro	14	14	-	1,1	1,1
Fisioterapeuta	1	1	-	0,1	0,1
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	1	1	-	0,1	0,1
Farmacêutico	2	2	-	0,2	0,2
Assistente Social	-	-	-	-	-
Psicólogo	-	-	-	-	-
Auxiliar de Enfermagem	10	10	-	0,8	0,8
Técnico de Enfermagem	29	29	-	2,3	2,3
Total de Profissionais	72	72	-	5,8	5,8

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional.

5.2 Nascimento

No que se refere ao número de nascimentos que ocorreram no município, foi observado que no ano de 2009 nasceram 370 bebês, já no ano de 2015 esse número caiu para 290, uma diminuição significativa de 80 nascimentos. Observou-se ainda que nos anos de 2009 a 2015 ocorreu um aumento no número de partos cesáreos, em 2009 contabilizavam 21,9% dos partos realizados, em 2015 ocorreu um total de 34,5 %. Esse aumento pode ser verificado a seguir. (Gráfico-1).

Gráfico-1. Nascimentos.



Fonte: SINASC, 2017.

5.3 Procedimentos Ambulatoriais.

Dos atendimentos ambulatoriais que foram realizados no ano de 2016, 42,2% dos procedimentos foram destinados a ações de prevenção e promoção de saúde, 8,2% foram empregados em procedimentos com finalidade diagnóstica, 45,6% foram destinados a procedimentos clínicos, o restante 2,3 % foram destinados a procedimentos cirúrgicos, o que restou contabiliza 1,7% que foi destinado a compra de materiais especiais e ações complementares. (Tabela-3). Observasse que a maior parte dos investimentos foram empregados em procedimentos clínicos, em sua maioria, consultas, atendimentos e acompanhamentos. Não houveram gastos referentes a compra de medicamentos.

Tabela-3 Valores atendimentos ambulatoriais.

Quantidade e valor aprovados e apresentados dos procedimentos ambulatorial por município de atendimento, segundo grupo e subgrupo de procedimentos

Grupo de procedimentos	2009											
	Qtd.Aprovada		Valor Aprovado		Qtd.Apresentada		Valor Apresentado		Qtd. Glosada		Valor Glosado	
	Nº	%	R\$	%	Nº	%	R\$	%	Nº	%	R\$	%
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	58.276	42,2			58.276	32,3						
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	11.426	8,3	22.341	37	38.925	21,6	91.818	38,5	27.499	65,4	69.477,11	39
03 Procedimentos clínicos	62.977	45,6	9.582	15,9	64+542	35,8	26.860	11	1.615	4	17.276,54	10
04 Procedimentos cirúrgicos	3.203	2,3			3.203	1,8						
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células												
06 Medicamentos												
07 Órteses, próteses e materiais especiais	105	0,1	15.750,00	26,1	105	0,1	15.750,00	6,6				
08 Ações complementares da atenção à saúde	2.168	1,6	12.762	21	15.114	8,4	103.881	43,6	12.946	30,8	91.208,70	51
Total	138.105	100	60.346,03	100	180.165	100	238.308,38	100	42.060	100	177.962,35	100

Fonte: SIA/SUS. Situação da base de dados nacional em 2017.

5.2 Financiamento:

Os valores destinados ao município no ano de 2016, no que se refere aos valores aprovados de internações, atendimentos ambulatoriais, por nível de complexidade, foi de 138.105,00 dos quais a maior parte desse valor, 112.217,00 foi para a atenção básica, sendo o restante destinado a média e alta complexidade 8.747,00 e os outros 14.868,00 destinados a Vigilância sanitária. (Tabela-4).

Tabela-4

Valores repassados internações e atendimentos.

Valor aprovado de internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais por complexidade, segundo tipo de financiamento
2016

Financiamento	Atenção Básica	Média complexidade	Alta complexidade	Não se aplica	Total
01 Atenção Básica (PAB)	112.217,00	-	-	-	112.217,00
02 Assistência Farmacêutica	-	-	-	-	-
04 Fundo de Ações Estratégicas e Compensações FAE	-	-	-	-	-
05 Incentivo - MAC	-	-	-	-	-
06 Média e Alta Complexidade (MAC)	-	8.747,00	-	2.273,00	11.020,00
07 Vigilância em Saúde	-	-	-	14.868,00	14.868,00
Total	112.217,00	8.747,00	-	17.141,00	138.105,00

Fonte: SIA/SUS. Situação da base de dados nacional em 2017

5.5 Orçamento público:

Os gastos totais com saúde no município de Carnaubeira da Penha, variou ao longo dos anos, como pode ser observado (Tabela- 5). No ano de 2015 apresentava um orçamento de 4.736.151,68 caindo para 4.282.929,02 no ano de 2016. Observou-se que essa diminuição foi acentuada pelo indicador despesa com investimentos/ despesa total, que apresenta 13,4% no ano de 2015, e caiu para 4,2%, ou seja caiu um total de 9,2%.

Tabela-5 Valores repassados totais.

Dados e Indicadores	2015	2016
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	375,80	337,08
Despesa com recursos próprios por habitante	185,34	219,90
Transferências SUS por habitante	144,91	192,03
% despesa com pessoal/despesa total	61,6	66,1
% despesa com investimentos/despesa total	13,4	4,2
% transferências SUS/despesa total com saúde	38,6	57,0
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	17,3	17,7
% despesa com serv. terceiros/despesa total	4,9	5,7
Despesa total com saúde	4.736.151,68	4.282.929,02
Despesa com recursos próprios	2.335.862,21	2.793.988,65
Receita de impostos e transferências constitucionais leg	13.489.574,86	15.802.265,84
Transferências SUS	1.826.355,40	2.439.991,11
Despesa com pessoal	2.915.590,66	2.829.817,00

Fonte: SIOPS. Situação da base de dados nacional. /2017

6 DISCUSSÃO

Estabelecimentos e equipe de saúde.

No município de Carnaubeira da Penha estão disponíveis 12 estabelecimentos de saúde, dos quais 9 funcionam no nível de atenção básica, desses, 6 prestam atendimento exclusivo para as populações indígenas, restando 3 para população geral.

A Atenção Básica ou atenção Primária à Saúde, é uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (PERNAMBUCO, 2016).

O plano estadual de saúde do estado de Pernambuco (2016), traz informações acerca da eficácia de tal modelo de atenção à saúde no estado, que apresentou melhora significativa no número de internações e outros agravos a saúde dos indivíduos, no ano de 2014, no entanto ressalta que nem todos os municípios recebem a cobertura adequada, como no caso do município de Carnaubeira da Penha, que faz parte de uma das regiões de saúde que contabilizaram uma das menores coberturas da atenção básica no estado, o que pode levar ao aumento de agravos a saúde que poderiam ser evitados neste nível de atenção. Nota-se que apesar das ações e serviços referentes a atenção básica apresentarem níveis baixos, apresentam melhor cobertura quando comparada aos outros níveis de complexidade.

Nos municípios do estado de Pernambuco, foi observado que até 2014, houve um aumento em alguns serviços de saúde, porém o número de profissionais da área da saúde diminuíram, apontando uma necessidade de reposição e ampliação do quadro de profissionais, podendo essa diminuição ter se dado, pelo aumento no número de aposentadorias, ou falta de processos seletivos no estado. (PERNAMBUCO, 2016)

O quantitativo de médicos existentes também não supre as demandas da população, nesses municípios, identifica-se redução da carga horária de trabalho pelos médicos associada à alta rotatividade das equipes, comprometendo significativamente a

prestação dos cuidados e a qualidade da assistência na atenção primária (PINTO, et al 2014). De acordo com Bodstein (2002), a estruturação da rede de atendimento básico vem sendo um enorme desafio para a maioria dos municípios do país. Dessa forma, a tarefa de coordenar em nível local o incremento da atenção básica com as demandas por média e alta complexidade e os princípios da integralidade do atendimento parece ainda mais complexa, mostrando a importância das diversas propostas em curso de regionalização e de criação de consórcios intermunicipais. A integralidade da atenção como princípio do SUS é inquestionável porém, sem o fortalecimento da rede básica de serviços e mudança do modelo assistencial, sua implementação e resultados tornam-se incertos.

Orçamento e financiamento.

A Constituição federal de 1988 assegura saúde como um direito de cidadania, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que promovam a redução dos riscos a doenças e agravos, o acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Para tanto, o financiamento dessas políticas está previsto no Artigo 198, no qual define se recursos oriundos do orçamento da seguridade social, nas três esferas governamentais, estados, do Distrito Federal e dos municípios. (BRASIL, 1988).

Acerca do orçamento público, é notável o declínio, que pode ser evidenciada no quesito: despesa com investimento/ despesa total. Isso significa que as despesas com saúde que são realizadas fora do município apresentaram uma drástica queda, o número caiu de 13,4% para 4,2%, esse quesito apresenta-se como o referente aos procedimentos terceirizados que não estão disponíveis na rede pública do município

Os gastos totais com saúde no município de Carnaubeira da Penha, variou ao longo dos anos, como pode ser observado (Tabela- 5). No ano de 2015 apresentava um orçamento de 4.736.151,68 caindo para 4.282.929,02 no ano de 2016.

Nos três níveis de gestão, o valor utilizado pelo governo é de R\$3,48 ao dia em despesas com saúde, durante uma pesquisa o CFM apresenta que os valores gastos com saúde estão abaixo do que se espera. A diminuição do investimento interfere diretamente na cobertura e na qualidade dos serviços prestados, que podem gerar impactos negativos na saúde da população.

Percebe-se que a maioria do que é investido no município é destinado para as ações da atenção básica, já que por ser um município pequeno não tem suporte para abrigar outros tipos de estabelecimentos, tendo como principal forma de atendimento os serviços prestados pela atenção básica, sendo assim o município necessita buscar atendimento especializado e de outros níveis de complexidade na sua região de saúde, acarretando muitas vezes na dificuldade no acesso a esses locais, já que essas regiões estão geograficamente distantes.

No caso das populações indígenas a situação é ainda pior, pois encontram-se em áreas de ainda mais difícil acesso, não dispondo de recursos, sendo importante ressaltar, que nas regiões de saúde que existirem populações indígenas, deverão ser criadas condições para a prestação de assistência. Não foram identificadas nos dados analisados, informações referentes a essas ações de regionalização, além das que se referem a os pólos base.

Na dimensão geográfica fica evidenciado que a questão do transporte em saúde é considerada, como uma barreira, decorrente da localização de moradia, que estão localizadas em áreas rurais, impedindo o acesso dos serviços em saúde. (GOMES E ESPERIDIÃO, 2017).

Natalidade

De acordo com o plano estadual de saúde do estado de Pernambuco (2016), no que se refere ao acompanhamento das características da natalidade tem importância no dimensionamento das principais demandas no setor saúde, analisar as características dos que fazem parte desse indicador, permite compreender como estão as condições e prestações de atendimento à saúde das mulheres e sobrevivência da criança, podendo identificar desigualdades e desafios a serem superados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que apenas 15% do total de partos correspondam ao parto cesáreo, devendo acontecer em casos específicos, já que tal procedimento traz maiores riscos do que o parto normal, que é o mais seguro, devendo assim serem dispostos recursos para que ele aconteça, bem como seja estimulado, como

por exemplo prestar informações as gestantes, ou até mesmo ao financiamento de ações que propiciem a realização do parto normal.

Essas questões poderiam ser trabalhadas na prestação de informação as gestantes no âmbito das ações de prevenção e promoção a saúde, a serem realizadas pela atenção básica, se a população está informada consequentemente terá subsídios para uma melhor tomada de decisões.

A decisão do tipo de parto no Brasil tem se revelado como um processo multifatorial resultante da interação de variáveis como acesso aos serviços de saúde e tecnologia médica, situação socioeconômica e fatores culturais, tipo de financiamento, e aconselhamento durante a gestação (DIAS, et al, 2008)

Atendimentos ambulatoriais:

Foi observado que a maioria dos procedimentos ambulatoriais foram destinados a consultas e atendimentos, o segundo maior número de procedimentos são destinados a campanhas de prevenção e promoção a saúde. O restante foi destinado a outros tipos de atendimentos. Foi observado que não houve nenhuma quantidade aprovada para os itens, medicamentos e transplantes de órgãos e tecidos.

No que se refere a quantidade de transplantes de órgãos e tecidos, entende-se que esse tipo de procedimento não pode ser realizado no local, já que faz parte de um nível de complexidade, que é oferecido por uma das regiões de saúde.

No entanto, existe uma política nacional que prevê a disponibilidade de medicamentos a população. A Política Nacional de Medicamentos, Portaria Nº 3.916, DE 30 de Outubro de 1998, foi instituída como o objetivo de garantir o acesso gratuito aos medicamentos no SUS. O seu propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. (BRASIL,1998)

7 CONCLUSÃO

O SUS é a estrutura organizacional sistêmica que dá suporte a efetivação da política de saúde no Brasil, abarcando um conjunto de ações e disponibilização de serviços de saúde, coordenando ações de prevenção, promoção e de recuperação a saúde de todos os cidadãos.

Diante dos dados analisados neste trabalho, foi possível identificar que o município de Carnaubeira da Penha, não dispõem de todos os serviços e/ou ações a saúde que devem ser oferecidos às populações, tendo que buscar maior parte dos serviços na rede de atenção que integram os municípios vizinhos. Populações mais vulneráveis necessitam dessa forma de articulação entre municípios, para que possa ser promovido um dos princípios básicos do Sus, a equidade.

Constatou-se que a organização e estruturação do sistema único de Saúde, através da descentralização, necessita de algumas adequações e uma execução mais eficiente e de qualidade.

Os dados disponíveis na base de dados DATASUS, não permitiu uma análise clara de determinantes de saúde, como por exemplo, determinantes étnicos raciais, bem como os mesmo tem afetado, ou sido afetado pelos serviços e ações da saúde. Aspectos como, relações raciais, relações entre gerações, pobreza entre outros, são aspectos que permitem compreender os comportamentos e práticas que se relacionam a o adoecimento dos indivíduos, e a partir dessa compreensão traçar estratégias que visem diminuir ou erradicar a vulnerabilidades.

A realização deste trabalho, possibilitou trazer à tona, questões de saúde que cercam o município de Carnaubeira da Penha, que trata-se de um pequeno município, do qual não se encontram produções acadêmicas realizadas. É importante dar visibilidade ao local, para que mudanças possam ocorrer. Para tanto esse trabalho apresenta-se como algo pequeno, o qual não é capaz de conseguir grandes mudanças, porém pode ser considerado um ponto de partida para tal, se caracterizando como algo que pode ampliar meus horizontes como futura profissional da área da saúde.

8 REFERÊNCIAS

ALVARES, A.; **Entendendo o SUS**. Cartilha, Ministério da Saúde. Governo Federal. 2006.

BRASIL. **Decreto Número 7.598**. De 28 De Junho de 2011.Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.Brasília, 190o da Independência e 123o da República. 28 de junho de 2011.

_____. **Lei complementar n. 141**, de 13 de Janeiro de 2012. Brasília, 13 de janeiro 2012; 191o da Independência e 124o da República. Disponível em (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acessado em 19.05.2018

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). 1990. Acessado em 29.04.2018.

_____. BRASIL. **Portaria Nº 2.488**, de 21 de Outubro de 2011, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acessado em 22.09.2018.

_____. Portaria Nº 3.916, DE 30 DE OUTUBRO DE 1998, Política Nacional De Medicamentos. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html > acessado em 13.11.2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em < http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete_-do_-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. 2017.

_____. **Portaria de Consolidação Nº 2**, de 28 de Setembro de 2017b. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acessado em 23.10.2018.

/

_____. Departamento de informática SUS. Disponível <<http://datasus.saude.gov.br/>> 2017b. Acessado em 12.09.2018.

_____. **Portaria Nº 70/GM** Em 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_70_2004.pdf Acessado em 10.11.2018.

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde- CNES. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes_BRASIL_2018> Acessado em 23.10.2018.

_____. Ministério da saúde Fundação Nacional da Saúde – **FUNASA. PROJETO DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DE DOENÇAS (VIGISUS III) PLANO DOS POVOS INDÍGENAS (IPP) Política Operacional do Banco Mundial 4.10.** 2010.

_____. Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. Fundação Nacional de Saúde.2017. Disponível em < <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>>. Acessado em 22.10.2018.

_____. Portaria número 479, de 13 de Agosto de 2001. Estabelece as diretrizes para elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde, de abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário, em áreas indígenas. Disponível em < http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/portaria_479_2001.pdf> Acessado em 19.11.2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Levantamento inédito do CFM revela gasto per capita da União, Estados e Municípios com ações e serviços de saúde ao longo da última década, 2018.

BRITO, G. F.; ALMEIDA, A.; CHOI, V. P. Manual de normalização de trabalhos acadêmicos: De acordo com as normas da ABNT (rev.). **Recuperado de <http://biblioteca.fecap.br/wp-content/uploads/2015/11/Manual-ABNT-20151.pdf>**, 2014.

BODSTEIN, Regina. Primary care in the agenda of public health sector in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

DIAS, M. A. B. et al. **Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 1521-1534, 2008.

GOMES, S. C; ESPERIDIÃO, M. A. **Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00132215, 2017.

GRUNEWALD, R. A. **Toré e Jurema: emblemas indígenas no Nordeste do Brasil.** *Ciência e Cultura*, v. 60, n. 4, p. 43-45, 2008.

_____. R. A. Povos indígenas no Brasil. Atikum. Disponível em <<https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Atikum>> 1998. Acessado em 12.11.2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: resultados preliminares - Caraubeira da Penha- PE. 2011** (v. 4.3.7.1). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Consultado em 18 de Abril de 2018.

MARTINS, A. I. **“Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.** Fundação Oswaldo Cruz. 2013.

MESQUITA, M. S. de. **Influência do percentual aplicado na saúde e do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal sobre o desempenho do SUS.** 2014.

MENDONÇA, C, F. L. **“Os índios da Serra do Arapuá”: identidade, território e conflito no sertão de Pernambuco.** 2002.

_____, C. L. Nossa Serra, nossa terra: identidade e território tradicional Atikum e Pankará. Serra Umã e Arapuá. Conselho de Professores Indígenas Atikum e Organização da Educação Escolar Pankará-COPIPE, p. 75-76, 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria De Saúde Do Estado De Pernambuco. Plano diretor de regionalização. Pernambuco. 2011.

PERNAMBUCO, Plano estadual de saúde: 2016-2019 / Secretaria Estadual de Saúde; equipe de elaboração Ana Claudia Callou. [et al.]; apresentação José Iran Costa Júnior. – Recife: A Secretaria, 2016. 338p.

PINTO, H. A.; SOUZA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38 (esp.), p. 358-372, 2014.

RODRIGUES, M. M. A. Políticas Públicas. Publifolha, 1. edi. São Paulo. 2010. REIS, D. O; ARAÚJO, E. C. de; CECÍLIO, L. C. O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. UNA-SUS UNIFESP [Internet], p. 1-47, 2012.

SILVA, E. M. et al. **Projeto vidas paralelas indígena: revelando o povo ATIKUM de Pernambuco, Brasil**. 2012.

SOALHA, R. K. de T. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. 1. ed. São Paulo. 2014.

SOUZA, R. R; O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Secretário de Assistência à Saúde Ministério da Saúde – Brasil. Editora MS. Brasil, 2002.