



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS

COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

A POLÍTICA DE SAÚDE: DILEMAS E DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO
SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX.

CACHOEIRA-BAHIA

2016

ANGELA SILVA DOS SANTOS

A POLÍTICA DE SAÚDE: DILEMAS E DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO
SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,
como requisito para obtenção do diploma, para o
grau de Bacharel em Serviço Social. Orientada
por Prof^a. Dr^a. Heleni Duarte Dantas de Ávila.

CACHOEIRA-BAHIA

2016

ANGELA SILVA DOS SANTOS

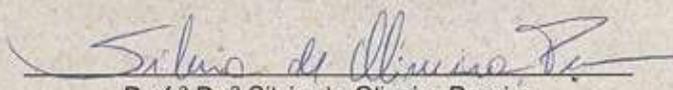
A POLÍTICA DE SAÚDE: DILEMAS E DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO
SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX.

Cachoeira – BA, aprovada em 25/02/2016.

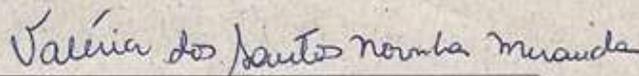
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Orientadora – UFRB)



Prof.^a Dr.^a Sílvia de Oliveira Pereira
(Membro Interno – UFRB)



Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Membro Externo – UFBA)

AGRADECIMENTOS

Agradecer é a melhor maneira de reconhecer a importância de cada um durante um longo caminho trilhado, é saber reconhecer que sozinho não é possível chegar a lugar algum, é acreditar que existem pessoas ao nosso lado. Incentivando-nos, vibrando a cada objetivo alcançado, responsáveis por nos encorajar quando pensamos em desistir, é enxugar as nossas lágrimas a cada sofrimento, é andar juntos, uns com os outros.

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por iluminar meus caminhos, abençoando minha vida diante de cada decisão que precisei tomar. E por sempre mostrar que toda vez que algo aconteceu em minha vida, tudo estava em seu propósito.

A minha mãe Cecília (In memorian) e ao meu pai Angelito (In memorian), pela educação familiar e pelos ensinamentos que carrego comigo até hoje, que foram cruciais para minha formação de caráter. Sei que não estão comigo neste momento, e é muito dolorido saber que as pessoas responsáveis por tudo que sou hoje não estarão aqui para me prestigiar neste momento único. Mas Deus sabe todas as coisas, e Ele sempre está ao meu lado e tem demonstrado isso, colocando pessoas maravilhosas em meu caminho.

Aos meus familiares que sempre acreditaram na minha força e persistência, em especial minhas irmãs Geovana, Angelita, Gislaine, Rosirubia, meus irmãos Gabriel (In memórian), por fazer parte da minha infância e me proporcionar momentos de alegria e Cláudio, único irmão por parte de mãe. Meus sobrinhos Marcos, Jaqueline e Florisvaldo, minhas tias Nenzinha, Helena e Landa, meu tio Antístenes (In memorian), minha segunda mãe e amiga Dezilene, meus irmãos de consideração Lainedeise e Wesley.

Ao meu namorado Gilson Junior, por sempre me incentivar e dividir as madrugadas comigo estudando, embora traçando caminhos e estudos diferentes, ele nos caminhos da História, e o meu no Serviço Social, porém com semelhantes objetivos.

Aos meus amigos pelas palavras de conforto durante toda jornada. Em especial, Adriana, Áurea Clara, Michele, Adriane, Marllucy, Vera, Vivian, Michele, Maillane, Luciano, Edvaldo.

Aos meus professores do ensino médio, em especial Conrado e Elba, que muito contribuíram para meu ingresso na Universidade.

Aos meus colegas, com os quais dividi quatro anos da minha vida. Em especial, a Mary Gene pelas palavras de conforto em momentos difíceis na minha vida.

Aos meus antigos colegas de trabalho, que me incentivaram durante todo o tempo, no qual precisava decidir entre a Universidade e o trabalho.

A minha orientadora Heleni Duarte Dantas de Ávila, pela paciência, carinho e atenção, nas horas de orientações.

Aos meus mestres, pelos ensinamentos que foram fundamentais para alcançar minha graduação. Em especial Valeria Noronha, com a qual tive o prazer de conviver de perto durante minha participação no grupo de pesquisa, que foi fundamental para minha aproximação com meu tema de pesquisa.

A Sílvia Pereira pelas sugestões durante a pré-banca, que foram cruciais para finalizar minha pesquisa.

A minha sobrinha (filha) Gabrielle, que é meu amor e minha alegria de viver.

Aos meus afilhados, Kaylla, David Braian, Anabela e Rafaela, as crianças da minha vida, meus amores.

Aos meus vizinhos, aqueles que sempre disseram palavras que serviram de incentivos.

A equipe técnica da Unidade Básica de Saúde da Família Dona Vivi, pela atenção e paciência.

Aos funcionários da UFRB, pela disposição em ajudar, durante todo período da graduação.

A equipe técnica do CRAS, com os quais passei pouco tempo, porém o bastante para compreender como ocorre a organização da Assistência. Em especial, a minha supervisora de estágio, Karina Madureira pela compreensão e companheirismo.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente muito contribuíram nesse processo de mediação entre a minha vida pessoal e a profissional.

A todos, o meu muito obrigado!

**Dedico este trabalho aos milhares de brasileiros que necessitam do SUS
para sobreviver.**

**“Posso todas as coisas em Cristo que me fortalece”
Felipenses 4:13 (Bíblia)**

RESUMO

O presente trabalho monográfico analisa a política de saúde, especificamente, quais os dilemas e desafios no processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de São Félix-Bahia, através do estudo da Unidade de Saúde da Família Dona Vivi, compreendendo a atenção primária como a porta de entrada para o SUS. Realizando uma análise sobre o percurso da política de saúde no Brasil, ressaltando o contexto histórico, e a importância dos movimentos sociais, como o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, para a reorganização do modelo assistencial de atenção à saúde, até a construção do Sistema único de Saúde. Salientando a importância da Atenção Básica como principal eixo para estruturar o SUS como um novo modelo de atenção à saúde com centralidade na família. Uma atenção básica acolhedora, que avança na perspectiva do cuidado, buscando romper com o antigo modelo assistencial hospitalocêntrico, no qual o médico era o centro. E reforçando também a importância de um modelo de atenção à saúde que esteja pautado nos princípios organizativos e doutrinários do SUS, para que todos tenham acesso à política de saúde, como preconiza a Constituição Federal de 1988, assegurando à integralidade do atendimento à população. Em relação à metodologia utilizada para efetivação deste estudo, a mesma foi dividida em três etapas. No primeiro momento foi realizado o levantamento bibliográfico e documental, em seguida entrevista narrativa com a equipe técnica da USF Dona Vivi e na última etapa, a análise e apresentação dos resultados obtidos na pesquisa.

Palavras chaves: Integralidade, modelo de atenção, Política de Saúde, Atenção Primária, Sistema de Saúde/SUS.

ABSTRACT

The present paper analyses the health policy, specifically what the dilemmas and challenges in the process of implementation of the Unified Health System (SUS) in São Félix, Bahia, through the study of the Family Health of the Unit Dona Vivi, understanding primary care, as the gateway to the SUS. Performing an analysis of the course of health policy in Brazil, highlighting the historical context, and the importance of social movements such as the Movement of the Brazilian Health Reform, for the reorganization of the care model of health care, until the construction of the Unique System Health. Emphasizing the importance of Basic Attention as the main axis to structure the SUS, as a new health care model with centrality in the family. A cozy basic attention, which advances in the caring perspective, seeking to break with the old hospital-centered care shape, where the doctor was the center, and also stressing the importance of a health care form that is guided on an organizational and doctrinal principles of the SUS so that everyone has access to health policy, as recommended by the Federal Constitution of the year 1988, ensuring the completeness of services to the population. Regarding the methodology used for research, it is divided into three stages. At first, we performed the bibliographic and documentary then narrative interviews with the technical team of USF Dona Vivi, in the last step, the analysis and presentation of results obtained in the research.

Key words: Completeness, care model, Health Policy, Primary Care, Health System / SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS- Ações Integradas de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

CAP- Caixa de aposentadorias e Pensões

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

CIT- Comissão de Intergestora Tripartite

CNS- Cartão Nacional de Saúde

DNSP- Departamento Nacional de Saúde Pública

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF- Estratégia Saúde da Família

FSESP- Fundação de Serviços Especial de Saúde Pública

IAPS- Instituto de Aposentadorias e Pensões

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IFMD- Índice Frijan de Desenvolvimento Municipal

MRSB- Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB- Norma Operacional Básica

OMS- Organização Mundial de Saúde

PACS- Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAIS- Programa de Ações Integradas de Saúde

PMS – Plano Municipal de Saúde

PSF- Programa Saúde da Família

RSB- Reforma Sanitária Brasileira

SESP- Serviço Especial de Saúde Pública

SINPS- Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

USF- Unidade Saúde da Família

RAS-Rede de Assistência a saúde

TSB- Técnica de Saúde Bucal

LISTA DE FIGURAS

Figura 01- Localização do Município de São Félix-Bahia.

Figura 02: Organograma da Secretária Municipal de Saúde de São Félix.

Figura 03: Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal.

Figura 04: Ranking do Município de São Félix na área da Saúde.

Figura 05: Sexo dos entrevistados da USF Dona Vivi.

Figura 06: Naturalidade dos entrevistados da USF Dona Vivi.

Figura 07: Representação do nível de escolaridade dos entrevistados.

Figura 08: Etnia dos entrevistados da USF Dona Vivi.

Figura 09: Profissões dos entrevistados da USF Dona Vivi.

Figura 10: Vínculo empregatício da equipe técnica da USF Dona Vivi.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: objetivos do ESF.

Tabela 02: Principais atividades desenvolvidas pela ESF.

Tabela 03: Programas da Atenção Primária executados pela ESF.

Tabela 04: Recursos recebidos pelo Município de São Félix-Ba em 2015.

Tabela 05: Detalhamento do investimento mensal na saúde do município em 2015.

Tabela 06: Detalhamento mensal dos investimentos na saúde em São Félix em 2015.

Tabela 07: Estimativa da população residente.

Tabela 08: Estimativa da população por faixa etária e sexo.

LISTA DE QUADRO

Quadro 01- Utilização de mecanismo que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

Quadro 02 - Utilização de mecanismo que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

Quadro 03- Indicadores do rol de diretrizes, objetivos, metas, e indicadores municipais.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
1 A CONSTRUÇÃO DO SUS.....	20
1.1 ANTECEDENTES DO SUS.....	26
1.2 PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZATIVOS DO SUS.....	32
1.3 MODELOS DE ATENÇÃO A SAÚDE NO SUS.....	38
2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO POLÍTICA DA REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	42
2.1 SAÚDE DA FAMÍLIA- ORIGEM E EVOLUÇÃO.....	46
2.2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA NO SISTEMA DE SAÚDE.....	50
2.3 A ESFERA MUNICIPAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA	53
3 SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX.....	58
3.1 O LÓCUS DA PESQUISA-CARACTERIZANDO O MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX....	60
3.2 A SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX.....	64
3.3 PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS E EQUIPE TÉCNICA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE – DONA VIVI.....	68
3.3.1 Processo de trabalho na USF Dona Vivi.....	71
3.3.2 Ações e serviços desenvolvidos pela unidade na busca pela promoção, prevenção e recuperação da saúde.....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
Referências.....	84
Apêndices.....	87
ANEXOS.....	97

INTRODUÇÃO

Antes de adentrar nas discussões sobre a política de saúde, é necessário definir o que são políticas públicas e sociais, contribuindo assim para uma melhor compreensão acerca do assunto. Em linhas gerais, pode-se afirmar que políticas públicas são conjuntos de programas, metas e planos que nem sempre são de interesses públicos, mas que é conveniente ao Estado, sendo ele o responsável pela inserção das mesmas nas agendas de governo ¹. A política pública é de responsabilidade exclusivamente do Estado. Sobre Estado, Marx ²1972, afirma: “não é mais do que a forma de organização que os burgueses criam para si [...] com a finalidade de garantir reciprocamente suas propriedades e seus interesses” (MARX, 1972, p.76 apud OLIVEIRA; BERGUE).

Nessa perspectiva, políticas sociais são ações que buscam atender interesses públicos da sociedade, porém a mesma pode envolver Estado e instituições privadas. Podemos dizer que as políticas sociais, surgem para resolver problemas estruturais inerentes ao Estado capitalista. Nessa perspectiva se faz necessário situar a política de saúde enquanto uma política social, devido à mesma ser determinada social, política e historicamente.

Conforme posto na Constituição Federal (BRASIL, 2000), a saúde é um direito de todos e dever do Estado, porém a mesma não possuiu clareza no momento que regulamenta as instituições privadas na participação. Mesmo que em caráter complementar na atuação da política de saúde, deixando assim uma lacuna nesta. Entretanto, tal lacuna existente na Constituição instituí-se justamente devido à mesma pertencer a um Estado literalmente capitalista, que contribui para o processo de mercadorização da saúde. Quando o Estado não possui estrutura para a garantia dos serviços de saúde, este pode ofertar esses serviços através da compra dos mesmos nas instituições privadas. Neste sentido, apesar das contradições existentes na Constituição Federal, podemos compreender a política de saúde como uma política social. Fleury e Ourveney (2008), afirmam que:

Ao considerar a política de saúde como uma política, uma das conseqüências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes a condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir da sua inserção como cidadãos (FLEURY; OUVENEY 2008 apud ÁVILA 2013, p. 24-25).

¹Agendas de governo referem-se às demandas sociais que o governo decide ou não contemplar através da criação de políticas públicas ou sociais, que buscam a solução ou paliativo de um determinado problema social. A formação da agenda do governo envolve problemas, soluções que devem estar inseridos em uma dinâmica política.

² Marx traz à concepção de estado em seu livro ‘A ideologia Alemã’ edição 1976, p. 72.

É interessante citar que a política de saúde em sua estrutura organizativa envolve instituições privadas, e o acesso à saúde, muitas vezes, pode ocorrer através da caridade, como acontece em instituições de cunho religioso. Instituições essas de cunho filantrópico, como por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia. A inserção pode ser através de pagamento antecipado, ou até mesmo através da legitimidade do direito inerente a condição de cidadania. As políticas sociais estão diretamente ligadas no enfrentamento das mazelas sociais, as mesmas significam uma resposta que o “Estado” encontrou para justificar as relações de exclusão entre o capitalismo e a classe trabalhadora. No que se refere à política social, Behring e Boschetti (2011), relata que:

Identifica-se também um certo estatismo. Se é verdade que a política social se refere ao Estado, do qual pode e deve ser reivindicada como direito, também é verdade que ela envolve instituições públicas e privadas, inscritas nas relações entre as classes e seus segmentos. Além de uma caracterização pouco clara do Estado, perdeu-se a dimensão da rede institucional privada mobilizada pelas políticas sociais e com isso o Serviço Social conectou-se às tradições das ciências sociais brasileiras, que por muito tempo pouco enxergaram o campo da sociedade civil, em função do peso do Estado num país como o Brasil (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 18).

É devido a esse “estatismo³”, discutido acima por Behring e Boschetti, que há um pluralismo na análise da política social, no qual o Estado é considerado muitas vezes como único regulador da política social. Podemos até afirmar que o Estado se configura como eixo central, mas cabe ressaltar que são as instituições privadas que sempre estão presentes na construção e implantação da política social.

De acordo com teóricos como Paim⁴, os anos 1980 significaram um marco histórico na área da saúde, principalmente pelo rompimento com o modelo pautado nas várias políticas públicas vigentes, até então, que eram baseadas no clientelismo e paternalismo, não universais, tornando o sistema de proteção social fragilizado e excludente. Nessa perspectiva, surgiram os movimentos sociais, que buscavam melhorias na saúde. Desses emergiu o “Movimento da Reforma Sanitária Brasileira”, movimento fundamental para que houvesse mudanças no campo de saúde. Tal movimento era composto não apenas por profissionais de saúde, mas também por estudantes universitários, pesquisadores e, especialmente, por movimentos sociais populares, o que fortaleceu ainda mais o movimento. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um marco para o fortalecimento e legitimidade do MRSB,

³ Estatismo refere-se a concepção de um Estado intervencionista, como principal regulador das ações sociais e econômicas do país.

⁴ PAIM 2009, em sua publicação, o que é SUS.

contribuindo para que a política de saúde fosse discutida nas arenas políticas, tornando-se prioridade nas políticas de governo. Em 1987 foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária responsável pela elaboração da proposta que serviu como base para a elaboração do texto da Constituição Federal de 1988, reconhecendo de fato a saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Em 1988, com a Constituição Federal, que significou a estrutura legal do SUS, garantindo à saúde como um direito de todo cidadão e dever do Estado, todos enquanto cidadão, independente de contribuição, passou a ter direito a assistência integral à saúde. Como antes prescrito na Constituição Federal de 1988, no que se refere à saúde:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.58).

Diante de todas as mudanças ocorridas nesta área, e com a necessidade de atenção à saúde através de sistema que garantisse o acesso a esta de maneira universal, integral e descentralizado, em 1990 o SUS (Sistema Único de Saúde) tem seu início, criado pelas Leis, 8080/90 e 8142/90⁵. Nele está explicitado:

Art.4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (BRASIL - LEI 8080/90 -, 1990, p.1).

A lei orgânica da saúde, 8080/90, complementada pela 8142/90, instituiu o SUS, garantindo aos cidadãos, o acesso à política de saúde. O que já havia sido promulgado na Constituição Federal de 1988.

Nesta perspectiva, a escolha do tema desta pesquisa surgiu dos debates à cerca do SUS, no grupo de pesquisa “Onde estão os médicos do Recôncavo”, vinculado ao Núcleo de estudos Maria Quitéria e da participação como voluntária no programa “O Ministério Público e os objetivos do Milênio, Saúde e Educação de Qualidade para Todos”. O objetivo principal dessa pesquisa é analisar quais os principais dilemas e desafios na implementação do SUS no município de São Félix. Buscando compreender a política de saúde no Brasil, especificamente, em São Félix, conhecer a dinâmica da instituição através da atenção

⁵ A lei orgânica da saúde, lei 8080/90 foi criada em de 19 de setembro de 1990 e a lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990.

primária; investigar a política nacional da atenção básica; desvelar como estão sendo ofertados aos usuários do SUS os serviços do sistema de saúde na USF Dona Vivi e observar quais as dificuldades encontradas para acessar a política de saúde. Nesse contexto, indagamos como está sendo legitimadas as ações do Sistema de Saúde na USF? Acredita-se que atualmente um dos maiores desafios do SUS é o cumprimento dos princípios e diretrizes para o acesso à política de saúde. Pois apesar de todo aparato legal para sua garantia, ainda sim, não há de fato um cumprimento na garantia do acesso universal, integral e igualitário à saúde.

Outro fator de grande relevância é saber a opinião dos profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde a cerca desses serviços prestados, quais ações são desenvolvidas pela equipe multidisciplinar do PSF, com o intuito de garantir à população o acesso à política de saúde.

A relevância dessa pesquisa está em realizar um estudo sobre a política de saúde brasileira tomando como foco principal a ESF, os caminhos percorridos e os desafios encontrados para a implementação do SUS no município de São Félix- Ba, bem como estão sendo legitimados os serviços do sistema de saúde no SUS enquanto um instrumento de política de saúde. Resgatando brevemente o contexto histórico da saúde pública entre os anos 1980 e 1990 no Brasil e como surgiu o programa saúde da família, com intuito de compreender o atual cenário no qual as unidades de saúde da família estão inseridas.

No que se refere aos aspectos metodológicos, à pesquisa foi realizada, através do método qualitativo, especificamente um estudo de caso, da unidade saúde da família (USF) Dona Vivi no município de São Felix- Bahia, utilizando-se como ferramenta de pesquisa à entrevista narrativa⁶. O estudo de caso é um método de pesquisa muito relevante e possibilita ao pesquisador uma análise mais detalhada do objeto de pesquisa, permitindo que esta seja realizada respeitando a singularidade e a particularidade deste objeto. De acordo com Yin (2005).

O estudo de caso é utilizado como estratégia de pesquisa nos estudos organizacionais e gerenciais, contribuindo, de forma inigualável, para a compreensão dos fenômenos complexos, nos níveis individuais, organizacionais, sociais e políticos e permitindo a preservação das características significativas dos eventos da vida real (YIN 2005, Apud VIEGAS 2010, p.53).

⁶ A entrevista narrativa (daqui em diante, EN) tem em vista uma situação que encoraje e estimule um entrevistado (que na EM é chamado de “informante”) a contar a história sobre algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social. A técnica recebe seu nome da palavra latina narrare, relatar contar uma história. Em um manuscrito não publicado, Schütza(1977) sugeriu uma sistematização dessa técnica. Sua idéia básica é reconstruir acontecimento sociais a partir da perspectiva dos informantes, tão diretamente quanto possível (BAUER,GASKELL, 2007, p 93).

Nesse sentido, o estudo de caso proporciona um estudo da USF, para uma compreensão individual e, ao mesmo tempo, podemos tomar como referência para uma comparação com todas as USF do país, respeitando a singularidade de cada equipe da ESF.

A atual pesquisa encontra-se dividida em três capítulos, o primeiro capítulo constitui a problematização e a construção do SUS, resgatando todo marco histórico para a implantação e implementação do sistema, os princípios doutrinários e organizativos do SUS e, por fim os modelos de atenção à saúde no SUS. No segundo capítulo, será abordada a Estratégia Saúde da Família, enquanto uma política de reestruturação da atenção básica. No terceiro e último capítulo, apresento os dados da pesquisa empírica, considerando a saúde da família no município de São Felix- Bahia.

No primeiro momento, através de dados secundários, foi realizada a pesquisa bibliográfica sobre políticas públicas de saúde no Brasil, posteriormente sobre a política nacional da atenção básica e SUS utilizando principalmente as bibliografias de autores como Jairnilson Paim, Heleni Ávila, Behring e Boschetti, e Viegas. No segundo momento, levantamento documental na instituição, como o organograma e a verificação de como a instituição se organiza. Ainda no segundo momento, através da pesquisa qualitativa foi realizada a coleta de dados em lócus, através da entrevista narrativa com equipe técnica da USF Dona Vivi. A ferramenta de pesquisa utilizada na pesquisa encontra-se no final do trabalho monográfico, em apêndices. Terceiro e último momento, apresentação dos dados coletados em campo.

1.0 A CONSTRUÇÃO DO SUS

Muitos são os desafios para garantir o acesso à política de saúde que está materializada no SUS, principalmente no que se refere ao acesso gratuito, cem por cento estatal, garantia da regionalização, da hierarquização e do controle social. Segundo a Constituição Federal, o setor privado pode atender de forma complementar, também ter vínculo com o SUS, principalmente instituições filantrópicas. No art. 199. “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, (BRASIL, 1988, p.58). Ainda diz no parágrafo 1º “as instituições privadas, poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio tendo preferências

às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988, p.58). Nesta perspectiva, o SUS, apesar de um Sistema norteado pelos princípios universalidade, integralidade e equidade, ainda sim, é um sistema que necessita de melhorias. A construção do SUS é orientada por um modelo de assistência à saúde pautada em diretrizes, direcionada na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A política de saúde é um assunto muito debatido nas arenas políticas, isso devido a RSB (Reforma Sanitária Brasileira), que possibilitou nos anos 1980 que a atenção integral à saúde deveria estar presente nas pautas das políticas de governo, e também por se tratar de uma área que gera bens e serviços, movimentando a economia do país. Nesse período, as políticas sociais eram de cunho paternalista, não universal e significava para muitos como troca de favores.

Nesse sentido, a saúde tornou-se um comércio, movimentando a economia do país. São vários os estabelecimentos que prestam serviços de saúde, como as instituições públicas e privadas, como por exemplo a Unidade Básica de Saúde da Família (pública), e clínicas privadas. Outras responsáveis por essa movimentação da economia na área da saúde são as grandes empresas que lucram vendendo planos de saúde, as indústrias farmacêuticas, laboratórios de análises, entre outros, que dependem diretamente desse setor da economia, contribuindo para o acúmulo do capital. Paim (2009) ressalta que:

Hospitais, laboratórios, consultórios, clínicas, centros e postos de saúde são estabelecimentos que prestam serviços de saúde e se realizam ações de saúde. Existem, ainda, indústrias farmacêuticas, de equipamentos, vacinas, material médico-cirúrgico e meios diagnósticos; empresas que comercializam os chamados planos de saúde, e instituições públicas responsáveis pela gestão, como o Ministério de Saúde e as secretarias estaduais e municipais. Consequentemente, parte dessas organizações presta serviços de saúde e outra parte produz bens, como medicamentos, vacinas e equipamentos (PAIM, 2009, p.11).

Tornando a saúde um livre comércio, gerando bens e serviços, contribuindo para uma maior ausência do “Estado” no que se refere à oferta de serviços e ações de saúde. Nesse sentido, pode-se observar que por se tratar de uma política social de interesse geral, a política de saúde entra facilmente na agenda formal do governo. Na qual nossos representantes legais colocam como prioridade enfrentar problemas relacionados à saúde. No que se refere aos serviços prestados na área, o mesmo se torna mercadoria, onde o capital se promulga. A esse respeito Marx (1986) coloca que:

O capital não é coisa material, mas uma determinada relação social de produção, correspondente a uma determinada formação histórica da sociedade, que toma corpo em uma coisa material e lhe infunde um caráter social específico. O capital é a soma dos meios materiais de produção produzidos. É o conjunto dos meios de produção convertidos em capital, que, em si, tem tão pouco de capital como ouro e a prata, como tais, de dinheiro. É o conjunto dos meios de produção monopolizados por uma determinada parte da sociedade, os produtos e as condições de exercício da força de trabalho substanciada frente à força de trabalho viva e a que este antagonismo personifica como capital (MARX 1986 Apud. IAMAMTO, p.37).

Com isso a sociedade civil luta para que os serviços de saúde sejam acessados de forma gratuita e de qualidade. Antes da reforma sanitária, o acesso à política de saúde só ocorria em caso de doença, pois nesse período o modelo de assistência à saúde era baseado nas intervenções curativas, na qual o médico era o centro e as ações de saúde eram baseadas nas internações hospitalares. Depois da RSB, e com a implantação do Sistema Único de Saúde, a política de saúde passou a ser baseada na prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Antes de discutir sobre o SUS, faz-se necessário compreender o que é um sistema, sobretudo de saúde. Para melhor compreensão, utilizarei o conceito de Paim (2009), onde o mesmo considera que:

De início e de forma muito simples, poderíamos dizer que um Sistema de saúde é o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações. Essas agências (instituições e empresas) e agentes (profissionais e trabalhadores de saúde) fazem parte de algo maior, ou seja, o sistema de saúde. Tais organizações e pessoas que integram o sistema são partes de um todo, mas cabe alertar que o todo pode ser mais que a mera soma partes (PAIM, 2009, p. 13-14).

Nesse sentido cabe considerar que o sistema único de saúde, apesar de ser um sistema que busca garantir a saúde do indivíduo e da comunidade, o fato de não ser totalmente estatal enfraquece de certa forma sua abrangência. A ideia de sistema de saúde vai além dos serviços de saúde prestados em instituições desta modalidade, como relata Paim (2009):

Portanto, a ideia de sistema de saúde é mais ampla do que o conjunto de estabelecimentos, serviços, instituições, profissionais e trabalhadores de saúde, tal como descrita de forma simplificada no início deste capítulo. Neste momento, é desejável ampliar um pouco essa noção, lembrando que o sistema de saúde é integrado não só pelos serviços de saúde, mas também pela mídia, escolas, financiadores, indústrias de equipamentos e de medicamentos, universidades, institutos de pesquisa etc. (PAIM, 2009, p.16).

Conforme atesta este autor, não se pode confundir um sistema de saúde com um sistema de serviços de saúde. O primeiro refere-se à relação das agências e dos agentes que buscam realizar intervenções de saúde específicas, como campanhas de prevenção, consultas, entre outras ações. No caso do sistema de serviços de saúde, trata-se de algo mais limitado às instituições públicas ou privadas que prestam serviços de saúde. Paim (2009) considera que, “feitos esses esclarecimentos, na prática, quando usamos a expressão sistema de saúde geralmente estamos nos referindo ao sistema de serviços de saúde. Apenas em documentos técnicos e científicos esta distinção é mais valorizada (PAIM 2009, p. 17)”. Acrescenta também, que no caso dos sistemas de serviços de saúde, um dos objetivos pode até ser assegurar a saúde da população, porém o que realmente almejam são os lucros das grandes empresas e a empregabilidade dos profissionais. Nesse sentido, (Paim 2009), diz:

[...] Conciliar esse conjunto de objetivos e de interesses contraditórios é um dos grandes desafios dos sistemas de saúde em todo o mundo. Por isso a noção de sistema é útil para denominar esse conjunto de coisas e descrever as relações entre as partes, mas insuficiente para analisar a sua história e explicar seus problemas e desafios (PAIM 2009, p. 17).

Partindo desse pressuposto, pode-se afirmar que para uma melhor abrangência da política de saúde, há uma necessidade de conhecer o contexto social econômico e cultural no qual cada comunidade está inserida. Permitindo aos profissionais de saúde identificar quais são os problemas enfrentados pela população e quais os desafios a serem enfrentados por esses profissionais.

Paim ressalta também, que todos os sistemas de saúde do mundo possuem problemas em suas estruturas, que nenhum desses sistemas possuem perfeição. O que não seria, de certa forma, uma particularidade do Brasil.

Outro fator de relevância é a relação agências e agentes na saúde, discutidos por Paim (2009). As agências são as instituições públicas e privadas que ofertam serviços de saúde, e os agentes, que constitui a equipe técnica, os profissionais que atuam na área de saúde buscando realizar intervenções baseadas no cuidado da população, e considera que, nos dias atuais, o cuidado com a saúde não é mais centrado apenas no médico. Como ressalta Paim 2009:

As agências são organizações públicas ou privadas, governamentais ou não, que têm como finalidade promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e das comunidades. [...] Os agentes são os profissionais e demais trabalhadores de saúde que, individualmente ou em equipe, realizam ações de saúde, cuidando das pessoas e das comunidades (PAIM, 2009, p.14).

Nessa perspectiva, apesar de se tratar de um Sistema Único de Saúde, o mesmo é composto por instituição pública e privada que lucram, de certa forma, com os atendimentos, como por exemplo, instituições filantrópicas. Como é o caso do lócus desta pesquisa, os atendimentos primários são realizados nas USF, e quando há necessidade de um atendimento de média ou alta complexidade - o que se refere na hierarquização das ações, os usuários do SUS são encaminhados para a Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora da Pompéia no Município, ou para outras cidades circunvizinhas, como Salvador, Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, entre outras. Campos (1991) considera que:

A lei que instituiu o SUS prevê que a demanda por serviço deveria ser organizada segundo as diretrizes da regionalização territorial e da hierarquização do acesso conforme diferentes complexidades tecnológicas. Os hospitais contratado ou conveniados, contudo não obedecem em sua relação com a clientela a estas orientações (CAMPOS, 1991, p. 72).

Nesse sentido cabe destacar que outro grande desafio posto ao SUS, além do cumprimento dos princípios doutrinários do sistema, é o cumprimento dos princípios organizativos, que se refere à regionalização, hierarquização entre outros.

A área da saúde, por se tornar um dos setores da economia que muito movimentam o capital, geralmente os médicos que atendem no setor público, possuem também vínculo com o setor privado, o que gera impasses no atendimento público de saúde devido a sua profissão liberal possuir certa autonomia na prestação de serviços. Fazendo com que o mesmo estabeleça normas, ou até mesmo preços de mercado para o atendimento. Como Paim (2009), coloca:

[...] No caso dos médicos, eles têm geralmente vínculos diversificados de trabalho, tanto no setor público quanto no privado. Essa dupla inserção ou “dupla militância” traz sérias consequências para a gestão do sistema público de saúde, pois muitos querem reproduzir nos serviços públicos a lógica do setor privado, em que cada ato médico ou procedimento tem um preço, tabelado ou fixado pelo mercado (PAIM, 2009, p.14-15).

Nesse sentido pode-se garantir a saúde da população, o lucro das grandes indústrias, e a empregabilidade dos profissionais que atuam na área da saúde. Nesta perspectiva, Paim (2009), coloca que:

Assim, o objetivo pode ser assegurar a saúde das pessoas, mas também o lucro dos empresários e o emprego dos trabalhadores que atuam no sistema. Conciliar esse conjunto de objetivos e de interesses contraditórios é um dos grandes desafios dos sistemas de saúde em todo o mundo (PAIM, 2009, p.17).

A política de saúde se constitui um direito para todos, tendo sua garantia assegurada na Constituição Federal de 1988, na qual a mesma, nesse sentido, garante que o acesso à saúde deve ser igualitário e de qualidade.

A construção do SUS como um modelo hegemônico proporcionou o progresso na área social, principalmente por se tratar de um sistema unificado, universal e descentralizado. E norteou para que outras políticas fossem implantadas, como é o caso da política de Assistência Social. Segundo Ávila (2013):

Diversos estudiosos vêm analisando a construção e implantação do SUS como relevante inovação no âmbito institucional no campo das políticas sociais. Essa construção vem, inclusive, servindo de modelo para implantação de outras políticas sociais no Brasil, como, por exemplo, a política de assistência social (ÁVILA, 2013, p. 22).

Apesar da gestão descentralizada do SUS o governo federal tem aumentado o uso de normais e regulações com o intuito de tornar a atenção primária de saúde mais eficiente. Ou seja, embora a gestão do SUS seja prioritariamente municipal, o governo federal buscou fortalecer seu papel enquanto principal agente co-financiador do SUS. A implantação do SUS, baseado nos princípios da integralidade e equidade, significou também uma forma de amenizar as desigualdades sociais do país. Nesse sentido, Souza (2009), relata que:

É difícil se pensar em um sistema de saúde universal e equitativo em um país, como o Brasil, onde a muitos faltam condições de sobrevivência. Todavia, se é difícil ter o SUS legal cabalmente implantado nas atuais condições sociais do país, não é menos difícil reverter esse quadro sem uma política de saúde baseada nos princípios de universalidade e equidade. Nesse sentido, o SUS necessário, para que tenhamos uma sociedade mais justa, está definido em seus princípios legais. Por sua vez, o SUS possível hoje é aquele que se encontra no funcionamento cotidiano dos serviços de saúde. Apesar dos significativos avanços, desde o início dos anos 90, o SUS ainda está longe do SUS necessário (SOUZA, 2009, p.11)

Apesar de ser constituído em 1988, o SUS foi regulamentado, anos depois com o decreto 7508/2011⁷. A construção do SUS, apesar de significar um avanço no campo das

⁷ Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a lei 8080/90, para dispor da organização do SUS.

políticas sociais, ainda sim, necessita de ações voltadas de fato para sua legitimidade. Garantindo a atenção integral à saúde e contribuindo para um país mais justo, e para uma melhor qualidade de vida para todos os cidadãos, através da promoção e proteção da saúde.

1.1 ANTECEDENTES DO SUS

Antes do processo de implantação do SUS, se faz necessário abordar o período que antecede todo esse processo, de forma sucinta, com marcos históricos relevantes para compreensão do contexto histórico no qual a política de saúde está inserida. Compreendendo, de fato, todo o desenvolvimento histórico da Reforma Sanitária Brasileira e os primeiros passos para implantação do Sistema Único de Saúde.

A assistência à saúde para os pobres, no Brasil colônia e império, acontecia nas santas casas de misericórdia e era comandada pela caridade cristã. Já as famílias detentoras do capital eram assistidas por médicos particulares. Após a proclamação da República, as ações de saúde eram de responsabilidade dos Estados, neste período, no qual não havia um sistema de saúde, as ações voltadas para a saúde ficavam muitas vezes a mercê, contribuindo para ausência do poder público. Como relata Paim (2009):

Muito antes da existência do SUS, a organização dos serviços de saúde no Brasil era bastante confusa e complicada. Havia uma espécie de não-sistema de saúde, como certa omissão do poder público. Prevalcia, na chamada República Velha (1889-1930), uma concepção liberal de Estado de que só cabia a este intervir nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder. Havia desconfianças em relação à descentralização, vista por certos segmentos como algo negativo, quando os estados eram reconhecidos como locus da oligarquia (PAIM, 2009, p. 28).

Esse período, especificamente a partir de 1910, ficou marcado também pelas epidemias da época como; febre amarela, peste, varíola. Na medida em que ocorria a expansão das indústrias e da urbanização aumentavam-se as demandas na área da saúde. Foi neste período que ocorreu um movimento com o intuito de mudar a organização sanitária, esse movimento foi liderado por médicos e se constituiu fundamental para a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)⁸. Neste período ocorrem diversas

⁸ Segundo Paim 2009, p. 28, a DNSP, foi um Departamento Nacional de Saúde Pública, que possuía uma estrutura permanente de serviços de saúde pública em áreas rurais.

campanhas sanitárias e outros avanços na pesquisa relacionados com a saúde. Como afirma Paim (2009):

Diante das epidemias e doenças endêmicas, além das campanhas sanitárias lideradas por Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Belisário Penna e Barros, entre outros, foram criados os códigos sanitários. Houve também a implantação de instituições científicas voltadas para a pesquisa biomédica, influenciando na formação de uma comunidade científica e no estabelecimento de políticas de saúde (PAIM, 2009, p. 28-29).

Ou seja, neste período, as ações de saúde eram direcionadas para cada caso específico, e como não havia um órgão específico, como o MS, a saúde era vista como uma questão de polícia e não social. Devido aos altos índices de febre amarela, varíola e peste esse período foi marcado também pela revolta da vacina, onde a população pobre era forçada, através da força policial, a ser vacinada. O que gerou conflitos entre a população contra o governo.

Nos anos de 1920, algumas empresas em São Paulo começaram a descontar dos trabalhadores uma pequena quantia dos seus respectivos salários para o acesso aos serviços de saúde, esse período deu início a previdência social em nosso país. Como ressalta Paim (2009):

Na segunda década do século XX, algumas iniciativas foram tomadas em relação aos serviços médicos de empresas. Havia fábricas em São Paulo que ofereciam serviços médicos aos trabalhadores, descontando 2% dos salários. Já na década seguinte, foi criado o DNPS por Carlos Chagas, responsabilizando-se pela profilaxia, propaganda sanitária, saneamento, higiene industrial, vigilância sanitária, e controle de endemias. Nesse período, teve início a previdência social no Brasil, por meios das caixas de aposentadoria e pensões (CAPs), após a aprovação da lei Elói Chaves (1923). Desse modo, os trabalhadores vinculados a essas caixas passavam a ter acesso a alguma assistência médica (PAIM, 2009, p. 29).

Em 1923, temos a criação da CAP (Caixa de Aposentadorias e Pensões) que se instaurou devido ao acelerado processo de industrialização e urbanização do país, criada a partir da lei Eloy Chaves. Essa lei visava garantir a aposentadoria ou auxílio aos trabalhadores que por motivo de saúde estivessem afastados do trabalho. Em 1932, durante o governo de Getúlio Vargas, foi criado os IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões), esses institutos foram criados devido a luta da classe trabalhadora onde era possível, através desses institutos, a assistência médica aos aposentados e pensionistas, que era por meio de recursos próprios ou por compra de serviços privados. De acordo com Paim, o Ministério da Saúde foi criado em 1953 e a partir daí que foram criados também os órgãos responsáveis por cada serviço de saúde. Como afirma Paim (2009):

Coincidentemente ou não, a partir da Revolução de 1930, o DNSP foi transferido do Ministério da Justiça para o Ministério da Educação e saúde. Até 1953, quando finalmente foi instituído o Ministério da saúde, o que se verificou foi a transformação de muitas campanhas sanitárias em órgãos ou serviços responsáveis pela febre amarela, tuberculose, lepra, saúde da criança, e fiscalização sanitária, além da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), resultado de um convênio entre os governos brasileiro norte-americano no período da II Guerra Mundial, segundo alguns, para a exploração da borracha na Amazônia (PAIM, 2009, p. 30).

Anos mais tarde, a Sesp tornou-se uma fundação (Fsesp)⁹, e foi criado também a Sucam¹⁰ (Superintendência de Campanhas). Paim (2009) considera que esse período da saúde pública foi denominado por estudiosos como “Sanitarismo Campanhista” e “Sanitarismo dependente”. O primeiro era baseado em campanhas e o segundo seguia um modelo americano da Fsesp. De acordo com Paim (2009):

Esse tipo de saúde pública não tinha qualquer integração com a medicina previdenciária implantada nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), nem com a saúde do trabalhador. Separava, artificialmente, a prevenção e a cura (tratamento), a assistência individual e a atenção coletiva, a promoção e a proteção em relação à recuperação e à reabilitação de saúde (PAIM, 2009, p.31).

Nesta perspectiva, as ações de saúde em nosso país, que antecederam o SUS, poderiam ser consideradas como coisas distintas. As ações aconteciam, mas como afirma Paim, não havia nenhuma integração, eram organizadas de forma separadas. Segundo Paim (2009):

Assim, a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica e liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p. 31).

A tendência na qual se combatia as doenças da época, que atingiam principalmente à população que não poderia pagar pela assistência a saúde. Outras doenças começaram a surgir, como doenças do coração, neoplasias, DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis), entre outras. Diante desses pressupostos, Paim (2009), coloca que:

⁹ A Fsesp (Fundação de Serviços Especial de Saúde Pública, foi criada pelo presidente Juscelino Kubitschek através da lei n. 3750, de 11 de abril de 1960. Fonte: <http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/fundacao-servicos-de-saude-publica-2>.

¹⁰ Foi criado também, durante o governo de JK, Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), substituído pela Superintendência de Campanhas(Sucam).

Enquanto isso, as condições de saúde da população se modificavam. Do predomínio das doenças de pobreza (tuberculose, desnutrição, verminoses, doenças sexualmente transmissíveis e outras infecciosas e parasitárias), alcançamos a chamada morbidade moderna (doenças do coração, neoplasias, acidentes e violências). Houve uma redução da mortalidade e da natalidade, assim como um envelhecimento da população (PAIM 2009, p. 32).

Entre 1965 e 1966, no seio da ditadura militar, foi criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que foi na verdade uma unificação dos IAPS, onde foi materializado o modelo assistencial hospitalocêntrico numa perspectiva curativa, o que viria a refletir na proposta do SUS. Nesse sentido, apenas a população brasileira que tinha carteira assinada, configurando-se como trabalho formal, poderia acessar a assistência médica. Como afirma Paim (2009):

Somente brasileiros que estivessem vinculados ao mercado de trabalho formal e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da Previdência Social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios. Como o direito a saúde não estava vinculado à condição de cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidentes, bem como os de seus familiares (PAIM, 2009, p. 33).

Neste período, ocorrem transformações nos setores da previdência, no qual, ao invés de criar políticas públicas com o intuito de garantir o acesso aos serviços de saúde, optaram em comprar serviços de saúde das instituições privadas, ou seja, a política da privatização que contribuiu para o aumento da corrupção durante os governos dos militares. Como afirma Paim (2009):

Entre dirigentes e burocratas dos institutos, prevaleceu a opção de comprar serviços médico-hospitalares do setor privado para os segurados da previdência, ao invés de investir em serviços próprios, de modo a ampliar a infraestrutura pública de serviços de saúde. Esta política, conhecida como privatização, foi intensificada nos governos militares. Não era só pela rima que a privatização associa-se à corrupção. Epidemias de cesarianas, internações de mendigos em hospitais psiquiátricos particulares, “cirurgias ginecológicas” em homens e outros absurdos eram pagos pela previdência social, por meio de mecanismo de pagamento baseado na Unidade de Serviços (US). Quanto maior o valor da US, mais o procedimento era produzido. Se um parto normal valia menos US que uma cesariana, médicos e hospitais evitavam a realização de partos normais. Daí que um dos grandes sanitaristas brasileiros, Carlos Gentile de Mello, sempre denunciava que a US era um fator incontrolável de corrupção (PAIM, 2009, p. 34-35).

A assistência à saúde, neste período, era insuficiente e desorganizada. Apesar de vários órgãos prestarem o serviço de saúde, os mesmos não possuíam nenhuma qualidade.

Devido a essa desorganização, que instituir o sistema de saúde pelo INAMPS e depois pelo SUS tornou-se um dos maiores desafios. Em 1975, foram criados o Sistema Nacional de Saúde através da lei 6.229 e o Sistema de Vigilância Epidemiológica, através da lei 6.259/75. Este último, enfatizado por Paim, era separado da vigilância sanitária.

Em 1977, surge o SINPS (Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social), junto a esse sistema foi criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social) que passou a ser um órgão do governo que prestava serviços e Assistência Médica. Esse último dominou até a criação do SUS e muitos dos seus procedimentos ainda continuam enraizados no SUS.

Após décadas de crise no Sistema de Saúde e depois de lutas organizadas por um movimento social, o MRSB - o qual seus membros eram pesquisadores, profissionais e estudantes da saúde - ocorreu a proposta para RSB (Reforma Sanitária Brasileira) e implantação do SUS. A esse respeito Paim (2007), afirma que:

O movimento da democratização da saúde, “movimento sanitário” ou “movimento da Reforma Sanitária, enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental, emerge com o Cebes e atravessa as conjunturas examinadas na presente investigação (PAIM, 2007, p. 150).

Esse movimento defendia a democratização da saúde e a reestruturação dos serviços. Tal movimento social ficou conhecido como movimento da RSB ou Movimento Sanitário. Nesse sentido, é possível afirmar que a proposta de Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde foram projetos emanados da sociedade civil e não dos representantes governamentais. A esse respeito Paim (2009), coloca que:

Ao apresentar o documento, A questão democrática na área da saúde, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, o Cebes formulou, pela primeira vez, a proposta do SUS, justificando um conjunto de princípios e diretrizes para a sua criação. Desse modo, tanto a RSB quanto o SUS nasceram da sociedade, e não de governos ou partidos. Embora tal proposta só tenha sido incorporado à Constituição da República nove anos depois, é possível comemorar presentemente três décadas do SUS (PAIM, 2009, p. 40).

No ano de 1982 foi criado o PAIS (Programa de ações integradas de Saúde), um programa direcionado para atenção primária muito parecido com o que temos atualmente, o PSF (Programa de Saúde da Família), no qual o ambulatório constituía a porta de entrada para acesso ao sistema de saúde. No ano 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de

Saúde, no fim da ditadura, que constituiu um grande marco histórico. Devido à grande participação social essa conferência foi de fundamental importância, pois foi discutida a ideia de saúde em um sentido amplo e contribuiu para as leis 8.080/90 e 8.142/90, que configurou a implantação do SUS. Como afirmou Paim (2009):

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram sistematizados e debatidos por quase cinco mil participantes diversos estudos e proposições para a RSB. O relatório final do evento inspirou o capítulo “Saúde” da constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiriam a implantação do SUS. Na medida que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação de movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, é possível afirmar que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro (PAIM, 2009, p. 40).

Em 1987 se deu a criação do SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde), um sistema que buscava a universalização e a equidade ao acesso à saúde descentralizando suas ações. Foi nesse mesmo ano, com a criação desse sistema, que o Governo Federal começou a repassar verbas para estados e municípios destinados a atenção à saúde. A esse respeito Campos (1991) coloca que:

A partir de 1987, com a decretação do sistema descentralizado e unificado (SUDS), tem sido criadas em vários estados e municípios, as denominadas Unidades de Avaliação e Controle (UACs), supostamente encarregada de supervisionar os serviços contratados e de acompanhar a eficácia das ações (CAMPOS, 1991, p 71).

Apesar dessa suposta avaliação e controle do sistema de saúde, SUDS, o mesmo era desorganizado e ineficiente, necessitando assim de uma reorganização no modelo assistencial da saúde. Já em 1988, com a Constituição Federal (conhecida como “Constituição Cidadã”) ficou estabelecido a saúde como “direito de todos e dever do estado”, onde todo cidadão, independente de ser contribuinte, passou a ter acesso à assistência médica e todo custeio do sistema de saúde, sendo pago pelos recursos da União. Além da criação do SUDS teve também a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), ambos foram considerados como a mediação necessária para o SUS. Após todos esses avanços, em 1990, se deu a criação do SUS (Sistema Único de Saúde). Regulamentado pela lei 8080/90, o SUS, surge com o princípio de “saúde direito de todos e dever do Estado”, promulgado pela Constituição Federal de 1988, direito esse garantido à todos os cidadãos brasileiros, independente de divisão de classes. Como relata Paim (2009):

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS, supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios (PAIM, 2009, p.43).

Nessa perspectiva, a legitimidade do SUS se deu na forma da garantia do direito a saúde pelas diversas camadas sociais, e constituía-se um grande avanço na garantia de inclusão social.

Em 1991, foi criada a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) representada pelas secretarias dos três entes federados pela norma operacional básica do SUS, com a intenção de acompanhamento e monitoramento da implantação deste sistema. No ano de 1993, temos a publicação da NOB-SUS 93 que reforçou o compromisso entre os governos, seguindo o princípio da municipalização. Já em 1996, com a Norma Operacional Básica NOB 96, surgiu uma nova proposta de atenção à saúde contribuindo com o reordenamento do modelo de atenção à saúde, e para um rápido processo de descentralização dos recursos federais destinados à saúde para Estados e Municípios. Partindo desses pressupostos foi implantado o PSF (Programa Saúde da Família), levando-se em conta a atenção básica na perspectiva de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Além das NOBs 93 e 96, outras Normas Operacionais Básicas foram necessárias para a organização do sistema de saúde, onde todo o sistema é regulamento por portarias e normas. Sendo assim, a NOB 91, 92, 93, 96 desempenharam fundamental papel para o processo de construção, implantação e implementação do SUS.

1.2 PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZATIVOS DO SUS

Quando se pensa em saúde, necessariamente não se pode associar apenas à questão de doenças. É preciso relacionar a saúde ao bem estar da população, a qualidade de vida, à saúde mental, física e, sobretudo, social. Podemos dizer que a saúde são conjuntos de ações voltadas para qualidade de vida das pessoas, baseados nas diretrizes do SUS, as quais são: promoção, prevenção e reabilitação da saúde. De acordo com Paim (2009):

A sociedade espera que o setor saúde cuide das pessoas e das populações, mediante ações individuais e coletivas. Na medida em que a saúde tem sido reconhecida como o completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças, o propósito almejado é que as pessoas possam ter uma vida com qualidade (PAIM 2009, p.11).

Quando se fala em promoção, proteção e recuperação da saúde se consideram as ações interventivas com propósitos na qualidade de vida dos indivíduos e famílias. A promoção está pautada em um conjunto de ações, que através de outras políticas sociais, busquem garantir a saúde física, mental e social da comunidade, como por exemplo, atividade física, acesso a educação, saneamento básico, acesso a cultura entre outras ações, que tenham o objetivo de promover e fomentar qualidade de vida. Outro exemplo de promoção à saúde é a política de redução de danos para usuários de drogas, que é uma política de saúde que busca reduzir, ou eliminar, os riscos à saúde através de ações como distribuição de camisinhas e até mesmo distribuição de seringas descartáveis. A proteção refere-se às ações específicas que são voltadas para evitar risco à saúde, ou até mesmo eliminar. Como por exemplo, as campanhas de vacinação, as campanhas de combate ao câncer de mama e de próstata, as campanhas de prevenção à AIDS com o uso da camisinha, entre outros. A recuperação ou reabilitação da saúde está voltada para ações que buscam o diagnóstico e tratamentos o mais rápido possível, com intuito de reduzir as complicações referentes a um determinado problema de saúde.

Referente aos princípios doutrinários do SUS; universalidade, equidade e integralidade, são princípios que organiza o Sistema Único de Saúde e são baseados na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

A universalidade é o princípio que garante o acesso livre a todos os níveis de serviços de saúde. A lei 8080/90 garante aos cidadãos o acesso à assistência de saúde, embasada pelos princípios de integralidade, universalidade e equidade. O MS (1990)¹¹ considera a universalidade como:

A garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do governo: municipal, estadual e federal (Ministério da Saúde 1990, p.4).

¹¹ O Ministério da Saúde, publicação ABC do SUS doutrinas e princípios, publicado em 1990. Disponível em http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf.

O princípio da equidade é de suma importância na busca em assegurar o acesso à saúde em todos os níveis de complexidade, garantia para qualquer pessoa enquanto cidadão. Todos devem ter acesso igualitário à saúde, respeitando as especificidades de cada caso, de cada indivíduo. Esse princípio é regido pela igualdade na atenção a saúde, sem preconceitos e sem privilegiar qualquer indivíduo. O que deve ser levado em consideração no acesso aos serviços de saúde, é o nível de complexidade de cada agravo dos problemas relacionados à saúde das pessoas. O SUS é um sistema que deve destinar recursos e serviços igualitários.

Dentro desses princípios, a integralidade constitui um dos princípios fundamentais, o qual serviu de pilar para a construção do Sistema Único de Saúde. Segundo Campos (2003):

O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do SUS e seu cumprimento pode contribuir grandemente na qualidade da atenção à saúde, uma vez que pauta pela garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde e que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde-doença (CAMPOS, 2003 apud VIEGAS, 2010, p. 38).

A integralidade pode ser entendida através de várias vertentes, discutidas por diversos autores. Pode ser compreendida como a organização dos serviços ofertados que buscaria alcançar tal princípio através das ações de saúde, organizado pela rede de serviço socioassistenciais, ou da assistência médica através das especialidades. Sobre o conceito de integralidade Viegas (2010) coloca que:

Seu conceito pode ser analisado por duas vertentes. A primeira, pensada na construção do SUS, seria a vertente da organização de serviços que buscaria a integralidade por meio da oferta e na articulação em rede das ações de saúde e saberes, abrangendo todos os níveis complexidade, e, mais amplamente, pela intersetorialidade. A segunda seria a dimensão do sujeito, decorrente da mudança das práticas fragmentadas das especialidades e do foco na assistência médica. A integralidade do sujeito seria alcançada na abordagem integral do mesmo, no aspecto biológico, mas considerando seu ambiente e suas relações sociais, alcançando seus aspectos culturais, emocionais, financeiros (VIEGAS 2010, p. 39).

Outros autores analisam o princípio da integralidade seguindo outras linhas de pensamentos, mas ambos consideram a integralidade como eixo principal na área da saúde.

Para Pinheiro (2007) a integralidade é:

Como construção e prática social, ganha riqueza e expressão, por que acaba sendo um valor que as pessoas defendem – todo mundo quer minimamente ser bem tratado, ter acesso aos Serviços de Saúde e com qualidade – e no qual, ao mesmo tempo, elas imprimem sua experiência de vida. Termo rico,

que permite iluminar as possibilidades de relações, porque elas existem, em especial, no cotidiano dos sujeitos nas instituições, onde diferentes saberes e práticas interagem o tempo todo. Quando essa interação – repleta de contradição que, em um espaço democrático, se reverte em construção e transformação – é compreendida e concedida pelos sujeitos, a integralidade ganha uma noção própria naquele contexto ou experiência (PINHEIRO, 2007 apud VIEGAS 2010, p. 40).

A integralidade é discutida de maneira polissêmica, mas todos os caminhos levam a integralidade à atenção integral à saúde com base no indivíduo, família e comunidade. Considerando as ações voltadas não apenas nas intervenções curativas, mas na relação de atenção aos usuários do SUS, promovendo saúde e realizando ações voltadas para a proteção à saúde. Segundo Costa (2005):

Embora a integração dos níveis e das instituições prestadoras de serviços de atenção e cuidado resulte em maior integralidade, ela é bem mais do que isso. O seu ideário compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado dos indivíduos. Nesse contexto, a integralidade surge da ausência de algo, como expressão da insatisfação com as maneiras como essas práticas são realizadas (COSTA, 2005 apud VIEGAS 2010, p.40).

Apesar de ser um princípio norteador no SUS, a integralidade por si só, não é o suficiente para regulamentar as ações de saúde gestada pelo Sistema Único de Saúde. Mas sim, a integralidade juntamente com os outros princípios. Esta refere-se ao conjunto de ações articuladas, voltadas para a saúde, seja na atenção básica, na média ou alta complexidade. A organização da política de saúde, na maioria das vezes, no que se refere a ESF, é organizada de acordo com faixa etária ou com o nível no qual se encontra a pessoa doente. Nesse sentido, o princípio da integralidade não está sendo levado em consideração. Esse tipo de organização é considerado por teóricos como verticalização das ações de saúde, e os mesmo ainda sugerem que essas ações deveriam ser de forma horizontal.

Além desses princípios doutrinários, existem também os que administram a organização do SUS, que são regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado. As ações dos SUS são nacionais, são também definidas no âmbito municipal e estadual. A regionalização refere-se às ações de atenção integral à saúde especializada, de maneira regionalizada e hierarquizada, o que contribui para a atenção integral à saúde da população. Paim (2009) considera que:

Desse modo, regionalização corresponde a um dos princípios organizativos do SUS. Representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento (PAIM, 2009, p. 48-49).

A regionalização e hierarquização compreendem as ações de saúde de acordo com os níveis de complexidade, onde o primeiro acesso à saúde ocorre na atenção primária, e caso haja necessidade de atendimentos especializados, os usuários do sistema de saúde são referenciados para atendimentos de alta complexidade. Nesse sentido, o MS (1990) relata que:

Regionalização e hierarquização – os serviços devem ser organizados em níveis de população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de problemas) (Ministério da Saúde 1990, p.05).

Outro princípio doutrinário do SUS é a descentralização. A gestão do SUS é descentralizada, onde a responsabilidade de gestão é prioritariamente do município, garantindo assim o acesso da população à rede de saúde Nacional. Por se tratar de um sistema descentralizado, as três esferas do governo; federal, estadual e municipal são responsáveis pelos investimentos no SUS. Sobre a descentralização, Paim (2009) declara que:

A descentralização busca adequar o SUS, à diversidade regional de um país continental como o Brasil, com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas. Significa que a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a consequente transferência de recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica. Nesse sentido, as decisões não devem estar centralizadas em Brasília, sede do governo federal. As decisões do SUS seriam tomadas em cada município, estado e Distrito Federal, por meio das respectivas secretarias de saúde, cabendo ao Ministério da Saúde coordenar a atuação do sistema no âmbito federal: Isso é o que a Constituição define como diretriz da descentralização com comando único em cada esfera do governo (PAIM, 2009, p.49).

Devido a esse processo de descentralização é que cada município possui sua Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Nesse sentido, a descentralização permite aos gestores de cada município a organização da saúde, seguindo as peculiaridades locais, respeitando os aspectos sociais, econômico e cultural de cada lugar. Nesse sentido, Paim (2009), ressalta que:

Um dos argumentos mais utilizados para justificar esta diretriz diz respeito ao fato de que as pessoas moram nos municípios, não na União. Assim, os

problemas de saúde seriam mais bem resolvidos no âmbito local, ou seja, nas cidades em que as pessoas residem. As secretarias estaduais de saúde só deveriam atuar sobre questões que ultrapassem as possibilidades do município. Já o governo federal, sob a direção do Ministério da Saúde, deveria apoiar e orientar as ações do governo estaduais e municipais, assegurando o cumprimento dos princípios do SUS (PAIM, 2009, p.49).

Outro princípio organizativo do SUS é a Resolubilidade. Este se liga diretamente com a capacidade de solução diante de um problema de saúde, cujo impactou coletivamente a saúde. Nesse sentido, cabe o atendimento necessário no qual as ações de saúde devem estar capacitadas para resolver determinada situação.

No que se refere ao princípio organizativo do SUS, sobre a participação dos cidadãos, talvez esse seja um dos mais importantes e, ao mesmo tempo, mais complexos, devido a sociedade em geral desconhece-lo. Principalmente no que se refere a elaboração das políticas de saúde. Esse princípio baseia-se na participação dos cidadãos, por meio de entidades representativas, na elaboração e controle das políticas de saúde, no âmbito federal, estadual e municipal. Segundo Paim (2009):

A participação da comunidade expressa uma orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde. Trata-se de uma recomendação de organismo internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), para o desenvolvimento de sistemas de saúde, especialmente a partir da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978(PAIM, 2009, p.50).

A participação da comunidade é também uma forma de proferir uma espécie de controle social, onde as políticas de saúde sejam voltadas para a população, com o apoio e participação da mesma. Quando falamos em política pública, logo se faz necessário que a população seja protagonista dessas políticas. Paim (2009) considera:

[...] Além da perspectiva do exercício da democracia no cotidiano dos serviços de saúde, esta diretriz busca assegurar o controle social sobre o SUS. Assim, a comunidade pode participar na identificação de problemas e no encaminhamento das soluções, bem como fiscalizar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde (PAIM, 2009, p. 51).

O princípio da complementaridade do setor privado é assegurado pela Constituição Federal, na qual preconiza que o setor privado pode participar de maneira complementar na política de saúde. Isso significa, que na falta de uma política pública de saúde que seja

abrangente ou ineficiente o governo poderá contratar instituições privadas para complementar a política de saúde.

1.3 MODELOS DE ATENÇÃO A SAÚDE NO SUS

Ao discutir modelos de atenção à saúde no SUS, precisamos abordar os tipos de sistemas de saúde. Essa discussão se faz necessária, pois ajuda a compreender o tipo de atenção à saúde do nosso país. Os sistemas de saúde geralmente tendem a seguir o modelo de proteção social; a seguridade social, o seguro social, e assistência. Em países como Cuba e França, onde o sistema de saúde segue o princípio da universalidade, em que todos enquanto cidadão tem acesso à saúde, pertence à seguridade social ou seguro social. Em países como os Estados Unidos, onde a intervenção do Estado na garantia do acesso à saúde é restrita e a proteção social se dá a partir da assistência, nesse caso, se algum cidadão estadunidense necessitar de atendimento de saúde, o mesmo precisa pagar pelo serviço do seu próprio bolso, considerado como desembolso direto. Como afirmar Paim (2009):

Finalmente, o chamado de sistema de proteção social baseado na assistência, também conhecido como residual, proporciona algum atendimento apenas para aqueles que comprovem a sua condição de pobreza e, portanto, a impossibilidade da compra de serviços no mercado. Nesse tipo de proteção social, parte significativa da população que não pode ter acesso ao sistema de saúde, seja pagando do próprio bolso (desembolso direto), seja mediante planos de saúde, fica descoberta (PAIM, 2009, p. 19).

No Brasil, antes da construção do SUS, o sistema que prevalecia era o sistema de proteção social. Este era baseado no seguro social onde o acesso à política de saúde era limitado através da CAP (Caixa de Aposentadorias e Pensões). Em 1988, com a Constituição Federal, a tentativa é implantar de fato o Sistema de Seguridade Social, mesmo que ainda a saúde não fosse financiada apenas pelo Estado. Como considera Paim (2009):

No caso do Brasil, desde a década de 1920 do século passado foi adotado um sistema de proteção social baseado no seguro social, inicialmente através das caixas de aposentadorias e pensões, substituídas depois pelos institutos. A partir de 1988, a constituição optou pelo sistema de seguridade social, embora a saúde seja livre à iniciativa privada e o financiamento da saúde não seja majoritariamente público [...] (PAIM, 2009, p.22).

Nesse sentido, o acesso à saúde em nosso país segue o princípio da universalidade, em que o acesso ao sistema de saúde é garantido para todos os cidadãos, independente de contribuição, configurando a seguridade social. Boschetti (2003) ressalva que:

A seguridade social pode garantir mais, ou menos, acesso a direitos, quanto mais se desvincular da lógica do seguro e quanto mais assumir a lógica social. De todo modo, ambas são profundamente dependentes da organização social do trabalho. Nos países em que as duas lógicas convivem no âmbito da seguridade social, elas estabelecem entre si uma relação que venho designando como sendo de atração e rejeição (BOSCHETTI, 2003, p.05).

Os modelos de atenção à saúde são necessários para a organização da RAS (Rede de Atenção à Saúde). Como afirma Mendes (2011, p. 2009): “o modelo de atenção é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RASs)”.

As ações de saúde desenvolvidas no SUS não são apenas limitadas na atenção básica. Estas variam de acordo com cada risco ou agravo aos problemas de saúde, seja individual ou coletiva. Cabendo ao município, caso não haja a oferta de atendimento de média ou alta complexidade no município, o deslocamento dos indivíduos para outras localidades onde possua o serviço especializado para cada situação.

Vários são os interesses em definir modelo de atenção, tanto por teóricos do Brasil, quanto pelos internacionais. Modelo de atenção pode ser compreendido, como a forma na qual as instituições de saúde se organizam, isso considerando os níveis de complexidade das tecnologias utilizadas para as ações de saúde desenvolvidas. Com a implantação do SUS, os modelos de atenção são o médico-assistencial hospitalocêntrico e privatista. Mas esses modelos de atenção têm apresentado um colapso, principalmente por parte da confiança dos usuários e também pelo profissional de saúde, que demonstram insatisfação. Alguns pesquisadores acreditam que essa crise no modelo de atenção é devido a mercantilização dos serviços de saúde, como afirmam Teixeira e Vilasboas (2013):

Tal crise começou a ser analisada no início dos anos 70, apontando-se, além dos determinantes estruturais (subordinação à lógica do capital, isto é, a mercantilização dos serviços saúde) as características específicas do sistema público de saúde brasileiro, marcado pela falta de baixa cobertura assistencial, além da ineficiência administrativa, ineficácia e ausência de coordenação interinstitucional (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2013, p. 8-9).

Com os movimentos ideológicos, onde se buscava uma nova reorganização da saúde e revisão dos serviços das ações de saúde, os modelos de atenção à saúde tiveram sua estrutura reorganizada. Teóricos como Teixeira e Vilaboas (2013)¹², entre outros, buscam analisar quais seriam a maneira de reorganização que contribuiria para a integração do SUS e do modelo de atenção primária. Porém, os mesmos afirmam que será um desafio a ser enfrentando, principalmente devido às instituições que oferecem os serviços de média e alta complexidade, em sua maioria, fazer parte do setor privado. Outro desafio do SUS é o sistema de referência e contrarreferência, o qual na maioria das vezes, os usuários são encaminhados para atendimento de média ou alta complexidade, mas não há um retorno para atenção básica sobre a situação do paciente, ou até mesmo o acompanhamento efetivo por parte do PSF na saúde dos usuários.

A atenção básica, também conhecida como atenção primária, faz parte do Programa Saúde da Família (PSF) que é organizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). As ações de saúde nesse modelo de atenção à saúde são desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família (USF). É na atenção básica que os usuários dos SUS, geralmente, recebem seu primeiro atendimento. Esse modelo de atenção à saúde constitui a porta de entrada para o acesso a política de saúde. A atenção básica oferece acesso universal e, caso necessário, encaminha para a assistência hospitalar e especializada os usuários do SUS, configurando-se outros níveis de atendimentos de saúde como média e alta complexidade. Cabe à atenção primária também, ações de promoção e prevenção da saúde. Com o intuito de melhorar a atenção básica foi criada a Política Nacional de Atenção Básica¹³ e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁴.

Há também a atenção secundária, na qual a maioria dos serviços especializados pelo SUS são ofertados pelo setor privado, essa oferta não é abrangente. Isso devido a dependência do SUS com as instituições privadas que oferecem média complexidade. Fazem parte da atenção secundária também os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),¹⁵ e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que fazem parte da política nacional de saúde bucal¹⁶, e tem como objetivo melhorar a saúde bucal da população brasileira. Contribuindo para o

¹² Teixeira e Vilaboas, em sua publicação Modelos de atenção no SUS: transformação, mudança ou conservação, 2013.

¹³ A política de Nacional de atenção básica foi criada em 2006.

¹⁴ O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado em 2008.

¹⁵ Em 2001, com a reforma da psiquiatria que buscava a desinstitucionalização, e a inclusão das pessoas com transtornos mentais, no seio familiar, surgiram os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

¹⁶ A política Nacional de saúde bucal faz parte do Programa Brasil Sorridente, que abrange de forma estratégica, um conjunto de ações, voltadas para a saúde bucal.

acesso das ações de promoção e prevenção, recuperação e reabilitação da saúde bucal, estes se constituem em serviços de referência para as USBs. Os Centros Especializados em DST/AIDS, unidade de pronto atendimento (UPA¹⁷) e SAMU¹⁸ são instituições de saúde financiadas pelos três níveis de governo, Federal, Estadual e Municipal cabendo ao gestor municipal a organização dos serviços.

Atenção terciária e hospitalar, que configura o atendimento de alta complexidade. Esse modelo de atenção, assim como na atenção secundária, são atendimentos que demandam alto custo e, na maioria das vezes, são procedimentos de saúde realizados por instituições privadas. As ações desse modelo de atenção são, geralmente, cirurgias cardíacas e transplante de órgãos, oncologia, hemodiálises, Unidade de Terapia Intensiva, entre outros procedimentos. Os gestores estaduais e municipais devem organizar serviços de urgência e emergências através da rede de atenção integral à urgência, que envolve todos os níveis de complexidade, desde a atenção primária até a alta complexidade. E todos os pacientes, dependendo do agravo à saúde, devem ser direcionados para os centros de especialidades através de regulação médica.

¹⁷ No ano de 2008, foram criadas as UPAs, unidades de pronto atendimento, com funcionamento de 24 horas, para atendimentos de emergências, com o intuito reduzir as demandas em hospitais.

¹⁸ O SAMU é o serviço de atendimento Móvel de Urgência. Surgiu em 1960 na França e no Brasil se iniciou através de um acordo bilateral entre a França e o Brasil. Fonte: http://revista.fmrp.usp.br/1999/vol32n4/uma_breve_revisao_atendimento_medico_pre_hospitalar.pdf.

2.0 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO POLÍTICA DE REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

No ano de 2006 o PSF se consolidou enquanto uma estratégia. A estratégia de saúde da família,¹⁹ justamente, devido a um programa possuir um prazo determinado e a estratégia possuir um caráter de continuidade das ações. Podemos considerar a saúde da família como estratégia para a atenção básica, porém não apenas isso. A saúde da família é a porta de entrada para acessar a política de saúde em sua amplitude. Constitui a atenção primária, isso significa que é o primeiro contato do usuário com a política de saúde. É onde os mesmos devem encontrar uma referência no sistema de ações de saúde.

Através da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova-se a Política Nacional de Atenção Básica, que busca organizar a atenção básica para ESF (Estratégia de Saúde da Família) e o PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde). No Brasil, o modelo de atenção básica do SUS surgiu com a intenção de atendimento primário e de maneira mais humanizada, onde a equipe multidisciplinar possui uma relação direta e de confiança com a comunidade usuária. A atenção básica é orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A esse respeito, a política nacional da atenção básica preconiza que:

As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil - único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuita – está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde. Essa missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da Atenção Básica no País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB 2011, p.9).

As unidades básicas de saúde da família desempenham fundamental papel no contexto familiar, onde as mesmas têm a função mediadora na garantia do acesso à saúde da comunidade na qual está inserida. Para o desempenho de uma ação continuada e fortalecida na atenção básica, no que se diz respeito ao cuidado, se faz necessário a realização de um trabalho em rede. Segundo Figueiredo (2012):

¹⁹ No ano de 2006, foi implantado também o pacto em saúde englobando três componentes, o pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão.

A complexidade do cuidado exige articulação dessas equipes com outras do território, como a Unidade Básica de Saúde, o núcleo de apoio à Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial à Rede de Urgência e outras instituições ligadas ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (FIGUEREIDO, 2012, p.8).

A atenção básica possui princípios e diretrizes que norteiam o Programa Saúde da Família, esses são pautados em um conjunto de ações que buscam ampliar a atenção integral à família. Como preconiza a Política Nacional de atenção Básica (PNAB) sobre os princípios e diretrizes gerais da atenção básica:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2011, p.21).

Nessa perspectiva a Estratégia de Saúde da Família, entre outras estratégias organizacionais de atenção básica, deverá acompanhar as diretrizes da atenção básica e do Sistema Único de Saúde.

A proposta da ESF é uma maneira de atenção não apenas para o indivíduo, mas também para a família e comunidade. Por esse fato é que se deu o nome Estratégia Saúde da Família, por que na verdade considera-se uma estratégia para alcançar os princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde. Viegas (2010) coloca que;

A ESF, de um lado, traduz um formato determinado pelo Ministério da Saúde com estrutura definida independente da realidade onde será implantada e, de outro lado, reivindica a posição de “estratégia” por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no Sistema como um todo (VIEGAS 2010, p.45).

O Ministério da Saúde (MS) busca na ESF uma forma de atenção à saúde baseada na atenção primária, como meio de solução para uma atenção à saúde, na qual a equipe consiga identificar se há necessidade de encaminhamento para a assistência à saúde de média ou alta complexidade. Na ESF, apesar da sua dinâmica organizacional, as ações que deveriam ser pautadas para o cuidado, acabam direcionadas para os procedimentos, onde o médico é o centro. Segundo Franco e Merhy:

A ESF enxerga onde está o problema do atual modelo assistencial: no processo de trabalho. Contudo não o decifra e é engolida pela feroz dinâmica do trabalho médico-centrado, e por não organizar um saber crítico sobre a questão, acaba operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado. Para aferir de morte tal dinâmica, é preciso uma ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando em seus procedimentos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção de saúde (FRANCO; MERHY, 2007 apud VIEGAS 2010, p.45).

A estratégia saúde da família tem em sua proposta como uma forma de reorganizar o modelo de assistência à saúde, permitindo a consolidação do SUS através do Programa Saúde da Família. A partir do decreto 7.508²⁰, foi regulamentada a lei orgânica da saúde ²¹para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, cabendo a organização da saúde e a reestruturação dos modelos de atenção. Nesse sentido o MS, afirma que:

A Saúde da Família é um das principais estratégias, proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica (BRASIL, 1977). Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras (BRASIL, 1998 apud FIGUEIREDO p. 55).

Outro fator importante é a relação da vigilância à saúde e a Estratégia Saúde da Família, pois a ESF tem como objetivo a organização da saúde na Atenção Primária, promovendo ações de vigilância à saúde como afirma Gastão e Guerrero, (2010):

[...] a ESF tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de suas práticas, adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais(GASTÃO; GERRERO 2010 apud FIGUEIREDO p.56)

A ESF é norteada por princípios incorporados ao Sistema Único de Saúde, que são Integralidade e Hierarquização, Territorialização e Adscrição da Clientela, Equipe multiprofissional e Caráter Substitutivo. Em linhas gerais, a Integralidade e Hierarquização referem-se ao que se classifica como níveis de complexidade, permitindo que os profissionais que atuam na USF compreendam esses níveis que estão relacionados com a referência e a

²⁰ Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011.

²¹ Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.

contrarreferência²², onde a referência acontece no nível menor da atenção à saúde, que é a básica, para o maior, que pode ser a média ou a alta complexidade. Já a contrarreferência ocorre ao contrário, ou seja, do nível maior de atenção contrarreferenciar ao menor nível. A equipe que atua na USF deve estar capacitada a atuar, sendo capaz de traçar perfil epidemiológico da comunidade na qual atua, necessariamente, sobre os riscos à saúde na qual a comunidade está exposta. A territorialização, Adscrição da clientela é referente ao território que cada USF abrange, sendo necessário que cada USF realize o cadastramento dos indivíduos e família do território delimitado. A equipe multiprofissional, geralmente é composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem, um dentista, e os agentes comunitários. No que se refere ao princípio do caráter substitutivo, Santana e Carmagnani, (2001) considera “substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde” (SANTANA E CARMAGNANI, 2001, apud FIGUEIREDO, p.56). Esses princípios são norteadores para uma prática na Estratégia Saúde da Família, que seja voltada para o atendimento integral aos indivíduos e suas famílias. As ações de saúde realizadas na ESF devem ser operacionalizadas nas Unidades de Saúde da Família, essas unidades devem contar com a atuação de uma ou mais equipes dependendo da área territorial abrangente e quantidade de famílias cadastradas, como afirma Figueiredo (2013):

O funcionamento das Unidades Saúde da Família (USF) se dá pela atuação de uma ou mais equipes de profissionais que devem se responsabilizar pela atenção à saúde da população, vinculada a um determinado território. Cada equipe é responsável por uma área onde residem entre 600 a 1000 famílias, com limites máximos de 4000 habitantes (FIGUEIREDO 2013, p. 57).

Cada equipe da Unidade de Saúde da Família é responsável pelo cadastramento das famílias na unidade. É através desse cadastramento que é possível traçar um perfil epidemiológico e social da população atendida. Esses cadastramentos geralmente são realizados através das visitas domiciliares, onde todas as informações coletadas sobre os indivíduos e famílias servem também como suporte para que as equipes que atuam nas USF planejem e realizem atividades voltadas para a promoção da saúde, melhorando assim, a qualidade de vida da população abrangente. Além dos profissionais que devem atuar na USF,

²² A Referência é necessariamente enviar junto com o usuários as informações referente ao agravo da saúde, ao nível de média ou alta complexidade, a contrarreferência é necessariamente as o retorno de outras informações como possíveis diagnósticos, e cuidados necessário ao usuários , para o atenção básica. A esse respeito ler, FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Disponível em <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/169>>.

outros como psicólogos, assistentes sociais e educador físico podem integrar a equipe da USF ou do NASF, que é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Todos esses profissionais atuantes na ESF, no exercício de suas profissões, devem proporcionar à comunidade atendimento básico a saúde, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida da população.

2.1 SAÚDE DA FAMÍLIA- ORIGEM E EVOLUÇÃO

Em 1991 foi criado pelo MS o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com o intuito de reduzir a mortalidade materno-infantil²³. Devido ao êxito do programa, este serviu de mediação e posteriormente para a criação do Programa Saúde da Família em 1994, com o objetivo de organizar a atenção primária à saúde, garantindo à comunidade a integralidade da atenção à saúde. Souza (2007) considera que:

O ministério da saúde lança, no início de 1994, o programa de saúde da família, que valorizava os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, entre outros (SOUZA, 2000 apud MAGALHÃES, 2011, p. 21).

A implantação do PSF significou uma forma de reorganizar a atenção primária, rompendo com o modelo tradicional que era baseado na medicina curativa, e se tornando como uma estratégia de organização de um novo modelo de atenção à saúde, que seja pautada na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Apesar de todas diretrizes em nosso país, as políticas de atenção à saúde nem sempre estão pautadas na cura, proteção e promoção da saúde. Como exemplo podemos citar o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que faz parte das políticas especiais e desenvolve ações mais voltadas para a cura das doenças do que para a prevenção. Como coloca Viegas:

Entretanto as políticas especiais tendem a ser fragmentadas entre si realizando ações similares, de forma paralela, em grupos distintos. Ou mesmo, não conseguem vislumbrar o indivíduo como um ser integral, não selecionando os indivíduos que se incluem em mais de um grupo específico,

²³ A mortalidade materno-infantil atingia em maior escala, a região norte de nordeste. A esse respeito MAGALHÃES. Patrícia Lima. **Programa Saúde da Família: Uma Estratégia em construção**. UFMG, 2011

que atingem uma dimensão não reducionista, mas ampliada: social, cultural, emocional, financeira. Essa limitação pode ser exemplificada pelo próprio PAISM, pois se preocupa predominantemente com os problemas de saúde da mulher não considerando o adoecimento feminino não relacionado ao aspecto biológico. Para Mattos (2003), deve-se buscar uma visão mais abrangente daqueles que serão os “alvos” das políticas de saúde, deve-se configurar a integralidade em uma de suas acepções, ou seja, recusar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais (VIEGAS, 2010, p. 36).

Sendo assim, a atenção integral, baseada na promoção, prevenção e não apenas na cura, busca permitir que a política de saúde tenha uma maior eficácia, permitindo a compreensão da relação saúde x doença, onde as intervenções devem ocorrer não reguladas apenas para o processo de cura de doenças, mas na construção de uma relação com os usuários do SUS, no qual os mesmos possuam uma relação de afeto e vínculo com a equipe da PSF. Essa relação de confiança estabelecida entre as equipes dos PSF(s) e as famílias ocorre mediante ao acompanhamento das famílias assistidas, e ao atendimento pela rede de serviços socioassistenciais. A Estratégia Saúde da Família busca romper com a assistência à saúde baseada na proposta assistencial hospitalocêntrica, onde o acesso a política de saúde, ocorria apenas em caso de doença. O objetivo da PSF é a atenção primária. Para Organização Mundial da Saúde (OMS) a atenção primária é:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É a parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Declaração de ALMA –ATA/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978 apud VIEGAS 2010, p. 33).

Nesse sentido, a APS constitui a porta de entrada para o acesso a política pública de saúde. É através dessa atenção primária que é possível aproximar a comunidade da USF, estabelecendo confiança com as equipes que atuam nessas unidades. O que permite que a equipe conheça os problemas de saúde relacionados com indivíduos e comunidade, permitindo uma atuação baseada na promoção, prevenção e reabilitação da saúde de cada indivíduo.

O PSF surge com o objetivo de melhorar a saúde da população buscando garantir o acesso à política de saúde, propiciando além da promoção da saúde, diagnóstico precoce para um possível tratamento da saúde, não sendo necessário o encaminhamento para outros níveis de complexidade o que pode ser solucionado de certa forma na atenção básica. Nesse sentido Margalhães (2011), afirma que:

Nos municípios brasileiros em que o PSF está implantado adequadamente, com profissionais capacitados e integrados ao sistema municipal de saúde, esse tem condições de solucionar efetivamente mais de 85% dos casos de saúde da população atendida. As equipes de saúde da família dispõem de meios e profissionais capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde ali mesmo, na Unidade de Saúde da Família-USF. Quando necessário, as equipes realizam atendimento no próprio domicílio (MARGALHÃES, 2011, p.22).

Nesta perspectiva, as equipes das USFs devem estar capacitadas para acolher a comunidade na busca de solucionar, na atenção primária, casos referentes à saúde buscando evitar possíveis agravos. Não havendo solução na Atenção Básica que a equipe possa referenciar para o atendimento da média ou alta complexidade, dependendo da gravidade de cada caso. Com a portaria 648,²⁴ que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica onde foi estabelecida a revisão das diretrizes e normas na organização da Atenção Básica, e para o Programa Saúde da Família, o PSF passou a ser considerado como uma estratégia de saúde. A mudança pode ser explicada devido ao fato de um “Programa” ser configurado com início e término. Já como estratégia, haveria a continuidade das ações de saúde, como no caso da Atenção Básica que necessita que além das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde as equipes da USF desenvolvam também a continuidade do cuidado da comunidade assistida. Nesse sentido, a ESF busca na família o centro para o atendimento, implantando não apenas um novo modelo de atenção, mas uma nova maneira de intervir na saúde dos indivíduos, considerado os indivíduos e suas famílias. Cabe ressaltar também, que APS também é um modelo de atenção com custo menor devido as ações de promoção e prevenção não utilizar tantos equipamentos quanto os demais modelos, isso também ajuda a compreender a hegemonia da ESF. De acordo com o MS, a territorialização é de fundamental importância, pois é possível traçar características epidemiológicas, sociais e demográficas. Nesse sentido, Figueiredo (2013) considera que a operacionalização da Estratégia Saúde da Família, a partir da territorialização, permite alcançar objetivos como:

²⁴ A portaria 648 foi emitida em 28 de março de 2006, onde aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de riscos desta população;
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar, em conjunto com a comunidade, um plano de ação para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença;
<ul style="list-style-type: none"> • Prestar assistência integral na USF, na comunidade, no domicílio além do acompanhamento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Tabela 1: objetivos do ESF.

Fonte: Figueiredo 2013/ adaptado pela própria autora 2015.

Outro desafio a ser considerado é a falta de profissionais para atuar na ESF, pois é necessário ter uma formação generalista, capaz de atuar nas diferentes formas de cuidado à saúde da família. Nesta perspectiva, Figueiredo (2013) considera que:

Um das maiores dificuldades na implementação da ESF diz respeito à carência de profissionais para atender a esta nova realidade (CAMPOS e BELISARIO, 2001). A ESF exige para sua consecução, profissionais com formação generalista, capaz de atuar de forma efetiva, na complexa demanda de cuidados da Atenção Básica, estando, desta forma, na contramão da medicina intervencionista e sofisticada de nossos dias (FIGUEIREDO, 2013, p.57).

Essa dificuldade em torno de médicos generalistas é devido às especializações que se tornou frequente na área da medicina, principalmente por alguns acreditarem que médico que não se especializa, o campo de trabalho acaba restringindo e os mesmos passam a atuar, especificamente, na ESF. Como ressalta Figueiredo (2013):

É urgente o valor desses profissionais e propiciar a este modelo, espaço como especialidade e campo do saber e afastando a ideia de que o profissional que não se especializa é o que “vai para a saúde da família” (COSTA e CABRONE, 2009). Além disso, faz-se necessário, o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, de forma a incorporar, não apenas novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, garantindo uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAÚJO, 2007 apud FIGUEIREDO, p.57).

A ESF é uma estratégia que para atuar em um determinado território necessita de profissionais que estejam capacitados para atuar no acolhimento aos indivíduos e famílias, desenvolvendo ações pautadas nos princípios e diretrizes do SUS e, especificamente, da ESF buscando a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PORTA DE ENTRADA NO SISTEMA DE SAÚDE.

É através da estratégia Saúde da Família que indivíduos e família acessam de forma preliminar a política de saúde. A ESF busca romper com o modelo tecnicista e hospitalocêntrico, que foi construído historicamente e socialmente na saúde brasileira, não sendo capaz de articular a saúde com qualidade de vida, baseado apenas nas intervenções curativas. Nessa perspectiva, o MS (2003) afirma que:

O modelo médico-assistencial hospitalocêntrico foi historicamente preponderante no Brasil. Fortalecido pelo arcaico conceito de saúde como ausência de doença e pelos ganhos de capital de interesse do complexo médico-tecnológico e daqueles meramente mercantilistas, esse modelo tornou-se, evidentemente, incapaz de articular a interface da saúde com os fatores que influem na qualidade de vida das pessoas e das comunidades (MINSITÉRIOS DA SAÚDE, CONASS, 2003, p.129).

A ESF, como um novo modelo de atenção, tem em suas bases uma visão voltada não apenas para a presença de doença, mas sim além, busca promover a saúde da população com ações voltadas para melhores condições de vida, como práticas esportivas, boa alimentação entre outras. A prevenção, através de campanhas de conscientização, como a do uso da camisinha em combate ao HIV/AIDS, a do câncer de mama, a do câncer de próstata, campanhas de vacinação, da importância do pré-natal, etc. Ações voltadas para a recuperação da saúde da população através da continuidade do cuidado na USF.

Estima-se que o programa Saúde da Família está presente nos 5.570 municípios brasileiros ²⁵ e são várias ações desenvolvidas pela equipe da ESF no intuito da vigilância à

²⁵ De acordo com o Ministério da Saúde, o programa saúde da família abrange os 5.570. Fonte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/panoramas_da_ab.php.

saúde²⁶, construindo uma relação de confiança com a comunidade assistida. As principais atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF são:

- **Mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais presentes nesse território;**
- **Planejamento, busca ativa, cadastramento e acompanhamento das famílias**
- **Acolhimento e marcação de consultas;**
- **Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças;**
- **Consultas médicas, de enfermagem e de odontologia;**
- **Realização de procedimentos odontológicos, médicos e de enfermagem: imunizações, inalações, curativos, drenagem de abscessos e suturas;**
- **Administração de medicamentos orais e injetáveis, terapia de reidratação , entre outras;**
- **Acolhimento e urgências básicas de enfermagem, de medicina e de odontologia;**
- **Realização de encaminhamento adequado das urgências e de casos de maior complexidade.**

Tabela 02: Principais atividades desenvolvidas pela ESF.
 Fonte: Figueiredo 2013, adaptado pela própria autora (2016).

Há também vários programas que são ofertados na atenção básica, esses principais programas a serem desenvolvidos na Estratégia Saúde da Família possuem uma finalidade e um público alvo, como crianças, mulheres, pessoas com diabetes, hipertensão, entre outros. Esses programas são:

Público alvo	Ações
	-Vigilância nutricional com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, promoção ao aleitamento materno;
	-Imunização - realização de esquema vacinal básico e busca ativa de faltosos;

²⁶ Segundo CAMPOS e Guerrero, 2010, a vigilância à saúde é o processo de observar com o intuito de prevê, uma situação de agravo a determinado problema de saúde.

Atenção à crianças

- Assistência às doenças prevalentes entre elas as diarréicas em crianças menores de cinco anos;
- Assistência e prevenção das patologias bucais com foco no desenvolvimento neurolinguístico e no processo de socialização da criança.

Atenção à Saúde da Mulher

- Pré-natal - diagnóstico de gravidez, cadastramento das gestantes com e sem riscos gestacionais, na primeira consulta. Vacinação antitetânica, avaliação no puerpério e atividade educativa de promoção à saúde;
- Planejamento familiar com fornecimento de medicamento e orientação quanto a métodos anticoncepcionais;
- Prevenção de câncer de colo e útero;
- Prevenção de problemas odontológicos e levantamento de doenças bucais especialmente cáries e doenças gengivais.

Controle de hipertensão e diabetes

- Diagnóstico de caso e cadastramento dos portadores;
- Busca ativa dos casos com medição de pressão arterial e/ou dosagem dos níveis de glicose;
- Tratamento dos casos com fornecimento de medicação e acompanhamento do paciente;
- Diagnóstico precoce de complicações;
- Ação educativa para controle de risco como obesidade, vida sedentária, tabagismo além da prevenção de patologias bucais.

Controle de Tuberculose

- Busca ativa de casos e identificação de sintomáticos respiratórios;
- Diagnóstico clínico dos comunicantes, vacinação com BCG e quimioprofilaxia quando necessário;
- Notificação e investigação dos casos;
- Tratamento supervisionado dos casos positivos e busca de faltosos;
- Fornecimento de medicamentos;
- Ações educativas.

- Busca ativa de casos e identificação dos sintomáticos dermatológicos e de seus

<p>Eliminação da Hanseníase</p>	<p>comunicantes;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notificação e investigação dos casos; - Diagnóstico clínico dos casos com exames dos sintomáticos e classificação clínica dos casos multi e palcibacilares; - Tratamento supervisionado dos casos com avaliação dermatoneurológica e fornecimento de medicamento; - Controle de incapacidades físicas; - Atividades educativas.
<p>Ações de saúde bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cadastramento de usuários, planejamento e programação integrada às demais áreas de atenção do ESF; - Alimentação e análise dos sistemas de informação específicos; - Participação do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência; - Desenvolvimento de ações intersetoriais.

Tabela 03: Programas da Atenção Primária executados pela ESF.
 Fonte: Figueiredo 2013, adaptado por Angela Santos 2016.

Segundo Figueiredo, todos esses programas e ações desenvolvidas na Saúde da Família, de certa maneira, ao trabalhar na busca da promoção, prevenção e controle de doenças, ações pautadas na melhoria da qualidade de vida, estão interligados com o processo de vigilância à saúde. Ainda que essas ações sejam executadas isoladamente ou em conjunto.

A assistência farmacêutica também é contemplada pela LOS, bem como os investimentos nos medicamentos da farmácia básica ocorre através dos repasses Federal, Estadual e Municipal. É estabelecida uma porcentagem para o ente Federado, destinada para a assistência farmacêutica.

2.3 A ESFERA MUNICIPAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Muitas mudanças ocorreram na área da saúde, principalmente ao que se refere a implementação do SUS. Uma dessas mudanças ocorridas, que significou um marco na saúde, foi o processo de descentralização e municipalização das ações de saúde, passando a

responsabilidade pela organização da rede de saúde para os gestores dos municípios. É uma estratégia adotada pelo país, que de certa forma, responsabiliza os municípios pela saúde da população, transferindo a responsabilidade que antes era do Estado aos municípios. Com a intenção de viabilizar o processo de descentralização do SUS foram criadas três Normas Operacionais Básicas, que foram a NOB 91, a 93 e a 96. Estas buscaram estabelecer aparatos para o modelo de assistência à saúde. Mas foi a NOB 96 que desenvolveu o processo de descentralização, instituindo outras condições para gestão de saúde entre Estados e municípios norteando, de fato, a maneira de funcionamento da gestão dos municípios na saúde. Como afirma Magalhães (2011):

De acordo com a Norma Operacional Básica- NOB/SUS 01/96, a criação e o funcionamento desse sistema municipal, impulsionado pelo processo de descentralização imposto pelo SUS possibilitaram uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território (MAGALHÃES, 2011, p.27).

Com a municipalização²⁷, os municípios são os principais responsáveis pela a saúde da população. É o gestor municipal que deve organizar, seguindo os princípios doutrinários e organizativos do SUS, as ações de saúde. Cabendo ao município a implantação da estratégia saúde da família. No que se refere ao financiamento da saúde pública, a EC nº29/2000²⁸ instituiu que a União, Estados e Municípios participem de forma obrigatória no orçamento para financiar a saúde pública. Os municípios devem aplicar no mínimo 15% dos recursos próprios. Essa Emenda Constitucional busca assegurar os recursos mínimos para aplicação das ações de saúde, responsabilizando todas as esferas do governo em relação ao financiamento do Sistema Único de Saúde. Para um controle social, a cerca dos recursos financeiros da saúde pública, sua gestão legalizada ocorre através de fundos de saúde, através de transferências automáticas de fundo à fundo, ou seja, são repasses realizados do Fundo Nacional de Saúde para o Distrito Federal, Fundo Estadual, ou Municipal. São recursos destinados à atenção primária, média e alta complexidade. No que se refere ao financiamento da atenção básica, o repasse é feito mensalmente. Tendo com base o número de cadastramentos das UBSs, os valores variam de acordo com a equipe da ESF, a modalidade NASF. De acordo com o MS (2002):

²⁷Municipalizar é transferir para ao município, a responsabilidade e recursos para organizar , planejar , executar, fiscalizar políticas publicas, de acordo com a demanda local.Fonte:<http://sistemaunicodesaude.weebly.com/municipalizao.html>.

²⁸ EC nº 29/2000, Emenda Constitucional que deu previsibilidade aos recursos para o financiamento da saúde pública. Fonte: Ministério da Saúde/ O SUS no seumunicípio, garantindo à saúde para todos. Brasília, 2004.

Na implantação do PSF, o MS entra com parcela expressiva dos recursos financeiros, fornece os medicamentos básicos e garante parte dos equipamentos para as UBSs, ficando o município, no entanto, responsável por complementar o restante dos recursos necessários e, principalmente, assumir a implantação e a operação do programa (BRASIL, 2002, apud MAGALHÃES, 2011, p.22).

Com o processo de descentralização todos os municípios devem possuir Conselho Municipal de Saúde,²⁹Fundo Nacional, Plano Municipal de Saúde e Relatório de gestão. Segundo o CONASS (2003):

A lei 8.142/90 trata da alocação do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automático para os municípios, Estados e Distrito Federal. Para o recebimento destes recursos Municípios, Estados e Distrito Federal devem contar (a) Fundo de saúde; (b) Conselho de Saúde; (c) Plano de Saúde; (d) Relatório de Gestão; (e) Contrapartida de Recursos para a saúde no respectivo orçamento; (f) Comissão de elaboração do Plano de carreira, cargos e salários (PCCS) (CONASS, 2003, p. 27).

Todas as ações de saúde Municipal devem ser planejadas, programadas e avaliadas pelos gestores municipais. Para que isso ocorra cabe o gestor elaborar o PMS, que é um instrumento de gestão exigido através de lei, onde deve haver transparência das ações de saúde realizadas. De acordo com Mottin (1999):

O Plano Municipal de Saúde é obrigatório perante a legislação, que o exige como requisito do processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas pela NOB-SUS 01/96. Nosso interesse é saber qual o posicionamento dos gestores ante um instrumento exigido por lei e com o qual a relação é recente, muito embora, no nosso entendimento, se constitua como ferramenta essencial de gestão (MOTTIN, 1999, p. 117).

O Ministério da saúde considera que o Plano Municipal de Saúde:

É responsabilidade de o gestor municipal desenvolver o processo de planejamento, programação e avaliação da saúde local, de modo a atender as necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade. O plano Municipal de Saúde (PMS) deve orientar as ações na área, incluindo o orçamento para a execução. Um instrumento fundamental para nortear a elaboração do PMS é o Plano Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONASS, 2004, p.26).

O Plano Municipal de Saúde tem como principal objetivo o planejamento das ações e serviços de saúde, contribuindo para um diagnóstico dos municípios, e articulando o

²⁹ O Conselho Municipal de Saúde é um órgão deliberativo.

compromisso dos municípios com a política de saúde. Deve ser utilizado como base para executar, monitorar, avaliar, e gestar o sistema de saúde.

Com o processo de municipalização, os municípios se tornaram responsáveis por organizar a saúde, respeitando as particularidades de cada município. Cabendo as autoridades municipais e a comunidade os rumos dos programas de saúde dos municípios. Essa descentralização designa responsabilidades aos municípios na organização e execução dos programas de saúde. De acordo com Motti (1999):

A descentralização das ações e serviços de saúde vem ocorrendo por intermédio do chamado processo de municipalização. Objetivando transferir o poder do nível central para o nível periférico, o texto constitucional atribui ao município a condição de ente federado (Art 1º e 18º), reconhecendo os governos municipais em seu papel de provedores dos serviços públicos essenciais. Quanto à área de saúde, o município recebe, pela Constituição (Art. 30, VII), a incumbência de atender à saúde da população com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados (MOTTI, 1999, p 26).

A municipalização deve envolver não apenas à prefeitura em si, mas também entidades representativas da sociedade civil. Para o planejamento e efetivação das ações de saúde nos municípios é de fundamental importância a articulação deste e da sociedade civil.

A saúde, apesar de ser financiada pelos três entes federados, cabe aos municípios, a implantação e implementação da ESF. São vários os desafios enfrentados no processo de implementação da ESF, como por exemplo, a atuação das equipes da Saúde da Família, como afirma Magalhães (2011):

Um dos principais fatores que dificulta a implementação do PSF segundo alguns autores é a dificuldade da prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes. De acordo com Neckel (2009), este fato é decorrente da formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária (MAGALHÃES, 2011, p.28).

Principalmente no que se refere ao reconhecimento do médico como principal profissional para o funcionamento do sistema de saúde. Outro fator que dificulta o processo de implementação da ESF é a troca frequente de profissionais que já possui certo vínculo com a comunidade. O que pode acabar distanciando a comunidade das USF e pode contribuir para a não aceitação do programa pela comunidade. A esse respeito Magalhães (2011) afirma que:

Para o CONASS (2007), a desvalorização do PSF se reflete na dificuldade de captação dos profissionais necessários, nas dificuldades de muitos autores de deixar de tratar o PSF como um “postinho de saúde”, e dos usuários de reconhecer que esse espaço é fundamental para apoiá-lo na rede de serviços e tecnologias disponíveis nos sistemas de saúde (MAGLHÃES, 2011, p.29).

Partindo desses pressupostos, a Estratégia Saúde da Família não significa a vigilância à saúde apenas no que tange à ausência de doenças, mas todas as ações que buscam garantir qualidade de vida, e que são pautadas nos princípios incorporados do SUS, que são universalidade, equidade e integralidade.

3.0 - SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX.

Nesse capítulo será discutida a saúde da família no município de São Felix, especificamente, a atenção básica como eixo de fundamental importância para estruturar o SUS na perspectiva de implementação do Sistema Único de Saúde, através da USF e do Programa Saúde da Família. E a análise de dados qualitativos por meio da categorização.

À Atenção Básica se resume em ações de saúde que podem ser individuais ou coletivas, desenvolvidas por profissionais capacitados que buscam promover, proteger e até mesmo recuperar a saúde; ações essas com centralidade na família. Nesse sentido a ação de saúde desenvolvida no Município de São Félix necessita estar em consonância com as normas e diretrizes do SUS, enquanto um Sistema de Saúde hegemônico e em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica. As ações de saúde da Família são distribuídas nas Unidades de Saúde da Família entre a zona urbana e a zona rural. Na figura abaixo, pode-se observar de maneira geral, o total de repasses por bloco destinado ao Município, para o desenvolvimento das ações de saúde no mesmo no ano de 2015.

Bloco	Valor total	Desconto	Valor Líquido
Assistência Farmacêutica	R\$ 75.772,40	R\$ 0,00	R\$75.772,40
Atenção Básica	R\$ 2.345.504, 04	R\$0,00	R\$ 2.345.504,04
Investimento	R\$3.000,00	R\$0,00	R\$3.000,00
Média e Alta complexidade Ambulatorial e hospitalar	R\$12.388.977,34	R\$1.218.037,76	R\$11.170.939,58
Vigilância em saúde	111.977,01	R\$0,00	R\$111.977,01
Total Geral	R\$ 14.925.230,70	R\$1.218.037,76	R\$ 13.707.193,03

Tabela 04: Recursos recebidos pelo Município de São Félix-Ba em 2015

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, adaptado por Angela Santos 2016.

Nas tabelas abaixo podemos observar com detalhamento o investimento mensal na saúde do município pesquisado no ano de 2015, segundo o site do Fundo Nacional de Saúde:

	JAN	FEV	MAR	ABRIL	MAI	JUN
VIG. EM SAÚDE	17.534,92	0,00	7.186,44	10.186,44	7.186,44	1.000,00
Média e alta complexidade	1.154.137,46	868.383,39	868.383,39	888.120,69	880.181,22	869.267,62
Invest.	0,00	0,00	0,00	3.000,00	0,00	0,00
Atenção Básica	329.965,67	196.194,64	166.808,67	197.208,67	209.512,67	221.008,67
Assist. Farm.	6.888,40	0,00	13.776,80	6.888,40	0,00	6.888,40

Tabela 05: Detalhamento do investimento mensal na saúde do município em 2015.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde 2015.

Elaborado pela própria autora 2016.

	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
VIG. EM SAÚDE	22.559,32	1.000,00	1.000,00	32.663,45	0,00	11.660,00
Média e alta complexidade	879.807,02	869.267,62	849.943,92	906.693,42	984.407,62	1.152.346,21
Invest.	0,00	0,00	0,00	3.000,00	0,00	0,00
Atenção Básica	221.008,67	132.365,67	234.313,67	195.180,67	164.780,67	131.355,67
Assist. Farm.	13.776,80	0,00	6.888,40	13.776,80	0,00	6.888,40

Tabela 06: Detalhamento mensal dos investimentos na saúde em São Félix em 2015.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde 2015

Elaborado pela autora 2016.

Totalizando o valor de 13.707.193,03 dos recursos Federais repassados para o Município de São Félix no ano de 2015. Desses valores 1.949.052,00 refere-se ao PAB variável, que são recursos federais repassados para os municípios para serem utilizados em estratégias, como por exemplo, Programa Saúde da Família, Programa dos ACS, Saúde

Bucal, entre outros. E o valor de 2.345.504,04 é referente ao Piso da Atenção Básica Fixo (PAB-Fixo), que são recursos financeiros para custeio das ações de saúde. São valores repassados mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, de maneira regular e automática, ou seja, todos os meses o município recebe os recursos do PAB Fixo.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2014), a secretaria Municipal de Saúde é composta por departamento de atenção básica, departamento de vigilância à saúde, departamento de controle, avaliação e regulação. E que o município faz-se presente nos ambientes de decisão da CIB³⁰ através dos seus representantes legais.

3.1 O LÓCUS DA PESQUISA – CARACTERIZANDO O MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX.

De acordo com os dados do IBGE, São Félix é um município localizado no Estado da Bahia e faz parte da mesorregião metropolitana de Salvador e microrregião de Santo Antônio de Jesus. Possui uma área territorial de 99,203 Km², segundo o IBGE, estima-se que a população local é de 15.987 habitantes. A região de saúde do Município de São Félix pertence a 31ª DIRES Cruz das Almas. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal³¹(IDHM) 2010, foi de 0,639, o que significa que a faixa de desenvolvimento municipal está em nível médio. Na figura abaixo se encontra a localização do Município e alguns municípios circunvizinhos.

³⁰ CIB- Comissão Intergestora Bipartite.

³¹ O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é responsável em medir o desenvolvimento de um município, no que se refere à educação, renda, longevidade da população, em uma escala de 0 à 1, sendo que quanto mais próximo de 1 maior o nível de desenvolvimento, quanto mais próximo de 0 menor o nível de desenvolvimento. A respeito do assunto, acessar: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/.



Figura 01- Localização do Município de São Félix-Bahia.
Fonte: IBGE.

No que se refere à demografia do município, através da representação abaixo podemos, observar a estimativa da população residente de acordo com o IBGE, no ano de 2009. Cabe ressaltar que esse índice é ainda maior no ano vigente.

População Residente por ano		
Ano	População	Método
2009	16.211	Estimativa
2008	15.987	Estimativa
2007	14.991	Estimativa
2006	14.819	Estimativa
2005	14.651	Estimativa
2004	14.314	Estimativa
2003	14.167	Estimativa
2002	14.016	Estimativa
2001	13.894	Estimativa
2000	13.699	Censo

Fonte: IBGE.

Taxa de crescimento anual estimada (%) (2006-2009)	3,0
Mulheres em idade fértil (10-49 anos), 2009	5.458
Proporção da pop. feminina em idade fértil, 2009 (%)	65,2

Tabela 07 : Estimativa da população residente.
Fonte: IBGE.

Na figura abaixo, a representação da população residente no município, de acordo com sexo e faixa etária.

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009				
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	
Menor 1	145	139	284	
1 a 4	590	572	1.162	
5 a 9	734	718	1.452	
10 a 14	679	701	1.380	
15 a 19	717	735	1.452	
20 a 29	1.666	1.636	3.302	
30 a 39	1.255	1.391	2.646	
40 a 49	849	995	1.844	
50 a 59	591	681	1.272	
60 a 69	307	381	688	
70 a 79	204	254	458	
80 e +	105	166	271	
Ignorada	-	-	-	
Total	7.842	8.369	16.211	

Tabela08:

Estimativa da população por faixa etária e sexo.

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas.

De acordo com Plano Municipal de saúde 2014, o município possui gestão plena na saúde, regulamentada através da resolução CIB nº 132 e nº 57³². Na atenção básica, o município possui 06 Unidades de Saúde da Família, sendo 03 na área urbana e 03 na área rural, todas compostas por Equipe de Saúde Bucal 1 NASF, 1 Centro Integrado de Promoção à Saúde (CIPS), 1 CAPS, 1 SAMU e 1 Farmácia Básica. No que se refere à assistência de média e alta complexidade, o município possui convênio com a Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora da Pompéia, localizada no próprio Município. Onde são realizados atendimentos emergenciais com ambulatório e especialidades, como por exemplo; pediatra, dermatologista, cardiologista, neurologista, ginecologista, endocrinologista, urologista, otorrinolaringologista, entre outros. Nas Unidades de Saúde da Família do município são desenvolvidos os programas, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Vigilância Alimentar e Nutricional, e Saúde da Família. A equipe do NASF é composta por um educador físico, um nutricionista, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um assistente social. As ações de saúde desenvolvidas no município, no que se refere à saúde da criança, são; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 à 5 anos, imunização, teste do pezinho, consulta de enfermagem, nutricional e odontológica, acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Na atenção integral à mulher; ações de planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer de

³² CIB Nº 132 de 20 de setembro de 2007 e a nº 57 de 27 de março do ano de 2008.

mama e colo do útero, entre outros. Na atenção integral ao idoso; consultas médicas, nutricional, acompanhamento com enfermeiro e encaminhamentos para especialidades. Para a população adulta; consultas médicas, encaminhamento para especialidades, acompanhamento para hipertensos e diabéticos, que faz parte do programa hiperdia. No Centro de Especialidades Odontológicas as ações são norteadas pelo programa Brasil Sorridente, desenvolvendo ações de cirurgia, próteses, endodontia e periodontia. Há também no município um CIPS (Centro Integrado de Promoção à Saúde), onde são desenvolvidas atividades físicas com o apoio de educador físico. Na figura abaixo podemos situar a organização da saúde no município de São Félix através do organograma da Secretaria Municipal de Saúde.

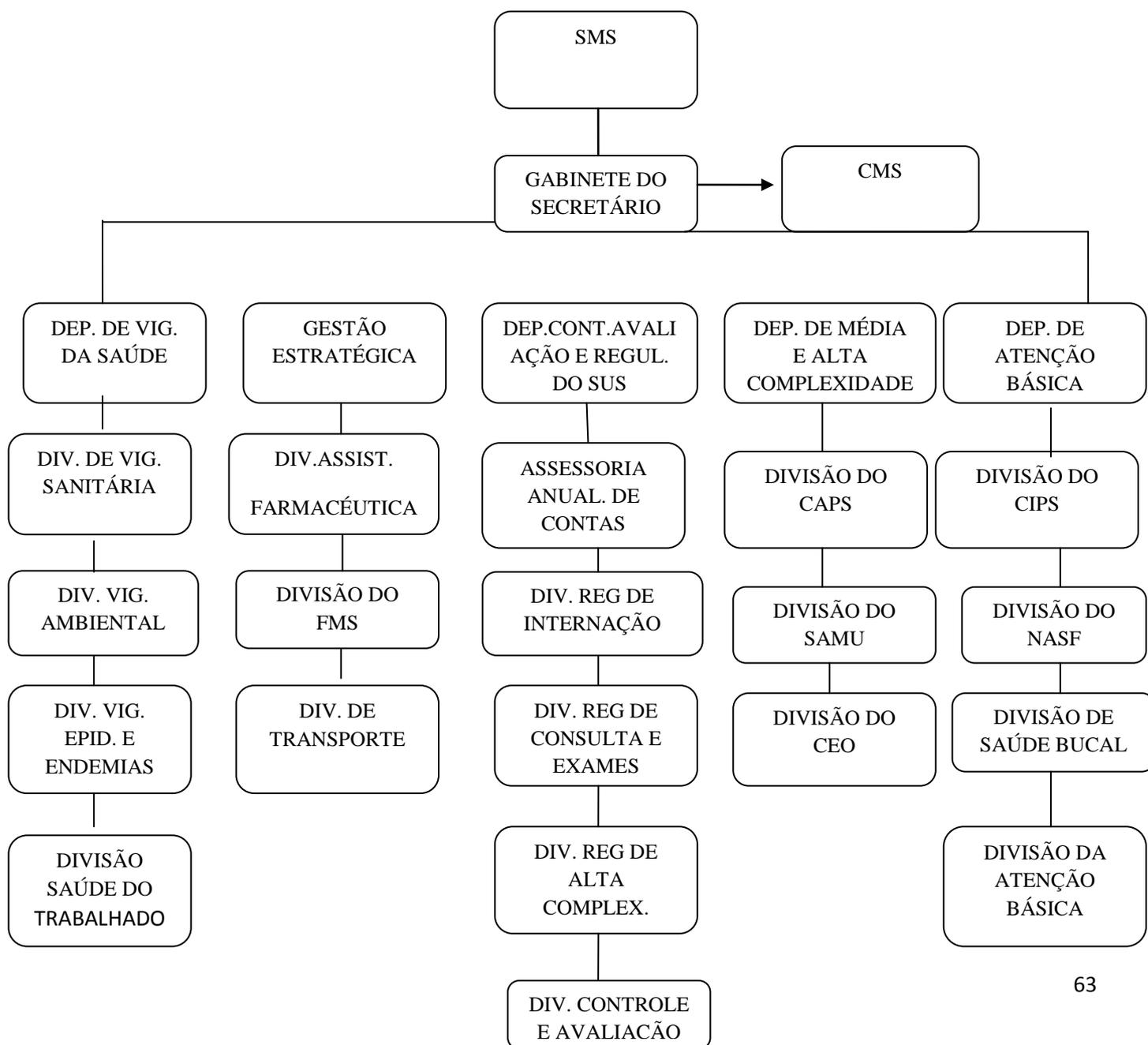


Figura 2: Organograma da Secretária Municipal de Saúde de São Félix
Fonte: Secretaria Municipal de São Félix, elaborada pela autora.

O município conta também com serviço de urgência e emergência através do SAMU, que possui sede no próprio município e atende todos os municípios circunvizinhos.

Segundo o Plano Municipal de Saúde de São Félix, o investimento na saúde é de 65.403.800,13 para ser utilizado com reformas das Unidades de Saúde, manutenção das ações de saúde, campanhas de prevenção, ações de combates a endemias, manutenção das ações de saúde bucal, manutenção das ações da farmácia básica, entre outras ações, nos anos 2014 a 2017.

3.2 A SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX

Como já foi relatado anteriormente, a saúde da família no município de São Félix tem ações distribuídas em seis Unidades Básica de Saúde da Família. Sendo três na zona urbana e mais três na rural. Além das USF, o município possui vínculo com um hospital no próprio município. A unidade pesquisada de saúde foi a Unidade de Saúde Dona Vivi, localizada na Rua Jonival Lucas, nos 135, considerada como pertencente ao centro da cidade, porém a mesma está localizada distante do centro em si. De acordo com a Unidade Básica de Saúde da Família Dona Vivi, são atendidas em média 566 famílias (cadastradas) ,na unidade e são realizados atendimentos de demandas espontâneas e referenciadas. De acordo com a equipe técnica da instituição, as ações de saúde desenvolvidas são; planejamento familiar, exames preventivos, curativos, pré-natal, acompanhamento das condicionalidades do PBF, aplicação de medicamentos, vacinas, realização de palestras, entre outras. As ações de saúde no município de São Félix que visam a promoção, prevenção e recuperação da saúde com centralidade na família são realizadas através de Pactuação entre o três entes federados. Como podemos observar na tabela abaixo a Pactuação de Diretrizes, Objetivos, metas e indicadores - 2014 e 2015. Seguindo a diretriz um do DATASUS: “Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção e da atenção especializada” (DATASUS, 2014).

NºTIPO	Indicador	Meta
Um		

1	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	100,00	%
2	U	Proporção de Internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)	33,10	%
3	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família	84,03	%
4	U	Cobertura Populacional Estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	100,00	%

Quadro 01: Objetivo. 1.1 – Utilização de mecanismo que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.
Fonte: DATASUS 2014/ Adaptado pela autora 2016.

Os Tipos de indicadores estão formulados através das letras U - que significa universal.

Nº	Tipo	Indicador	Meta	Un
1	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	100,00	%
2	U	Proporção de Internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)	36,84	%
3	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família	75,00	%
4	U	Cobertura Populacional Estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	100,00	%

Quadro 02: Objetivo. 1.1 – Utilização de mecanismo que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.
Fonte: DATASUS 2015/Adaptado pela autora 2016.

No que se refere ao cumprimento das metas e os objetivos, os indicadores abaixo é referente ao ano de 2014³³.

Nº	Tipo	Indicadores	Meta	Un
1	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	100,00	%
2	U	Internações por condições sensíveis à atenção primária	41,52	%
3	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades desauddo programa bolsa família	73,53	%
4	U	Cobertura Populacional Estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	100,00	%

Quadro 03: Indicadores do rol de diretrizes, objetivos, metas, e indicadores municipais.
Fonte: DATASUS/2014, Adaptado pela autora, 2016.

³³ Foi referenciado o ano de 2014 ao que se refere as diretrizes, metas e objetivos do município, devido não ter sido divulgado todos os indicadores referentes ao cumprimento dessa metas e objetivos do ano de 2015.

No que tange a estrutura física da unidade pesquisada, a mesma possui recepção, sala de espera, sala de vacina, consultório médico e de enfermagem para atendimento individualizado, consultório odontológico, expurgo, banheiro e cozinha. A esse respeito a Política Nacional de Atenção Básica de (2011)³⁴ preconiza:

Quanto à estrutura física mínima, devem dispor de consultório médico; consultório de enfermagem; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiro público; banheiro exclusivo para funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para a equipe; cozinha; sala de procedimentos; e, se forem composta por profissional de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipe odontológico completo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2011, p. 36).

Nesse sentido, foi possível observar durante a pesquisa à presença de leitos nos consultórios de enfermagem, do médico, da dentista e na sala de triagem, outra observação, é que as principais salas de atendimentos, todas são climatizadas.

Alguns dos entrevistados da unidade pesquisada consideram que a saúde no município é uma das melhores, em relação aos municípios circunvizinhos, pois na maioria dos casos de agravo dos problemas de saúde da população os mesmos conseguem ser solucionados no próprio município. Ressalvando que esses municípios circunvizinhos comprem os serviços de saúde do hospital de São Félix-Ba (Instituição Filantrópica). Como afirma um dos entrevistados: “Mesmo com algumas dificuldades, ainda sim, não podemos nos queixar, pois a saúde do nosso município é a melhor da região”. De acordo com o IFDM³⁵, que é o Índice de desenvolvimento Municipal, o índice da saúde em São Félix foi de 0.5930 tomando como base o ano de 2013³⁶. O que significa que a saúde do município estava nesse período em desenvolvimento regular. Como podemos observar na figura abaixo:

³⁴ A Política Nacional de 2011 foi regulamentada pela portarian 2.488, de 21 de outubro de 2011.

³⁵ O IFDM é o Índice de Desenvolvimento Municipal, assim como o IDH, serve para avaliar o índice de desenvolvimento, a diferença é que o IFDM busca avaliar de maneira mais profunda as áreas de saúde, educação e emprego e renda dos municípios brasileiros, sua escala é de 0,00 `a 1,0. Entre 0,0 e 0,4 significa baixo desenvolvimento; de 0,4 a 0,8, desenvolvimento regular; no caso de 0,8 à 1,0 significa alto desenvolvimento. Fonte: http://infosaudpb.saude.pb.gov.br/mosaico/static/arquivos/indice_de_Firjan.pdf.

³⁶ A edição do IFDM foi do ano de 2015, porém o ultimo ano base que foi encontrado o de 2013.



Figura 03: Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal
Fonte: IFDM 2013

São Félix está na posição 152º do ranking do IFDM na saúde em relação aos outros municípios. Alguns municípios, segundo o IFDM, apresentaram em 2013 maior índice na saúde em relação à São Félix, como Cachoeira que está na posição 112º com a saúde considerada com desenvolvimento moderado com índice de 0.6298, e Muritiba na posição 135º, com índice 0,6047 com desenvolvimento moderado. A figura abaixo mostra a posição do município:



Figura 04: Ranking do Município de São Félix na área da Saúde.
Fonte: IFDM, 2013.

Cabe destacar que o IFDM utiliza dados administrativos oficiais e de declaração que são obrigatórios e disponibilizados pelos municípios e pelo Ministério da Saúde, para realizar

cálculo e permitir uma avaliação confiável. Esse cálculo varia de 0,0 à 1,0. Quanto maior for a nota de cada município, maior será o índice de desenvolvimento na saúde.

3.3 A PERCEPÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE - D. VIVI.

A pesquisa foi realizada através de entrevista narrativa com a equipe técnica da Unidade de Saúde da Família Dona Vivi. Foram entrevistados; médico, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A equipe da USF Dona Vivi é composta por cinco agentes comunitários de saúde, um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, uma dentista, uma técnica de saúde bucal (TSB), uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais, totalizando treze pessoas no quadro de funcionários. Foram entrevistados sete profissionais: um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma dentista e três ACS. A média de idade dos funcionários é de aproximadamente de 38 anos.

Na figura abaixo a representação percentual do sexo dos entrevistados.

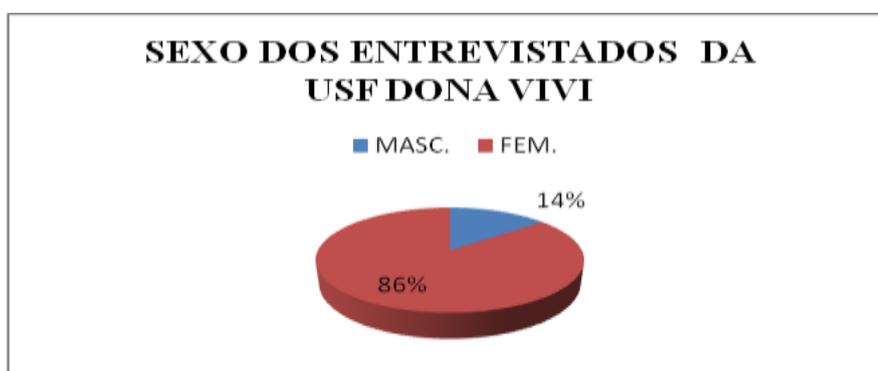


Figura 05- Sexo dos entrevistados da USF Dona Vivi.
Fonte: Pesquisa em Campo 2016/ Elaborada pela autora.

A maioria da equipe técnica é natural e residente do Município de São Félix, o que é de fundamental importância, pois permite que os mesmos conheçam à realidade do município e, principalmente, as dificuldades enfrentadas pela comunidade. No gráfico abaixo a representação da naturalidade dos entrevistados.

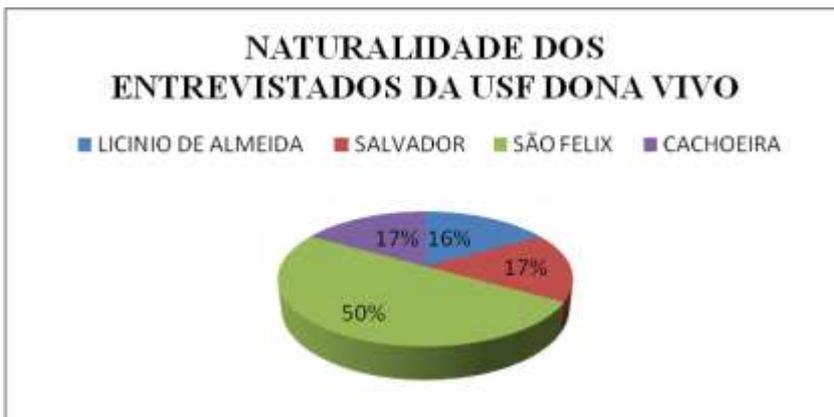


Figura06- Naturalidade dos entrevistados da USF Dona Vivi.
 Fonte: Pesquisa em campo 2106/ Elaborado pela autora.

No que se refere ao grau de escolaridade, a predominância é o ensino médio completo. Sendo quatro com ensino médio completo e três com pós-graduação. Como podemos observar no gráfico:

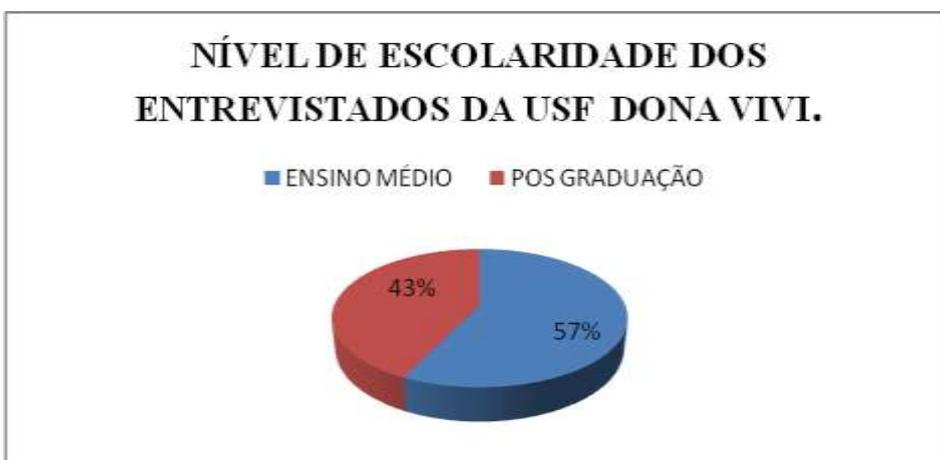


Figura 07: Representação do nível de escolaridade dos entrevistados.
 Fonte: Pesquisa em Campo 2016/ Elaborado pela autora.

Em um município localizado no recôncavo da Bahia, cuja maior parte da população é negra, o fato de se autodeclarar enquanto negro, já era algo esperado na pesquisa, como podemos observar na figura sobre à etnia, onde 57% dos entrevistados se autodeclararam negros, 14% brancos e 29% pardos, como mostra o gráfico abaixo:



Figura 08: Etnia dos entrevistados da USF Dona Vivi.
 Fonte: Pesquisa em Campo 2016/ Elaborado pela autora.

No que se refere à profissão e função, seis dos entrevistados exercem suas profissões, apenas um dos entrevistados possui uma profissão e atua em outra função (função essa que a mesma é concursada). Abaixo a representação das profissões dos entrevistados:



Figura 09- Profissões dos entrevistados da USF Dona Vivi.
 Fonte: Pesquisa em Campo 2016/ Elaborado pela autora.

Outro fato de grande importância é o vínculo empregatício da equipe técnica da Unidade. Foi possível constatar que 70% dos entrevistados são concursados, contribuindo para que não ocorra a rotatividade da maioria da equipe técnica que atua na unidade no período de troca de gestores. O que fortalece, de certa forma, o vínculo entre a comunidade e

os profissionais da unidade. No gráfico a seguir, é possível observar o percentual de concursados e contratados:



Figura 10- Vínculo empregatício da equipe técnica da USF Dona Vivi.
Fonte: Pesquisa em Campo 2016/ Elaborado pela autora.

Como já foi dito no início do trabalho, a pesquisa foi realizada através de entrevista narrativa. A partir de uma questão norteadora foi possível compreender a dinâmica da instituição através da percepção dos profissionais, compreendendo os principais dilemas e desafios para a implementação do SUS.

3.3.1 PROCESSO DE TRABALHO NA USF DONA VIVI

- **Característica institucional e fluxo de atendimento**

A equipe técnica da USF Dona Vivi no primeiro momento descrevera como é o processo de trabalho na Unidade. De acordo com os relatos desses profissionais, foi possível perceber a dinâmica da instituição e o cotidiano de cada profissional. Como podemos observar na fala da entrevistada1:

As segundas - feiras, pela manhã, atendo demanda espontânea à tarde o programa de hiperdia. As terças - feiras, pré-natal, as quartas-feiras visita domiciliar pela manhã à tarde puericultura, quinta-feira; puericultura pela manhã e planejamento pela tarde, as sextas-feiras, faço preventivo pela manhã e planejamento pela tarde (ENTREVISTADO1).

Através do relato da entrevistada nº 1, foi possível observar que existe um cronograma de ações na instituição com o intuito de organizar os atendimentos. Ainda sobre as ações da instituição, o entrevistado 2 diz que:

Atendemos aqui, nos dois turnos, são oito pacientes por turno, mais as urgências. Tem marcação de consultas, e ela é feita de acordo com a demanda da população, que aqui é bem assistida, não precisa pegar fila, não precisa esperar, nada disso (ENTREVISTADO2).

São cadastradas na unidade pesquisada uma média de 566 famílias, segundo informações da entrevistada 1, porém a USF Dona Vivi dá cobertura a uma comunidade de mais de 2000 pessoas, como afirma o entrevistado 3:

Normalmente trabalho 40 hrs/semanal, nós temos uma comunidade de mais de 2000 pessoas para atender, e a gente atende essas pessoas com horário e dia marcados, agendada. Como caráter emergencial, e atendemos também em domicílio. Cuidamos praticamente de todas as etapas da vida (ENTREVISTADO 3).

De acordo com o Ministério da Saúde:

Cada equipe é composta por um conjunto de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, auxiliares e agentes comunitários de saúde, podendo agora contar com um profissional de saúde bucal) que se responsabiliza pela situação de determinada área, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas.

Sobre as ações desenvolvidas por cada profissional, o Entrevistado 4, relata: “ Faço triagem, observo peso, altura, pressão para depois encaminhar para o médico, enfermeira ou dentista”. O entrevistado 7 relata também como ocorre o processo de vigilância nas casas das famílias assistidas : “Vamos até as casas das pessoas e precisamos observar tudo, como por exemplo, a questão da dengue, hoje com essa epidemia de zika vírus, para acionar a vigilância, aos colegas agentes de endemias” (ENTREVISTADO 7).

- **Desafios enfrentados pelos profissionais da USF Dona Vivi.**

Um dos desafios relatado por todos os profissionais é referente à territorialização, onde a maioria da população atendida nessa unidade reclama sobre a distância de onde moram

para a unidade, o que contribui para o afastamento da instituição por parte de algumas famílias cadastradas na USF Dona Vivi. Segundo a entrevistada 1;

Como desafio, a questão geográfica, o alto do hospital é área mais distante do posto, o pessoal reclama muito pela distância, por que a localização do posto é um pouco contramão, começa do alto do hospital e vai até o final da cidade, as pessoas reclamam muito de vir na unidade, tentamos o máximo ir até elas (ENTREVISTADA 1).

Nesse sentido, cabe salientar que a implantação de uma USF deve respeitar o território no qual está inserida, onde deve ser instalada, de fato, nas proximidades da comunidade assistida pela USF, o que contribui para o acesso à instituição. Como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica: “As Unidades Básicas de Saúde - instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem - desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade” (PNAB, p. 9, 2011).

Outro desafio relatado pela entrevistada 1: “é a questão cultural, onde esta afirma que tem dificultado na atenção à saúde de maneira efetiva. A mesma aponta que; “A questão cultural das pessoas, mesmo, atrapalham na atenção, em relação ao tratamento, tentamos contornar o máximo e valorizar também o conhecimento deles é importante, alguns deixam de usar a medicação, por que tem a prática de usar medicamento natural, chás” (ENTREVISTADO 1).

O entrevistado 2 aponta que um dos desafios: “É a falta de materiais, às vezes falta de condições mesmo, de instrumentos, falta de compreensão, mesmo até da população, às vezes da gestão, essas são as maiores dificuldades que a gente tem” (ENTREVISTADO 2).

Durante a pesquisa foi relatado também dificuldade devido ao consumo de drogas e negligência por parte de familiares. Problema esse enfrentado, principalmente, pelo ACS, como afirma O entrevistado 5:

No momento das dificuldades são mais sociais, por que a gente ver muito drogas, alcoolismo. Devido a isso fica difícil trabalhar só, agora mesmo, se tivesse na área, tem casos que a gente já sabe e se você me perguntar “fulana”, qual é a casa que se for agora encontro pessoas alcoolizadas, já saberia lhe responder então já dificulta o trabalho. Outro exemplo, em uma casa tem um idoso que teve o dedo amputado, mas que isso poderia ser evitado, a gente foi até a família e mesmo assim não conseguiu evitar, por que o alvo, que é o idoso, mora sozinho, mas a família não deu retorno, a equipe sozinha não pode evitar (ENTREVISTADO 5).

O entrevistado 6 diz que são muitos os obstáculos, principalmente por que, nem tudo eles podem resolver, depende muito de outras pessoas. Podemos observar em sua fala:

“Existem muitas dificuldades, mesmo assim a gente tenta ajudar, o problema é que o que encontramos na área nem sempre podemos resolver, dependemos de terceiros” (ENTREVISTADO 6). Isso nos faz refletir sobre a importância da intersetorialidade na Saúde da Família. A esse respeito, Junqueira (2000) afirma que:

A intersetorialidade, considerada como uma nova forma de resolver os problemas de uma população em um determinado território transcende a um único setor, pois é definida como a “articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, portanto de saberes, poderes e vontades diversas, para enfrentar problemas complexos” (Rede Unida, 2005:1), implicando numa nova maneira de “planejar, executar e controlar a prestação dos serviços”, para isto dependendo da modificação da organização da estrutura governamental (Junqueira, 2000:42 apud PAPOULA, 2006, p.1).

Ainda sobre a intersetorialidade Mendes (1996), afirma:

A intersetorialidade é um dos princípios organizativos da “estratégia da saúde da família”, tendo em vista a complexidade dos problemas de saúde a serem enfrentados, implicando na participação de outros setores externos para a resolução dos mesmos, devendo a saúde da família trabalhar em “estreita articulação” com estes setores (MENDES, 1996 apud PAPOULA, 2006, p 2).

Diante desses pressupostos, é de fundamental importância a articulação da ESF com os diversos setores. Com o intuito de solucionar os problemas enfrentados pela comunidade, na perspectiva de oferecer a esta uma melhor qualidade de vida. Mas, cabe salientar também, que devido ao processo de hierarquização da ESF, muitas das práticas intersetoriais podem ser limitadas.

Outros desafios relatados durante a pesquisa foram sobre a administração, como afirma o entrevistado 3:

Os desafios aqui na verdade são de ordem administrativa, por que temos bons profissionais trabalhando, temos dificuldades financeiras que é uma coisa do Brasil todo, dificuldades de material médico, hoje o posto deveria fazer emergências cirúrgicas pequenas, e nós não temos materiais para isso, então, basicamente nós temos dificuldades (ENTREVISTADO 3).

A entrevistada 4 considera que além da distância da unidade, tem como desafio também, o atendimento mediante apenas ao cartão do SUS, segundo a mesma com o e-SUS a unidade só poderá atender apresentando o cartão do SUS. A entrevistada relata:

A distância da unidade é um desafio, e agora com o e-SUS está pior, por que nem todo mundo tem o cartão do SUS, e quando tem, não traz. A gente não pode fazer o atendimento, só se for caso de emergência (ENTREVISTADA 4).

Segundo o Ministério da Saúde, o e-SUS foi criado como estratégia para Atenção Básica para organizar as informações nacionais da Atenção Básica, uma maneira de coletar dados, com o intuito de reestruturar o sistema de informação (SIAB). O Ministério da Saúde afirma que:

É importante que o responsável familiar apresente o CNS para que haja vinculação dos demais usuários a um domicílio. Porém, sob hipótese alguma, o fato de não ter CNS deverá inviabilizar o acesso dos cidadãos aos estabelecimentos de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 15).

Nesse sentido, todas as ações e procedimentos referentes à saúde são garantidas através da integralidade da atenção aos indivíduos e famílias, sendo necessário muitas vezes um trabalho intersetorial na busca da garantia ao acesso à política de saúde para a população, não permitindo a falta de atendimento devido a não apresentação do CNS.

Segundo os relatos da equipe técnica, há também a falta de medicamentos, afirma o entrevistado 3:

Não temos dificuldades com médico generalista e especialidades básicas, no município, nós temos dificuldades com medicação, está fazendo quatro meses ou mais que está bem difícil, não sei de quem é a responsabilidade, mas com certeza é desse trajeto Município, Estado e Federação, não sei dizer especificamente onde está o problema (ENTREVISTADO 3).

A esse respeito à portaria n 1.555/13, em seu capítulo II Do financiamento, no art. 3º “O financiamento do componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas nesta Portaria, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios”:

I - União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;

II - Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino-dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de

10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e

III - Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulínod dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.02).

No caso do município pesquisado, não se sabe de fato, quem não cumpriu com o que foi pactuado para o financiamento da Assistência Farmacêutica, mas segundo informações simplificadas do site do Fundo Nacional de Saúde, foi repassado ao município uma média de R\$75.772,40 no ano de 2015, para Assistência Farmacêutica.

Outro desafio identificado na pesquisa é o acompanhamento das condicionalidades do PBF, onde as famílias devem levar seus filhos até a unidade para realizar a pesagem das crianças, na qual a equipe da USF deve acompanhar o desenvolvimento dessas crianças. De acordo com o entrevistado 5: “A família não quer vir no posto para pesar as crianças, ai se perder o benefício a culpa é do agente de saúde” (ENTREVISTADO 5). Essa mesma entrevistada afirma também que, muitas vezes quando algum membro da família está trabalhando, procura o ACS para que o mesmo preencha o documento referente a composição familiar, conhecido como ficha A, retirando o nome do membro da família que está inserido no mercado de trabalho desse documento, para atualizar o cadastro do Bolsa Familiar. Mas a mesma afirma que o ACS não pode ter essa prática, o que gera transtorno com algumas pessoas na comunidade, que não compreende que é uma prática ilegal. Em uma conversa informal com equipe técnica da unidade, foi relatado outros desafios enfrentados pela equipe. Como a questão da automedicação e a negação da presença de doenças, como por exemplos, hipertensos ou diabéticos, que não aceitam que precisam de tratamento, não tomam os medicamentos e acabam por agravar os problemas de saúde. Necessitando assim de atendimento de média ou alta complexidade. Outro desafio salientado por um dos entrevistados foi o não entendimento de algumas pessoas da comunidade, enquanto ao SUS, e acabam por achar que por ser SUS o atendimento à saúde tende a ser precário.

3.3.2 Ações e serviços desenvolvidos pela unidade na busca pela promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Ao que se refere à Promoção, a equipe relatou que promovem à saúde com campanhas de conscientização, palestras e incentivos à atividade física. O entrevistado 1 relata que no mês de fevereiro irão realizar o baile dos idosos, com o intuito de promover a saúde. Afirma também: “A gente faz muita sala de espera, onde a gente aborda temas relevantes, normalmente escolhemos o tema do dia, tipo dia da hipertensão, dia de combate a tuberculose, aí naquele dia a gente faz a sala de espera, faz atividades, incentivamos eles a participarem” (ENTREVISTADO1). O entrevistado 3, no que tange as ações de promoção e prevenção, afirma que:

A gente desenvolve ações coletivas, com o idoso, com o diabético, com o hipertenso, tipo palestras, filmes, em datas específicas. Além das ações preventivas feitas aqui. Nesse período mesmo, estamos correndo atrás de uma academia para idoso, aqui na comunidade, já estamos em busca de um patrocinador, que possa nos dar, já que o município não se mostrou com finanças para fazer uma academia, no nosso caso aqui do posto (ENTREVISTADO 3).

No que se refere as ações preventivas, o entrevistado 1 relata:

A prevenção da saúde seria isso, as atividades educativas, você prevenir aquele agravo, abordar temas como alimentação, por que o pessoal gosta muito de uma fritura, gosta de tomar uma cervejinha, e é isso e incentivar atividade física, que promovam a saúde, são os principais temas que abordamos aqui, o que a gente mais observa é a questão da obesidade, a maioria das pessoas aqui, estão acima do peso, e a questão de está acima do peso atrai outras comorbidades (ENTREVISTADO1).

Nesse sentido, as ações desenvolvidas pela equipe da USF devem estar em interação com as reais necessidades da comunidade, por isso é de suma importância o levantamento do perfil epidemiológico e social da comunidade.

- **Ações desenvolvidas na instituição em busca da recuperação da saúde.**

Segundo os entrevistados, as ações desenvolvidas pela USF Dona Vivi, em busca da recuperação da saúde, geralmente, são visitas domiciliar, com apoio de medicamentos e orientações pelos profissionais da unidade ou com o apoio do NASF. Como afirma o entrevistada 1: “ Com o apoio de NASF, a gente faz muita atividade educativa, em relação a pacientes acamados, e visita domiciliar (ENTREVISTADA 1). O entrevistado 3 considera sobre as ações de recuperação da saúde:

A gente tem o hospital, que é um ajudador, aqui no posto é através de medicamentos, consultas de acompanhamento periódico desse paciente e informações, para que ele possa se cuidar ao longo do tempo. São três pilares: Remédio, educação e alimentação, sem esses três pilares não é possível à recuperação, não é só o médico, não adianta só à alimentação, e não adianta só informação. Então de o paciente se apossa disso, ele leva uma vida saudável, se não se apossar, os três pilares caem. Como por exemplo, o hipertenso precisa de informação, alimentação e atendimento médico, ele tem que se apossar desses três conhecimentos, se não à saúde dele não recupera (ENTREVISTADO 3).

A Unidade de Saúde da Família Dona Vivi, no ano de 2015, ficou um mês sem o médico generalista que atua na instituição. Nesse período, não foi imediatamente remanejado outro médico para instituição, o que vai de encontro ao princípio da integralidade, da equidade e da universalidade da atenção à saúde preconizado pelo SUS. Como afirma o entrevistado 6, sobre as principais reclamações da comunidade :

Final do ano passado foi consulta médica, o médico teve um problema de saúde, precisou se afastar, e o povo pensa que médico não fica doente, que não precisa ser cuidado, médico tem estresse, tem tudo que a gente sente, por que ele é ser humano, mas as pessoas não entendem. Ai depois que viram que o médico precisa de mais tempo afastado, eles lá da secretária colocou outro médico (ENTREVISTADA 6).

Outro fato que cabe aqui relatar, é que a instituição ficou fechada no período do dia 15 de dezembro do ano de 2015 a 05 de Janeiro de 2016. O que também fere os princípios preconizados pelo SUS e pela Política Nacional da Atenção Básica.

No que se refere ao sistema de referência e contrarreferência, foi relatado pelos entrevistados que a referência é feita, mas que a contrarreferência não existe. Como afirma a entrevistada 1:

Sempre mando referência, é obrigação, até por que o hospital não está querendo mais atender sem referencia, sem antes o paciente passar pelo posto, a não ser que o posto esteja fechado, o posto estando aberto, eles exigem referência. A contrarreferência não existe, o que a gente sabe é o que o paciente fala (ENTREVISTADA 1).

O sistema de referência e a contrarreferência é crucial para uma atenção à saúde de qualidade aos cidadãos, pois através das mesmas é possível ofertar um modelo de atenção baseado no cuidado dos indivíduos e famílias, rompendo com o modelo hospitalocêntrico ainda predominante na maioria das instituições de saúde.

Sobre as visitas domiciliares do médico e enfermeira, os entrevistados disseram que são realizadas um vez por semana, e em caso de agravos da saúde, essas visitas são realizadas com mais frequência. As visitas domiciliares odontológicas, segundo a profissional, são realizadas também, porém é mais como uma triagem, pois não há como realizar procedimentos odontológicos no domicílio, devido ser inviável a locomoção dos aparelhos, como cuspeira e outros e, por conta também de infecções. No caso específico dos Agentes Comunitários de Saúde, as visitas são realizadas uma vez por mês, mas depende muito também de cada caso particular. Como afirma o entrevistado 6:

Famílias que não tem hipertensos, diabéticos, idoso, a visita é uma vez no mês. Mas família que tem diabéticos, crianças, idosos, ou caso de problema específico dependendo da situação, vai mais de uma vez ao mês, não há um limite de visitas (ENTREVISTADO 6).

Os Agentes Comunitários de Saúde afirmaram, durante a entrevista, que são muitas famílias para visitar, que são 30 dias para visitar todas as famílias e enviar relatório. Por esse motivo não tem condições de visitar mais de uma vez no mês todos os domicílios. Nesse sentido é preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (2011), que:

Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2011, p.49).

Segundo os relatos dos próprios agentes comunitários, são uma média de 130 famílias para cada Agente Comunitário de Saúde. De acordo com o MS:

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2011, p. 55).

Ainda sobre a visita domiciliar dos ACS na comunidade, o entrevistado 05 afirma que:

Na verdadeira visita do ACS, é uma vez no mês, a cada casa, por que dependendo do caso, às vezes a gente tem menos de 30 dias para visitar as famílias, no meu caso, tenho, às vezes reuniões, palestras, a gente acaba tendo menos de 30 dias para visitar, e quando não dar tempo de visitar todo mundo, priorizamos os casos que precisa ter um olhar mais focado (ENTREVISTADO 5).

A respeito das demandas espontâneas, o médico relatou que se for caso de emergência, o paciente é atendido sem precisar marcar, e se precisar de atendimento de média complexidade, os mesmos são encaminhados para o hospital localizado no próprio município. Segundo os relatos dos entrevistados, essas demandas espontâneas geralmente são diarreia, gastroenterite, pequenas lesões e dores de cabeças.

Na narrativa dos ACS, todos relatam praticamente os mesmos desafios; reclamações por parte da comunidade acerca de marcação de consultas com especialistas e alguns exames. Reclamações sobre a distância da Unidade, como afirma uma das ACS: “Há dificuldade de adesão dos pacientes ao PSF devido à distância, principalmente para moradores do auto do hospital”, tem uma distância muito grande para as pessoas se locomoverem até a instituição”. Sobre a relação dos ACS com a comunidade, foi relatado pelo entrevistado 6 que:

As pessoas não querem apenas que você chegue na residência e pergunte “oi Dona Maria, como está?”, aquele serviço rápido, é um serviço mais demorado. A gente acaba sendo mais um amigo que um Agente Comunitário de Saúde” (ENTREVISTADO 6).

Os ACS afirmaram que possuem vínculo de confiança com a comunidade, e que isso contribui para a aproximação da comunidade com a USF. Sobre essa relação de confiança o entrevistado 5 relata que:

Há essa relação de confiança, porque muitas vezes é algo que é conversado ali (em suas casas), a gente chega em uma casa, a pessoa está tão carente, por que acabamos fazendo um pouco do papel de psicóloga, não é o trabalho da gente, um pouco de tudo. Às vezes uma gestação não planejada e o medo, aquela coisa de encarar e vir no posto, ou está com problema com o marido, com a família, a gente não pode falar, a conversa é ali naquele momento, mas tentamos resolver, se for um caso grave, conversamos com a enfermeira, mas algo que não pode ser exposto em uma reunião, como o caso de HIV positivo. Por que na verdade, sabemos de uma pessoa aidética na comunidade, não sabemos na unidade, por que é um trabalho de total sigilo, e o paciente tem a liberdade se ele quer ou não falar conosco, é algo muito grave (ENTREVISTADO 5).

Durante a entrevista foi relatado sobre busca ativa, onde a equipe salientou que realiza essa busca para trazer à unidade, aquela pessoa que não procura o atendimento da USF. O entrevistado 3, revelou que:

A integralidade dos usuários ele é feita dentro do possível, com a ajuda dos ACS, a gente percebe quem está vindo, que não está, vamos correr atrás de quem não está, vamos fazer uma busca pró ativa para tentar trazer essa pessoa, se ele não quiser vir, ele assina um documento legal, mas ele é obrigado inclusive. Nessa tentativa de busca, foi que nosso posto, conseguiu descobrir ao longo dos anos quase dez casos de tuberculose e dois de HIV positivos, através de busca ativa (ENTREVISTADO 3).

Todos entrevistados afirmaram que no caso das demandas espontâneas, os usuários do SUS são priorizados, atendidos na USF, ou são encaminhados para outros níveis de complexidades dependendo do caso específico e de cada agravo aos problemas de saúde desses usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde no Brasil percorreu um longo caminho, desde a assistência à saúde, por meio da previdência social de maneira contributiva, até chegar a se firmar “enquanto um direito de todos os cidadãos”. Durante essa transição, foram muitas lutas, através de movimentos sociais como o MRSB, com o intuito de garantir a todos o acesso à saúde. Nesse sentido, a necessidade da reorientação do modelo de atenção à saúde, vigente entre a transição dos anos 1980 e 1990, tornou-se fundamental. A construção do SUS significou um avanço na saúde em nosso país nos últimos anos, mas o SUS necessita de melhorias, principalmente no que se refere ao seu funcionamento. Este sistema deveria ser 100% estatal e de qualidade, são mais de 20 anos de lutas sociais para que o SUS venha se firmar enquanto um sistema de saúde hegemônico, e atualmente, o que podemos observar é um retrocesso da saúde, devido ao processo de privatização.

Diante de todos os pressupostos apresentados, podemos concluir que o SUS é um sistema de saúde que emergiu das lutas sociais, com intuito de garantir de fato aos seus usuários o acesso à política de saúde, com uma atenção à saúde baseada na Universalidade, Integralidade e Equidade para a melhoria da saúde. Nesse sentido, a Reforma Sanitária Brasileira foi crucial para a criação do SUS e para as mudanças no modelo de atenção à saúde. PAIM (2009) considera que:

Mesmo considerando o caráter inconcluso dessa reforma social que deu origem ao SUS, podemos concluir como o Cebes, reconhecendo que o SUS é mais que um sistema de saúde faz parte de do pacto social presente na Constituição de 1988, que visa à construção de uma sociedade democrática e solidaria (PAIM, 2009, p.139).

Apesar de todos os avanços existente na implantação do SUS, no que se refere às leis e normas para sua legitimidade, ainda sim é possível observar que existem impasses para sua implementação. A consolidação da política de saúde através do SUS é algo que está se firmando, porém cabe aos governantes a garantia do acesso à política de saúde, através de investimentos nesta área, principalmente, na atenção básica de saúde. Com o processo de descentralização, a organização da saúde passou a ser de responsabilidade do Município, cabendo ao mesmo à implantação da Atenção Básica. Nessa perspectiva, podemos situar a atenção básica como a porta de entrada para acessar a política de saúde, compreendendo a

importância da Saúde da Família enquanto uma estratégia com centralidade na família. A qual busca promover a qualidade de vida das famílias referenciadas, constituindo um novo modelo assistencial com a pretensão de romper com o antigo modelo hospitalocêntrico, onde o médico era o centro, seguindo uma perspectiva curativa.

Com o intuito de analisar a implementação do SUS no Município de São Félix, essa pesquisa buscou realizar um estudo sobre os dilemas e os desafios enfrentados de fato para o processo de implementação, contribuindo para uma reflexão a cerca da política de saúde brasileira. Foi possível observar, através da pesquisa empírica e enquanto residente do município, a presença do modelo hospitalocêntrico, onde a prática é mais baseada nas intervenções curativas.

Nessa perspectiva, a pesquisa subsidiou para concluir que os principais dilemas e desafios enfrentados para a implementação do SUS na USF em São Félix, são; a distância entre a unidade e a comunidade, a falta de medicamentos básicos para a população, a não aceitação de tratamento de doenças crônicas, devido a negação da doença por parte da população, a falta de confiança no SUS, problemas de ordem administrativa no município, a dificuldade no que se refere a marcação de consultas com especialidades e exames específicos, automedicação e a contrarreferência dos paciente referenciados à outros níveis de complexidade. O que dificulta no acompanhamento e tratamento para a recuperação e reabilitação da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, Heleni Duarte Dantas de. **A construção do SUS na Bahia**: Uma história da sua implementação-1986 a 2006. Salvador. H.D.D. ÁVILA, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes**. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007

_____. ABC do SUS doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da saúde, 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica-NOB/SUS**. Brasília, jan. de 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

.BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios - Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada** : CDS – Versão 2.0 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 171 p.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Editora UFRJ, 1996.

_____. **MATOS**, M. C. **A saúde no Brasil**: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. (Org.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BOSCHETTI. Ivanete. **Seguridade social no Brasil**: Conquistas e limites à sua efetivação. Disponível <http://www.egem.org.br/arquivosbd/basico/0.505783001251746904_i_vanete_boschetti_unidade_i.pdf> acessado em 14/11/2015, as 22:30hrs.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva 2002.

CAMPOS,G. W. Souza.**Reforma da Reforma**: Repensando a Saúde. São Paulo.DMPS;UNICAMP;1991.Disponível,em<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000037466&fd=y>> , acessado em 01/11/15, as 14:00 hrs.

FALEIROS. Vicente de Paula. **A política social no Estado capitalista**. SP: Cortez, 2007(pag. 46-52).

FIGUEIREIDO. Elisabeth Niglio de. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Disponível em<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/169>>acessado em 10/05/2015.

IAMAMOTO. Serviço Social na contemporaneidade: **trabalho e formação profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

<http://www.cidades.ibge.gov.br>< Acessado em 05/11/15, as 21:56hrs>

LEOPARDI MT. Introdução. In: Leopardi MT, Kirchhof AL, Capella BB, Pires DE, Faria EM, Souza FR, et al, organizadores. **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papalivros; 1999. p. 9-22.

MAGALHÃES. PatriciaLima.**Programa Saúde da Família**: Uma Estratégia em construção. UFMG, 2011.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan- Americana da Saúde – Representação Brasil;DF, 2011.

Mottin, Lucia Maria. **Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para os municípios: um estudo no Rio Grande do Sul**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 159 p.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008**: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

RABELO, Paulo Antonio. **Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitryme, 1995. **REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. Brasília, MS, jan. de 2003.

SOUZA, Luiz Eugenio Portela Fernandes de. **O SUS necessário e o SUS possível**:gestão.uma reflexão partir de uma experiência concreta. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro,2009. Disponível,emhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300027Acessado em 05/10/15, às 17h10min.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____.Jarnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e critica. Salvador :EDFUBA;Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma brasileira. <disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>> acessado em 15/06/2015.

Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde< disponível em>[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais n a Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros%20para%20a%20Atuacao%20de%20Assistentes%20Sociais%20na%20Saude.pdf).

PAPOULA, Suzana Rezende. O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores. Dissertação de mestrado. Fiocruz, RJ. 2006.

PEDROSA, JIS; Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2001, pp. 35:303-11.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

TEIXEIRA. Carmem Fontes de Souza; VILASBOAS. Ana Luiza Queiroz. Modelos de Atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? UFBA. Belo Horizonte 2013.

<http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>

APÊNDICES I : Roteiro de entrevista para médico, enfermeiro e dentista



Documentação de Pesquisa

Nº

Idade:

Sexo:

Naturalidade:

Grau de escolaridade:

Etnia (Raça, cor):

Profissão:

Função:

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Entrevistador:

ROTEIRO DE ENTREVISTA NARRATIVA

Questão Central

Fale-me sobre seu processo de trabalho nesta Unidade de saúde da família.

Tópicos Guia	
Característica institucional e fluxo de atendimento	<ul style="list-style-type: none">- Quantas famílias são atendidas nesta Unidade de Saúde?- Quantos profissionais atuam nesta USF?- Quais os desafios enfrentados pelos profissionais?
Integralidade da atenção	<ul style="list-style-type: none">- Quais são as ações e serviços, desenvolvidas por essa unidade que buscam a promoção?- Ações para proteção?- Ações para recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, desenvolvidas por esta USF?- Como são garantidas a integralidade de

	<p>atendimento aos usuários do SUS, nesta USF?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como são distribuídas as ações de saúde (como consultas, exames, medicamentos gratuitos) na comunidade? - Existem casos de demanda espontânea, Identificada por profissionais dessa Unidade, quais? - São realizados atendimentos domiciliares? Com qual frequência?
Referência e contrarreferência	<ul style="list-style-type: none"> - Quais os procedimentos, utilizados pela equipe técnica da USF, quando se trata de atendimento de alta e média complexidade?

Apêndice II: Roteiro de entrevista para ACS.



Documentação de Pesquisa

Nº 06

Idade:

Sexo:

Naturalidade:

Grau de escolaridade:

Etnia (Raça, cor):

Profissão:

Função:

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Entrevistador

Fale-me sobre seu processo de trabalho nesta Unidade de saúde da Família.

Operacionalização do atendimento	<p>-Como são distribuídos os atendimentos dos agentes de saúde na comunidade?</p> <p>- Quantas famílias para cada ACS?</p>
Visita domiciliar	<p>- Quantas vezes no ano os agentes de saúde visitam indivíduos e família?</p> <p>- Quais as principais dificuldades que vocês agentes de saúde, encontram na comunidade?</p> <p>-Quais as principais reclamações dos usuários do SUS, quando os agentes de saúde chegam em suas casas?</p>

	<p>-Há uma relação de confiança entre a comunidade e vocês enquanto ACS?</p>
<p>Integralidade da atenção</p>	<p>- Quando surge alguma demanda espontânea de saúde, geralmente quais são essas demandas? E quais são os procedimentos realizados por vocês ACS?</p>

Apêndice III: Fotos da USF Dona Vivi.



Frente da USF Dona Vivi.

Fonte: A própria autora



Recepção da USF.

Fonte: A própria autora.



Sala de espera da USF.
Fonte: A própria autora.



Sala de Enfermagem
Fonte: A própria autora.



Sala de esterilização
Fonte: A própria autora.



Sala de triagem.
Fonte: A própria autora.



Sala de Triagem.
Fonte: A própria autora.

Anexo I: Termo de consentimento Informado



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA**

CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS

Rua Ariston Mascarenhas, s/n, Centro, Cachoeira, Bahia, Brasil, CEP 44.300-000
Fone: (75) 3425-2729 / Fax: (75) 3425-1062 / <http://www.ufrb.edu.br/cahl>

Termo de Consentimento Informado

Eu, Angela Silva dos Santos, estou pesquisando A Política de Saúde: Dilemas e Desafios para a implementação do SUS, no Município de São Félix. Assim, identificamos o senhor (a) como informante chave para este estudo.

Assumo o compromisso de que sua identidade permanecerá confidencial, salvo expressa manifestação em sentido contrário, haja vista a ocupação de cargos ou posições públicas. Caso o senhor (a) decida manifestar pública a sua opinião, será garantido que a transcrição da entrevista será submetida a sua apreciação antes de qualquer divulgação.

Sua participação nessa pesquisa é fundamental para a elucidação de aspectos importantes do estudo supramencionado. A qualquer momento o senhor (a) poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Eu , _____, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “A Política de Saúde: Dilemas e Desafios para a implementação do SUS, no Município de São Félix– e aceito nela participar.

Autorizo a identificação de meu nome nas publicações resultantes do referido projeto

Não autorizo a identificação do meu nome

São Félix-Ba, ___/___/2015.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
Rua Ariston Mascarenhas, s/n, Centro, Cachoeira, Bahia, Brasil, CEP 44.300-000
Fone: (75) 3425-2729 / Fax: (75) 3425-1062 / <http://www.ufbr.edu.br/ahh>

Cachoeira, 14 de janeiro de 2015.

À Exma. Sra. Fabiana Aparecida Sousa Santos
M. D. Secretária de Saúde do Município de São Félix

Prezada Secretária:

A discente **Angela Silva dos Santos**, matriculada nesta instituição, curso de Serviço Social, encontra-se em fase de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, como um dos requisitos para obtenção do grau de bacharela em Serviço Social.

O tema do trabalho da mencionada discente é: **A POLÍTICA DE SAÚDE: DILEMAS E DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX**, sendo necessário, para tanto, realizar entrevistas com profissionais da área.

Assim, vimos solicitar, desta conceituada instituição, a liberação do acesso da discente a Unidade de Saúde da Família Dona Vivi, para a realização da sua pesquisa. Não obstante, esclarecemos que o sigilo será resguardado em todas as suas ações.

Agradecemos antecipadamente, ao tempo em que colocamo-nos ao vosso dispor para dirimir quaisquer dúvidas que venham a ocorrer.

Cordialmente,



Prof. Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila
Coordenadora do Curso de Serviço Social – UFRB
CRESS 5ª Região 1804
Matricula SIAPE – 1742199

Anexo III: Informação dos repasses do Fundo Nacional de Saúde, para o Fundo Municipal de Saúde.

www.fns.saude.gov.br/visao/consultarPagamento/pesquisaSimplificadaEntidade.jsf

Segunda-feira, 25 de Janeiro de 2016

Acesso à Informação BRASIL

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE
fns.saude.gov.br

Resultado da Pesquisa Voltar

UF: BA
Ano: 2015
Código IBGE: 292900 População: 15.091 habitantes Ano Censo: 2015

Total de Repasses por Bloco			
Bloco	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA	R\$ 75.772,40	R\$ 0,00	R\$ 75.772,40
ATENÇÃO BÁSICA	R\$ 2.345.504,04	R\$ 0,00	R\$ 2.345.504,04
INVESTIMENTO	R\$ 3.000,00	R\$ 0,00	R\$ 3.000,00
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 12.388.977,34	R\$ 1.218.037,76	R\$ 11.170.939,58
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 111.977,01	R\$ 0,00	R\$ 111.977,01
Total Geral	R\$ 14.925.230,79	R\$ 1.218.037,76	R\$ 13.707.193,03

Entidade	CNPJ	Valor Líquido
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO FELIX	08.924.528/0001-69	R\$ 13.707.193,03