

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

RENAN FRANCISCO DA SILVA CARVALHO

**A POLÍTICA PÚBLICA DO SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA: UM ESTUDO
DE CASO NO ESF3 PELAYO DE MORAES OLEA**

São Borja

2017

RENAN FRANCISCO DA SILVA CARVALHO

**A POLÍTICA PÚBLICA DO SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA: UM ESTUDO
DE CASO NO ESF3 Pelayo de Moraes Olea**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Ciências Sociais-Ciência Política da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Ciências Sociais-Ciência Política.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ângela Quintanilha Gomes

São Borja

2017

RENAN FRANCISCO DA SILVA CARVALHO

A POLÍTICA PÚBLICA DO SUS NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA: UM ESTUDO
DE CASO NO ESF3 Pelayo de Moraes Olea

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Ciências
Sociais-Ciência Política da Universidade
Federal do Pampa, como requisito parcial
para obtenção do Título de Bacharel em
Ciências Sociais-Ciência Política.

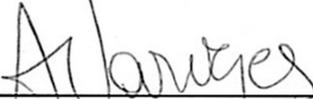
Área de concentração:

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 29/11/17

Banca examinadora:



Profª. Dra. Ângela Quintanilha Gomes
Orientadora
(UNIPAMPA)



Profª. Dra. Andrea Becker Narvaes
(UNIPAMPA)



Prof. Dr. Gerson de Lima Oliveira
(UNIPAMPA)

Dedico este trabalho aos meus pais Mario e Mara, que me mostraram o valor e a importância de estudar e por me incentivarem na busca dos meus sonhos e objetivos, e aos meus irmãos Wiliam, Guilherme e Mario Gustavo que estiveram ao meu lado, me apoiando ao longo da caminhada.

AGRADECIMENTO

Neste dia, de grande importância, agradeço a Deus, pela oportunidade concedida de poder concluir mais uma etapa em minha vida, agradeço a minha família que muito me incentivou na busca pelos meus sonhos e objetivos e me mostraram a importância e o valor dos estudos, agradeço a minha orientadora Dra. Ângela Quintanilha Gomes, pela sua dedicação e carinho, que me auxiliou na construção deste trabalho, de forma paciente, mostrando-me os caminhos a serem seguidos desde o primeiro momento, dando-me tranquilidade, coragem e ânimo para a conclusão deste objetivo. Agradeço aos professores (as) mestres e doutores (as) desta instituição, Evandro, Thiago, Claudio, Sara Epitácio, Andrea, Gerson e Rodrigo, que se dedicaram aos alunos, mostrando a real importância de saber e ensinar, aos meus colegas de sala de aula, com os quais eu aprendi muito ao longo desses quatro anos. Agradeço a todos e o meu mais sincero respeito. Aos funcionários da UNIPAMPA, da biblioteca, secretária acadêmica e recepção que sempre me trataram com o maior respeito, e sempre solícitos a suprir minhas necessidades na universidade, o meu muito obrigado. Agradeço aos meus companheiros de serviço, Nicolas e Lucas que me disponibilizaram tempo para concluir a pesquisa deste trabalho. E por fim, agradeço a equipe de saúde do ESF3, pela receptividade, e por todas as pessoas que aqui não foram mencionadas, mas que me auxiliaram muito na construção e conclusão do meu TCC.

“Se andarmos apenas por caminhos já traçados, chegaremos apenas aonde os outros chegaram”.

Alexander Graham Bell

RESUMO

O presente estudo constitui a pesquisa o qual foi á gênese do Trabalho de Conclusão do Curso de Ciências Sociais – Ciência Política. Tem como objetivo geral identificar a estrutura da política de saúde do SUS no município de São Borja- RS. O presente tema torna-se relevante, pois mostrará a percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito aos serviços prestados, em específico, no ESF3, e a visão dos profissionais que ali trabalham em relação à saúde pública no município. A metodologia empregada é a abordagem quantitativa, tendo em vista a apresentação de figuras, gráficos, quadros e tabela, e qualitativa porque considero a opinião dos entrevistados - além disso, a pesquisa social em saúde é todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença representado pelos atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários – bem como exploratória e documental. Foram aplicados 28 questionários, aleatoriamente, aos usuários do ESF3, com o intuito de analisar a percepção dos mesmos em relação aos serviços prestados, e 06 questionários aos funcionários com o objetivo de saber qual é a visão dos mesmos em relação à saúde pública em São Borja. A análise dos mesmos se deu pela análise de conteúdo. Através das pesquisas, evidenciou-se que o maior problema percebido pelos usuários é a demora no atendimento e marcação de consultas. Todavia, constatou-se que os mesmos não têm conhecimento dos seus direitos à saúde. Constatou-se que os profissionais de saúde necessitam de uma maior estrutura para exercer seu trabalho dignamente. Contudo, cabe ao Estado prover todos meios necessários para a manutenção da saúde, respeitando os direitos de todos os cidadãos.

Palavras-Chave: Federalismo; Políticas Públicas; SUS; Atenção Primária; ESFs.

ABSTRACT

The present study constitutes the research that was the genesis of the Work of Conclusion of the Course of Social Sciences - Political Science. Its general objective is to identify the structure of SUS health policy in the municipality of São Borja - RS. The present theme becomes relevant, since it will show the perception of the users of the Unified Health System (SUS) regarding the services provided, in specific, in the ESF3, as well as the vision of the professionals who work there in relation to public health in the municipality. The methodology used is the quantitative approach, in view of the presentation of figures, graphs, tables and tables, and qualitative because I consider the opinion of the interviewees - in addition, social health research is all the investigations that deal with the health / disease phenomenon represented by actors who work in the field: political and service institutions and professionals and users - as well as exploratory and documentary. Twenty-eight questionnaires were randomly applied to ESF3 users, with the purpose of analyzing their perception of the services provided, and 06 questionnaires to the employees in order to know what their views are regarding public health in São Borja. Content analysis was performed. Through the researches, it was evidenced that the biggest problem perceived by the users is the delay in the attendance and appointment of consultations. However, it was found that they are not aware of their rights to health. It was found that health professionals need a greater structure to carry out their work in a dignified manner. However, it is up to the State to provide all necessary means for the maintenance of health, while respecting the rights of all citizens.

Keywords: Federalism; Public policy; SUS; Primary Attention; ESFs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Localização dos ESFs no Município de São Borja	49
Figura 2- Localização Territorial do ESF3	53
Figura 3- Organograma da relação das Instituições de controle	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Características dos usuários de acordo com o sexo e idade.....	54
Gráfico 2- Características dos usuários por escolaridade	55
Gráfico 3- Lista de busca dos serviços pelo usuário para assistência	58
Gráfico 4- Avaliação da Equipe Saúde da Família pelos usuários	61
Gráfico 5- Avaliação dos serviços de saúde pelos usuários	63
Gráfico 6- Avaliação dos serviços de saúde do Município de São Borja pelos usuários.....	64
Gráfico 7- Conhecimento dos usuários sobre seus direitos á saúde.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Princípios Norteadores do SUS	33
Quadro 2- Diretrizes do SUS e suas ações.....	33
Quadro 3- Serviços disponibilizados nos dias da semana no ESF3.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de pessoas na família por questionário	56
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABS – Atenção Básica de Saúde

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEMAE – Centro Municipal de Atendimento Especializado

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS – Conselho de Secretárias Municipais de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FES - Fundo Estadual de Saúde

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

ICMS – Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPI – Imposto Sobre Produtos Industrializados

IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano

IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

IR – Imposto de Renda

LOA – Lei Orçamentaria Anual

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SESP – Serviços Especiais de Saúde Pública

SF – Saúde da Família

SSAM – Sistema Supletivo de Assistência Médica

SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 A POLÍTICA PÚBLICA DO SUS NA AMPLIAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	21
2.1 Federalismo e Políticas Públicas	21
2.1.1 Estrutura Federativa e as Relações Intergovernamentais no Brasil.....	23
2.2. Saúde Pública e Sistema Único de Saúde (SUS).....	29
2.2.1 Regionalismo e territorialismo da saúde pública.....	35
2.2.2 Financiamento e gestão dos recursos do SUS	38
3. ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PROTEÇÃO, PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE.	42
3.1. Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica) no Brasil	42
3.1.1 Estratégia Saúde da Família (ESF) como a principal estratégia organizativa da Atenção Primária à Saúde no SUS.	46
4 SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA: RESULTADO DA ANÁLISE SOBRE A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO ESF3.....	51
4.1 Análise da percepção dos usuários em relação aos serviços prestados no ESF3.....	51
4.2. Visão dos funcionários na ótica da gestão pública sobre a saúde em São Borja.....	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS DO ESF3.....	77
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ESF3.....	79

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão do curso de Ciências Sociais – Ciência Política visa abordar a questão do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública e social, tendo como objeto de estudo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma forma de reorganização do SUS através da atenção primária à saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) são postos de saúde situados em um território adstrito, o qual tem por objetivo realizar a prevenção, proteção e promoção à saúde, sendo que cada ESF possui uma equipe de saúde especializada responsável pelo atendimento da população do território.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, reconhecidamente, uma das maiores conquistas do povo brasileiro nos últimos anos, por revelar-se a política pública mais incluyente desde então (CONASS, 2011a, p. 7).

Todavia, é importante ressaltar que segundo Falleti (2010), todo esse processo se deu a partir do movimento da reforma sanitária em meados de 1980, o qual tinha por objetivo implantar um sistema de saúde que visava à universalidade e igualdade, descentralização e municipalização nas tomadas de decisões.

Esta política se concretizou a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, e ratificada na Lei Orgânica nº 8.080 de 1990, na qual todo cidadão brasileiro tem direito à saúde de forma integral e gratuita, abrangendo a universalidade na mesma.

A partir de então, houve um vasto processo de descentralização político-administrativo, o qual distribuiu a responsabilidade para os entes federados – estados e municípios – para prover os mecanismos essenciais e indispensáveis à saúde.

O presente trabalho de conclusão de curso busca problematizar as questões que impossibilitam e dificultam a implementação do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal, como uma política pública social. Também busca contribuir com o curso de Ciências Sociais – Ciência Política, no que tange especificamente a problematização das políticas públicas como base para um estudo mais aprofundado na região de fronteira do Rio Grande do Sul.

A proposta da referida pesquisa emerge da inquietação em saber quais os motivos que levam a demora no atendimento, as grandes filas nos postos de saúde, dificuldade em fazer exames, e por buscar assistência à saúde pública.

A pesquisa busca averiguar se a política pública de saúde – SUS - está sendo aplicada, de forma que respeite os direitos conquistados em relação à saúde, de maneira que proporcione aos usuários saúde de qualidade e conseqüentemente dignidade humana com qualidade de vida.

Apesar dos ESFs terem essa responsabilidade social de dar as primeiras assistências de saúde, há por parte dos usuários que utilizam desse programa inúmeras reclamações em relação às instituições e aos profissionais de saúde que ali trabalham.

Diante dessas premissas surge a questão de pesquisa: Qual a percepção dos usuários do ESF3 sobre o atendimento prestado a comunidade?

Foi estabelecido o objetivo geral de identificar a estrutura da política de saúde do SUS no município de São Borja – RS, a partir do estudo de caso no ESF3. Segundo Chizzotti o estudo de caso é uma caracterização para:

[...] designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora [...] é considerado também como um marco de referencia de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2006, p. 102).

Para Gil (2007, p.72) o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado.

Já para Michel (2009, p. 53) caracteriza-se por exigir um estudo aprofundado, qualitativo e/ou quantitativo, no qual se procura reunir o maior número de informações sobre o objeto de interesse, utilizando-se variadas técnicas de coletas de dados, para apreender todas as variáveis da unidade analisada e concluir, indutivamente, sobre as questões propostas.

A partir disso, surgiu o foco nos seguintes objetivos específicos: compreender e descrever o funcionamento do SUS; explicar como a política pública – SUS – se efetiva no município de São Borja; analisar na ótica da gestão pública funcionários e usuários a realidade do SUS em São Borja; identificar e mostrar como ocorre o trabalho de tal programa no ESF3; verificar em que medida os usuários sentem-se

adequadamente atendidos e verificar a distância entre a concepção da política pública do SUS e a política implementada.

Minayo (2010, p. 44) considera o conceito de metodologia de forma abrangente e concomitante: (a) como a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema ou o objeto de investigação requer; (b) como a apresentação adequada e justificada dos métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; (c) e como marca pessoal e específica do pesquisador na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações científicas.

A metodologia da pesquisa realizada é quantitativa e qualitativa. A pesquisa quantitativa, fundamentalmente, descreve uma variável quanto a sua tendência central ou dispersão, usa de percentual, média, dados numéricos os quais demonstram como ocorre o fato. “A resposta se busca na investigação deve ser obtida de forma numérica, exata, inquestionável” (MICHEL, 2009, p. 37).

A questão quantitativa do estudo foi contemplada através de questionários aplicados *in loco* aos usuários e funcionários do ESF3. Construir um questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos da pesquisa em questões específicas.

As respostas a essas questões é que irão proporcionar os dados requeridos para testar hipóteses ou esclarecer o problema de pesquisa (GIL, 2007, p. 129).

A pesquisa qualitativa difere da pesquisa quantitativa. Esta não preza pela questão numérica, mas sim verifica qual a relação entre a realidade com o objeto de estudo, assim podem ser obtidas várias interpretações de uma análise indutiva por parte do pesquisador, pois: “Na pesquisa qualitativa, o pesquisador participa, compreende e interpreta” (MICHEL, 2009, p. 37).

Para Minayo (2010) o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos da interpretação que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Portanto, a forma da abordagem é quantitativa em vista de apresentar gráficos e tabelas, e qualitativa porque considero a opinião das pessoas envolvidas. Para além, com base na pesquisa qualitativa em saúde, Minayo (2010, p. 47) conceitua pesquisa social em saúde como todas as investigações que tratam do

fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários.

Para coleta de dados documental foi realizado uma revisão bibliográfica, conceitos referente ao tema, bem com artigos e leis, consultas documentais via internet no Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Secretária Municipal de Saúde.

Os documentos analisados, bibliografias e artigos referentes ao federalismo e políticas públicas, descentralização e municipalização da saúde e reforma sanitária, e artigos sobre Sistema Único de Saúde (SUS), Financiamento e Gestão bem como Atenção Primária à Saúde (elaborados pelo CONASS).

Nesse sentido, foi utilizada a pesquisa com um recorte do tipo documental que consiste em nada mais do que classificar o material que será estudado, conforme critérios escolhidos antecipadamente.

A classificação do material estudado consiste em documentos como a Constituição Federal de 1988; a Lei Orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1990; a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, todos relacionados ao SUS, bem como os questionários aplicados aos usuários e funcionários do ESF3.

Destaca-se que conforme Gil (2007, p. 66) a pesquisa documental são materiais que ainda não tem valor analítico, “ou que podem ser reelaborados com os objetos da pesquisa (...) existem os de primeira mão que são documentos oficiais (...) e os de segunda mão tais como relatórios de pesquisa, relatórios de empresa, tabelas estatísticas entre outros”.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi o questionário padronizado com perguntas fechadas e abertas. Para Gil (2007) o questionário apresenta uma serie de vantagens: (a) possibilita atingir um grande número de pessoas, mesmo que estejam dispersas numa área geográfica muito extensa; (b) implica menores gastos com pessoal; (c) garante o anonimato da resposta; (d) permite que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente; (e) não expõe os pesquisadores á influencia das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado.

Nas questões fechadas, apresenta-se ao respondente um conjunto de alternativas de resposta para que seja escolhida a que melhor representa sua situação ou ponto de vista [...] nas questões abertas, apresenta-se a pergunta e deixa-se um espaço em branco para que a pessoa escreva sua resposta sem qualquer restrição (GIL, 2007, p.129-131).

Para tanto, como uso de instrumento para a coleta de dados (Apêndice A) foi aplicado questionário aos usuários do ESF3, com o intuito de analisar a percepção dos mesmos em relação aos serviços de saúde prestados.

É importante ressaltar que o ESF3 assiste aproximadamente em sua área de atuação 2.525 pessoas, divididas em 829 famílias. No primeiro momento, houve a tentativa de fazer o estudo através da aplicação de questionários relacionado á amostra com o número de famílias, o que daria aproximadamente uma amostra de 263 questionários.

Todavia, houve a necessidade em mudar de estratégia, tendo em vista a falta de tempo bem como recursos para o devido objetivo. Portanto, foram aplicados *in loco* 28 questionários aos usuários entre os dias 11 e 15 de setembro de 2017, de segunda a sexta, das 07h; 30 às 09h; 00 da manhã, aleatoriamente, de acordo com o fluxo de pessoas.

O mesmo instrumento foi aplicado (Apêndice B) aos funcionários do ESF3. Sendo que dos doze integrantes da equipe de saúde somente seis se dispuseram a responder as questões, o objetivo está em saber qual é a visão dos mesmos em relação à saúde pública no município de São Borja.

Em relação à interpretação de dados, esta foi realizada por meio de análise de conteúdo. Segundo Gil (2007, p. 165) o grande volume de material produzido pelos meios de comunicação de massa e a criação de técnicas para a quantificação determinam o desenvolvimento da análise de conteúdo.

Segundo Michel (2009, p. 70) a análise de conteúdo é uma técnica de levantamento de dados que utiliza textos, falas, informações já coletados, de forma extensiva, ou seja, é uma análise feita *a posteriori* à coleta. Para a autora:

[...] é aprofundar a análise do conteúdo das informações prestadas pela pessoa que forneceu os dados, procurando ver e analisar, em maior profundidade, a pertinência das respostas, a lógica, a coerência, a fidedignidade dos dados informados, eventuais distorções e omissões voluntárias, entre os outros (MICHEL, 2009, p. 70).

No entanto, o autor que se adequa para a análise de conteúdo é Gil (2007) para quem a análise de conteúdo desenvolve-se em três fases: (a) pré-análise; (b) exploração do material; e (c) tratamento de dados, interferência e interpretação.

Conforme Gil (2007, p. 165) a pré-análise é a fase de organização. Inicia-se geralmente com os primeiros contatos com os documentos (leitura flutuante). A

seguir, procede-se à escolha dos documentos, à formulação de hipóteses e à preparação do material para análise.

A exploração do material constitui, geralmente, uma fase longa e fastidiosa que tem como objetivo administrar sistematicamente as decisões tomadas na pré-análise. O tratamento dos dados, a interferência e a interpretação, por fim, objetivam tornar os dados válidos e significativos (GIL, 2007, p.165).

No primeiro capítulo deste trabalho de conclusão de curso, são apresentados os elementos imprescindíveis para a compreensão do tema proposto, sendo necessária a abordagem da questão federativa e políticas públicas.

É conveniente abordar alguns pontos importantes de maneira clara e objetiva, os quais possibilitam a efetivação e a implementação de políticas públicas, em específico no que se refere à Saúde Pública, em especial a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, é importante compreender como se efetiva as relações intergovernamentais. A descentralização político-administrativo da saúde transferiu responsabilidades que eram centralizadas na União, aos estados e municípios.

A estrutura federativa diz respeito à organização de um país, a Constituição de 1988 estabelece que o Brasil seja uma República Federativa composta, obrigatoriamente, pela União, estados, pelo Distrito Federal e pelos mais de 5.500 municípios.

Ainda neste capítulo, é tratada a contextualização histórica da saúde pública no Brasil, abordando algumas conjunturas as quais possibilitaram o nascimento do sistema de saúde vigente no país- SUS.

O SUS nasce no bojo da Constituição de 1988, como um sistema de saúde público e universal, ou seja, todo cidadão tem direito a saúde. É composta por princípios e diretrizes, dentre eles a regionalização e territorialização da saúde.

O financiamento do SUS conta com os recursos das três esferas de governo: União, Estados e Municípios e a partir da emenda constitucional nº 29 de 2000, se estabelece um percentual obrigatório que cada esfera de governo deve repassar a saúde.

No segundo capítulo do trabalho, discute-se sobre a atenção primária à saúde no Brasil, e sua importância ao dar as primeiras assistências à mesma e como fundamental no processo de construção e avanço do SUS. Ainda no mesmo

capítulo, será abordado como está estruturado a Estratégia Saúde da Família como uma política de reorganização do SUS através da atenção primária.

No terceiro capítulo do presente trabalho, é salientada a reflexão sobre o estudo, tendo como base o resultado da análise sobre a percepção dos usuários em relação aos serviços prestados no ESF3. No primeiro momento, houve a necessidade de conhecer as características dos entrevistados, para que pudéssemos ter uma melhor compreensão diante das questões as quais indagavam sobre a percepção dos mesmos. Buscou-se também, compreender a visão dos funcionários do ESF3 em relação à saúde pública no município de São Borja, tendo em vista que são os profissionais de saúde responsáveis por dar as primeiras assistências aos cidadãos da comunidade.

Apresentam-se ainda os pontos positivos e negativos, os quais evidenciam os problemas e as dificuldades enfrentadas pelos usuários na busca de acesso à saúde, e pelos profissionais, que trabalham muitas vezes sem as condições necessárias para exercer o seu trabalho dignamente. E, por fim, as considerações finais.

2 A POLÍTICA PÚBLICA DO SUS NA AMPLIAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), segundo Conass (2011a) é reconhecido como uma das melhores políticas públicas de inclusão pela sua estrutura e diretrizes. Apesar de ser nova, promulgada na Constituição Federal de 1988, e ratificada pela Lei Orgânica 8.080 de 1990, em duas décadas de existência, há muito que celebrar pelas conquistas, ao mesmo passo, há desafios a serem ultrapassados.

A descentralização de sua esfera de trabalho passou a responsabilizar estados e municípios juntamente com a colaboração do Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, para que possam prover a saúde pública de qualidade a todos os cidadãos.

No primeiro capítulo, será abordado o processo federativo e a sua intrínseca ligação com o SUS, quais os aspectos positivos e negativos e suas características. Além disso, o conceito de políticas públicas para compreender o que está presente nesse cenário.

2.1 Federalismo e Políticas Públicas

O presente capítulo visa abordar de forma sucinta a origem e estudo do federalismo bem como das políticas públicas, e como se materializou e se organizou no caso brasileiro a partir da constituição de 1988.

Para além, busca-se compreender a estrutura federativa no que diz respeito à saúde pública- Sistema Único de Saúde (SUS) - ao longo dos anos, e o processo de descentralização que tem por objetivo proporcionar maior qualidade nos serviços prestados.

O federalismo originou-se nos Estados Unidos da América do Norte, em 1787, pelos seus pais fundadores James Madison, Alexander Hamilton e John Jay como uma alternativa para o impasse político da recém-criada confederação norte-americana.

De acordo com Abrucio & Franzese (2014, p. 2), as treze colônias, até então fragilmente interligadas, abriram mão de parte de sua independência para que se criasse uma nova esfera de governo, a União.

Segundo Costa (2007, p. 211), a Confederação norte-americana era considerada um arranjo político instável e frágil pelas elites políticas que desejavam criar um Estado forte. Cabe destacar que existem dois tipos de conceituação em relação ao federalismo:

Para primeira, concebida originalmente pelos criadores do federalismo norte-americano, o federalismo significa uma forma de organização política que centraliza, em parte, o poder num Estado resultante da união de unidades políticas preexistentes, que não aceitam ser dissolvidas num Estado unitário; a segunda, hoje predominante, vê no federalismo uma forma de descentralizar o poder em Estados centralizados (unitários) como a Alemanha, a Argentina e o Brasil (COSTA, 2007, p, 211).

No entanto, para Elias & Dourado (2011, p.109) o federalismo é uma forma de organização do Estado contemporâneo que nasceu do equilíbrio entre centralização e descentralização do poder político. Criando-se um sistema que compatibiliza a coexistência de unidades políticas autônomas, as quais em conjunto formam um estado soberano, representado pela União estabelecida na Constituição Federal. Nesse sentido, o federalismo pode também designar arranjos institucionais, ou seja, conjunto de leis e normas que definem como um Estado é governado.

As políticas públicas- bem como o federalismo- nascem nos EUA, no mundo acadêmico, enquanto área de conhecimento sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos. Diferentemente da tradição europeia que concentrava a base de estudos mais na análise sobre o Estado e suas instituições, do que na produção de governos (SOUZA, 2006, p. 22).

Segundo Souza, há três caminhos distintos da trajetória da disciplina que nasce como subárea da Ciência Política norte-americana em relação ao mundo público. Quais sejam:

O primeiro, seguindo a tradição de Madison, cético da natureza humana, focalizava o estudo das instituições, consideradas fundamentais para limitar a tirania e as paixões inerentes à natureza humana. O segundo caminho seguiu a tradição de Paine e Tocqueville, que viam, nas organizações locais, a virtude cívica para promover o “bom” governo. O terceiro caminho foi o das políticas públicas como um ramo da ciência política para entender como e por que os governos optam por determinadas ações (SOUZA, 2006, p. 22).

Na literatura consideram-se quatro grandes intelectuais como pais fundadores na área de políticas públicas: H. Laswell (1936), H. Simon (1957), C. Lindblom (1959; 1979) e D. Easton (1965).

Todavia, não existe uma única definição do que seja política pública. Segundo Secchi (2012, p. 2) entende-se política pública como uma “diretriz elaborada para enfrentar um problema público”. Segundo Teixeira (2002, p. 2) “políticas públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público”. Para o autor, são regras e procedimentos para as relações entre o poder público e a sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. E ainda para Souza:

Como o campo do conhecimento, que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente) (SOUZA, 2006, p, 26).

Portanto, as políticas públicas compreendem um conjunto de decisões e ações direcionadas à solução de problemas políticos. Entende-se por atividade política os procedimentos formais e informais que traduzem as relações de poder e sociedade. De acordo com Rua (1998, p. 1) “uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas”.

Assim sendo, as políticas públicas são criadas como resposta do Estado às demandas que emergem da sociedade e do seu próprio interior, e mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais em resposta as demandas da mesma, para atender as necessidades sociais da população e a efetivação dos direitos legalmente constituídos.

2.1.1 Estrutura Federativa e as Relações Intergovernamentais no Brasil

A partir da experiência norte-americana muitos países adotaram a organização federativa ao longo dos séculos XIX e XX. No Brasil, há mais de um século, assumiu-se a condição federativa de divisão territorial de governo com a proclamação da República em 1889. Todavia, segundo Costa (2007) os elementos para se entender como funciona o federalismo são os princípios constitucionais e a legislação complementar e ordinária vigentes no país.

Ainda, para Souza (2005) o desenho do federalismo brasileiro pode ser compreendido por meio de uma breve descrição das constituições anteriores a 1988. Isso porque as constituições refletiram as barganhas políticas e territoriais que ocorreram ao longo de nossa história.

A primeira constituição escrita do Brasil foi promulgada em 1824. A Constituição de 1824 (Império) já reconhecia o papel político das unidades territoriais, as províncias. Segundo Souza, essa constituição delegou poderes administrativos às então 16 províncias, “embora as províncias não contassem com autonomia política formal ou informal, essa delegação foi interpretada como abrindo caminho para uma futura federação” (SOUZA, 2005, p. 107).

Já a Constituição de 1891 foi bastante generosa na atribuição das competências aos estados. Para Costa (2007), os estados tinham autonomia para legislar sobre todo o assunto que não fosse atribuição exclusiva da União, como política externa, controle da moeda e forças armadas.

Entretanto, para Souza (2005), a constituição de 1891 promulgada após a República, seguiu a promessa descentralizadora do mote republicano: centralização, secessão; descentralização e unidade. Por essa constituição,

Recursos públicos foram canalizados para alguns poucos estados, mostrando que a federação brasileira nasceu sob a égide da concentração de recursos em poucos estados e escassas relações existiam entre os entes constitutivos da federação, caracterizando esse período como o de uma federação isolada (SOUZA, 2005, p. 107).

Esse isolamento - para a autora - foi interrompido em 1930, com o golpe de Vargas. Onde uma das primeiras medidas foi perdoar dívidas dos estados com a união. Escrita como resultado do golpe de 1930, a constituição de 1934 “introduziu a tendência à constitucionalização de questões sócio-econômicas e expandiu as relações intergovernamentais” (SOUZA, 2005, p.108).

Essas relações se iniciaram a partir da autorização do governo federal em conceder recursos e assistência técnica às instâncias subnacionais. Com isso, foram assegurados aos municípios recursos próprios, por eles coletados, e também, parcela de imposto estadual.

A constituição seguinte foi promulgada por Vargas, em 1937, após o golpe militar liderado por ele. Vargas fechou o Congresso Nacional e as assembleias estaduais e substituiu os governadores eleitos por interventores, de acordo com

Souza (2005), uma das principais razões do golpe seria neutralizar a importância dos interesses regionais a fim de construir a unidade política e administrativa necessária para promover a chamada modernização social econômica do país.

Nesse sentido, a queima das bandeiras estaduais em praça pública por Vargas, foi um ato simbólico e significativo contra os interesses regionais fazendo com que os governos subnacionais, perdessem receitas para a esfera federal. Todavia, segundo Souza (2005, p. 108) “a mais importante medida foi delegar ao governo federal a competência para legislar sobre as relações fiscais externas e entre os estados”.

Assim sendo, ao negar aos estados regionais o direito de decidir sobre um dos mais importantes aspectos de sua vida econômica, Vargas abriu caminho para a industrialização. Com o retorno do regime democrático, uma nova constituição foi escrita, a de 1946. Entretanto, segundo Souza:

A constituição de 1946 ainda manteve a marca de ter sido a de vida mais longa da história constitucional brasileira. Seus dispositivos e o regime democrático por ela regulado sobreviveram a várias crises políticas: suicídio de Vargas, renúncia de Jânio Quadros e posse de João Goulart. No entanto, não foi capaz de sobreviver à crise econômica e política iniciada em meados dos anos 1960 (SOUZA, 2005, p. 108).

Costa (2007), afirma que as Constituições de 1934, 1937, 1946 e 1988, o federalismo de tipo dualista, onde as atribuições são bem definidas, sofreu alterações no sentido de atribuições da União, sejam as exclusivas, as comuns e concorrentes¹. Ou seja, centralizou o poder e recursos fiscais nas mãos do governo

¹ Estão, a seguir, discriminadas as competências exclusivas, concorrentes e comuns da União: 1) Exclusivas: I – direito civil, comercial, penal, processual, eleitoral, agrário, marítimo, aeronáutico, espacial e do trabalho; II – desapropriação; III – requisições civis e militares, em caso de iminente perigo e em tempo de guerra; IV – águas, energia, informática, telecomunicações e radiodifusão; V – serviço postal; VI – sistema monetário e de medidas, títulos e garantias dos metais; VII – política de crédito câmbio, seguros e transferência de valores; VIII – comércio exterior e interestadual; IX – diretrizes da política nacional de transportes; X – regime dos portos, navegação lacustre, fluvial, marítima, aérea e aeroespacial; XI – trânsito e transporte; XII – jazidas, minas, outros recursos minerais e metalurgia; XIII – nacionalidade, cidadania e naturalização; XIV – populações indígenas; XV – emigração e imigração, entrada, extradição e expulsão de estrangeiros; XVI – organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões; XVII – organização judiciária, do Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios e da Defensoria Pública dos Territórios, bem como organização administrativa destes; XVIII – sistema estatístico, sistema cartográfico e de geologia nacionais; XIX – sistemas de poupança, captação e garantia da poupança popular; XX – sistemas de consórcios e sorteios; XXI – normas gerais de organização, efetivos, material bélico, garantias, convocação e mobilização das polícias militares e corpos de bombeiros militares; XXII – competência da polícia federal e das polícias rodoviária e ferroviária federais; XXIII – seguridade social; XXIV – diretrizes e bases da educação nacional; XXV – registros públicos; XXVI – atividades nucleares de qualquer natureza; 2) Concorrentes: I – direito tributário, financeiro,

federal, mas uma crescente sobreposição de funções em diversas áreas de atuação do poder público. Assim sendo, cada vez mais a União, estados e municípios tornaram-se responsáveis por áreas comuns, como educação, saúde e transporte.

Para tanto, conforme Souza (2005, p, 109), “a redemocratização trouxe como uma de suas principais bandeiras, a “restauração” do federalismo e a descentralização por meio da elaboração de uma nova constituição”. Todo esse processo culminou então, na constituição de 1988 onde ocorreu uma grande descentralização fiscal e tributária, sem que as competências federativas fossem claramente definidas.

Para Souza (2005), a Constituição de 1988 foi a mais detalhada de todas as constituições brasileiras, quando aprovada continha 245 artigos e mais de 70 no capítulo sobre as Disposições Constitucionais Transitórias. Sobre tal texto constitucional Costa diz:

A constituição de 1988 define minuciosamente a organização da federação. O artigo 18 estabelece que o Brasil é uma República Federativa composta, obrigatoriamente, pela União, pelos 26 estados, pelo Distrito Federal e pelos mais de 5.500 municípios (COSTA, 2007 p. 215).

penitenciário, econômico e urbanístico; II – orçamento; III – juntas comerciais; IV – custas dos serviços forenses; V – produção e consumo; VI – florestas, caça, pesca, fauna, conservação da natureza, defesa do solo e dos recursos naturais, proteção do meio ambiente e controle da poluição; VII – proteção ao patrimônio histórico, cultural, artístico, turístico e paisagístico; VIII – responsabilidade por dano ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico; IX – educação, cultura, ensino, desporto, ciência, tecnologia, pesquisa, desenvolvimento e inovação; X – criação, funcionamento e processo do juizado de pequenas causas; XI – procedimentos em matéria processual; XII – previdência social, proteção e defesa da saúde; XIII – assistência jurídica e defensoria pública; XIV – proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência; XV – proteção à infância e à juventude; XVI – organização, garantias, direitos e deveres das polícias civis. 3) Comuns (artigo 23 da Constituição Federal); “Artigo 23- É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: I – zelar pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público; II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; III – proteger os documentos, as obras e outros bens de valor histórico, artístico e cultural, os monumentos, as paisagens naturais notáveis e os sítios arqueológicos; IV – impedir a evasão, a destruição e a descaracterização de obras de arte e de outros bens de valor histórico, artístico ou cultural; V – proporcionar os meios de acesso à cultura, à educação, à ciência, à tecnologia, à pesquisa e à inovação; VI – proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas; VII – preservar as florestas, a fauna e a flora; VIII – fomentar a produção agropecuária e organizar o abastecimento alimentar; IX – promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico; X – combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos; XI – registrar, acompanhar e fiscalizar as concessões de direitos de pesquisa e exploração de recursos hídricos e minerais em seus territórios; XII – estabelecer e implantar política de educação para a segurança do trânsito. (Fonte: Constituição da República Federativa do Brasil de 1988).

Os artigos 20 a 25 são os mais importantes para a definição do federalismo no Brasil. Tendo em vista que eles estabelecem a divisão e competências entre os membros da federação. Segundo o autor, “O artigo 25 (parágrafo 1) atribui aos estados poder “residual”, isto é, autoriza os estados a legislar sobre qualquer assunto que não tenha sido reservado exclusivamente à União ou aos municípios” (COSTA, 2007, p. 216).

Já os artigos 20 a 22 limitam bastante o espaço de atuação dos estados ao definirem detalhadamente não apenas quais são as competências exclusivas da União, mas também as comuns (que todos os membros da Federação, inclusive os municípios, podem exercer) e as concorrentes (sobre as quais tanto a União como estados podem legislar). Em princípio:

As competências compartilhadas (comuns e concorrentes) seriam uma boa oportunidade para desenvolver a cooperação entre União, estados e municípios em áreas como educação, saúde, assistência social e meio ambiente. No entanto, o parágrafo 4 do artigo 24 praticamente elimina essa possibilidade ao dizer que sempre que houver conflitos entre leis federais e estaduais, prevalecerão sempre as primeiras [...] essa tendência centralizadora do governo federal fica clara se atentarmos para o parágrafo único do artigo 23, que estabelece a necessidade de proposição de uma lei complementar para definir as regras de cooperação entre União, estados e municípios, “tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar, em âmbito nacional” (COSTA, 2007, p.216).

Todavia, para o autor, um aspecto central para o bom funcionamento dos estados federais é a forma como se processam as relações entre os diferentes níveis de governo. Em princípio, estados e municípios são autônomos para conduzir suas políticas de saúde, educação, meio ambiente, transporte, energia etc. Desde que não entrem em conflito com as normas constitucionais e as leis federais (COSTA, 2007, p. 218).

Andrade (2007, p. 252) aponta que a Carta Constitucional de 1988 fez dos municípios entes autônomos, equiparando-os à União e aos estados. Paralelamente instituiu nova repartição da carga tributária, que provocou significativo ganho para os municípios. Todavia, segundo Costa (2007, p. 218), o problema é que dificilmente um estado ou município pode realizar políticas consistentes em qualquer dessas áreas sem o apoio ou a concordância do governo federal. Deste modo, as relações intergovernamentais são como o “sistema circulatório” do federalismo. Para Souza:

A federação tem sido marcada por políticas públicas federais que se impõe às instâncias subnacionais, mas que são aprovadas pelo Congresso Nacional e por limitações na capacidade de legislar sobre políticas próprias – esta última também constrangida por decisões do poder judiciário [...] por outro lado, estados e municípios possuem autonomia administrativa considerável, responsabilidades pela implementação de políticas aprovadas na esfera federal, inclusive muitas por emendas constitucionais, e uma parcela dos recursos públicos poucas vezes concedida pelas constituições anteriores, em particular para os municípios, superior a outros países em desenvolvimento (SOUZA, 2005, p.111).

As relações intergovernamentais no Brasil dependem muito da disposição dos governos em cooperar, mas principalmente da capacidade e do interesse do governo federal em estimular ou impor regras e programas, que segundo Costa (2007, p. 218) impliquem alguma forma de coordenação entre as atividades de estados e municípios. Esta cooperação intergovernamental se concretiza de forma bem sucedida, segundo Costa:

Na área de saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS articula as ações dos vários níveis de governo com base em comissões intergovernamentais. Dependendo do tipo de atividade, como o atendimento primário, preventivo ou secundário, o Ministério da Saúde transfere recursos para as redes municipais e estaduais em vez de executar os serviços. Esse sistema coordenado foi o resultado de muitos anos de mobilização dos profissionais da área de saúde coletiva, servidores das redes estaduais e municipais de saúde, associações profissionais e organizações não-governamentais ligadas a questões de saúde e assistência. Apesar dos problemas que enfrenta, como falta de recursos e conflitos com a rede privada, o SUS é um exemplo bem sucedido de cooperação intergovernamental (COSTA, 2007, p.218-219).

A criação do SUS para Andrade, fez com que se configurasse a municipalização da saúde e:

[...] fez do prefeito parceiro dessa política até então afeta aos governos estaduais e federal. Nos novos termos constitucionais, a União está obrigada a transferir para os municípios recursos para financiar o atendimento médico das populações, assim como os próprios estados, mas é o município que responde diretamente aos usuários e isso provoca desgastes políticos (ANDRADE, 2007, p.254).

Para o autor, houve um vasto processo de descentralização da implementação de políticas públicas, não só com a municipalização da saúde, mas também com a da educação. E os cidadãos das pequenas cidades começam a descobrir que possuem direitos e os reivindicam.

2.2. Saúde Pública e Sistema Único de Saúde (SUS)

A historiografia aponta alguns aspectos importantes na atenção à saúde da população. A partir do século XIX no Brasil, inicia-se um processo de transformação política e econômica que atinge o âmbito da medicina. Esta é composta por duas características:

A penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo de reflexão e da prática médica, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado (CONASS, 2011a, p, 10).

Com a vinda da corte portuguesa para o Brasil em 1808, a administração pública da colônia teve mudanças bem como na área da saúde. A sede do império no Rio de Janeiro tornou-se centro de ações sanitárias e era necessária a criação e formação de médicos pelo fato de serem inexistentes.

Desta forma, por ordem real, foram criadas academias médicos-cirúrgicas, onde a partir da primeira metade do século XIX, tornaram-se as primeiras escolas de medicina no país. Entretanto, “efetivamente, somente no século XX, iniciam-se políticas de saúde para enfrentar o quadro sanitário existente no país”. (CONASS, 2011a, p.10).

Na República, as políticas de saúde, tiveram início efetivo em meados de 1910, encontravam-se problemas de integração nacional geradas por doenças transmissíveis.

Nesse sentido, a falta de um modelo sanitário deixa as cidades brasileiras sensíveis a epidemias. Todavia, através da continua intervenção estatal em questões relacionadas à saúde individual e coletiva, revela a criação de uma política de saúde.

A atenção para com as epidemias nas cidades, como a da peste bubônica em 1899, esteve na origem da criação, em 1900, de duas principais instituições de pesquisa biomédica em saúde pública do país; Instituto Oswaldo Cruz (1908) e Fundação Oswaldo Cruz (1970), no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantan, em São Paulo. Bem como, Carlos Chagas, Adolpho Lutz, Artur Neiva e Vital Brasil, destacaram-se na definição de rumos para a saúde pública e na criação de instituições (CONASS, 2011a, p. 12).

Foi durante a primeira República que emergiu a reforma do movimento sanitário, através de lideranças da nova geração de médicos higienistas. Entretanto, a partir do primeiro governo Vargas que se configurou às políticas sociais no Brasil.

Em 1939, regulamenta-se a justiça do trabalho e, em 1943, é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). No que tange à previdência social, que era o maior dos subsistemas que organizavam os serviços de saúde juntamente com o setor privado e setor público, a política de estado tinha a pretensão de estender a todas as categorias do operariado urbano benefícios da previdência. Para tanto,

Nas décadas de 30 e 40, o governo Vargas estruturou o sistema de previdência social como um dos três pilares (junto com a Justiça do Trabalho e a Estrutura Sindical) da organização do estado corporativista (FALLETI, 2010, p. 348).

Todavia, o sistema de saúde pouco se alterou até o regime militar se instaurar no poder em 1964. Sob o regime militar, a previdência social foi estendida, privilegiando contratos com o setor privado, o qual prestava serviços.

Como forma de reduzir os trabalhadores urbanos organizados, o regime militar, através do general Humberto de Alencar Castelo Branco unificou os institutos de aposentadorias e pensões em um único organismo, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Nesse sentido, todos os trabalhadores urbanos dos setores privados começaram a ter os mesmos benefícios da previdência social. Entretanto, mantiveram-se as desigualdades, servidores públicos e funcionários militares ficaram em fundos separados, enquanto os trabalhadores rurais e mais pobres mantiveram-se excluídos.

Havia, entretanto, de acordo com Falleti (2010), um movimento reformista que promovia a integração no sistema de saúde e aumento da cobertura. Propondo uma saúde pública descentralizada e igualitária, que se opunha a centralização e tomada de decisões, e defendia a municipalização da saúde. O movimento da reforma sanitária foi um marco importante para a saúde pública brasileira, enfatizava cuidados preventivos e entendia a saúde como um direito humano universal aliado à condição de vida socioeconômica dos cidadãos (FALLETI, 2010, p. 353).

Para Falletti (2010, p. 364), “a evolução das reformas em saúde no Brasil mostra que é possível libertar-se, de maneira gradual e incremental, de pré-condições institucionais históricas que impossibilitam a universalização da saúde”.

Cabe aqui, primeiramente, antes de adentrarmos no SUS a compreensão do que são os sistemas de saúde. Em política e gestão pública em saúde, os autores definem sistemas de saúde como:

As construções sociais que tem por objetivo garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, tais como o de adoecer e necessitar de assistência, para os quais, por meios próprios, não teriam condições de prover (ELIAS & DOURADO, 2011, p. 114).

Dessa forma, para os autores, os sistemas de saúde têm como compromisso primordial garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos.

Para tanto, é necessário que haja recursos para que os bens e serviços sejam disponíveis à sociedade, e é através do financiamento advindo exclusivamente por recursos públicos (impostos, contribuições e renúncia fiscal). Elias & Dourado (2011) destacam quatro como principais meios de financiamento da saúde: modelos assistencialistas, previdencialista, universalista unificado e o universalista diversificado.

Os sistemas de saúde são instituídos e adotados pelo Estado, para prover a assistência aos indivíduos que assim necessitam, as estruturas que compõem o sistema de saúde são bastante distintas, porém conexas, sendo classificadas em dois grandes grupos: as estruturas assistenciais e as funções de sistema. Neste sentido,

São estruturas assistenciais: rede de serviços (hospitais, ambulatórios, consultórios, laboratórios clínicos e radiológicos), e pessoal de saúde (profissionais e técnicos com formação específica em saúde), e trabalhadores em saúde tem como principal objetivo produzir serviço de saúde. São funções: os sistemas de planejamento, informação, controle e avaliação, cujo objetivo principal é prover a organização e regulação do funcionamento do sistema (ELIAS & DOURADO, 2011, p.116).

De acordo com que vimos fica sob a responsabilidade do Estado definir um sistema de saúde que beneficie amplamente em todos os aspectos os indivíduos. O sistema de saúde brasileiro é constituído por pelo menos dois subsistemas: um governamental, o Sistema Único de Saúde (SUS) e outro privado, o Sistema

Supletivo de Assistência Médica (SSAM) ou Sistema Suplementar à Saúde, Elias & Dourado (2011, p. 117). Contudo nos deteremos ao SUS.

No artigo 196º a 200º² da CF/1988 é definida a saúde pública como universal, aliando-se a tradição de proteção social ao consagrar a saúde como direito de todos e dever do Estado. Com o intuito e objetivo de realizar os diversos serviços necessários, para que se tenha uma qualidade de vida. Para tanto:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob a gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua no território nacional, com direção única em cada esfera de governo [...] A constituição brasileira estabelece que a saúde como o dever do Estado. Aqui, deve-se entender Estado não apenas como o governo federal, mas como poder público, abrangendo a União, os Estados o Distrito federal e os Municípios (CONASS, 2011a, p. 24).

A lei orgânica nº 8.080/90 institui o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos ou instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar:

A lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde executadas isoladas ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990, p. 1).

² **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. **Art. 197.** São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. **Art. 198.** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC no 29/2000, EC no 51/2006, EC no 63/2010 e EC no 86/2015). **Art. 199.** A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. **Art. 200.** Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (EC no 85/2015). I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V – incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (Fonte: Constituição Federal de 1988).

Em seu artigo 2º estabelece a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. E em seu parágrafo 1º do mesmo artigo, deixa claro que o dever do Estado em garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças, e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Essas ações e serviços compreendem princípios e diretrizes previstos no Art. 198 da Constituição Federal, bem como no capítulo II, art. 7º da lei orgânica 8.080 de 1990, quais sejam:

Quadro 1- Princípios Norteadores do SUS

Dos Princípios	
➤ Universalidade:	Compreende acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistências, onde todas as pessoas têm direito a saúde e ao bom atendimento independente de credo, raça ou cor.
➤ Integralidade de assistência:	Entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Os serviços de saúde devem ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e a morrer.
➤ Equidade:	Compreende a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Ou seja, todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades.
➤ Direito à informação:	Todas as pessoas assistidas têm o direito de saber sobre sua saúde.
➤ Divulgação de informações:	Diz respeito à informação sobre o potencial dos serviços de saúde, bem como sua utilização pelo usuário.

FONTE: Ministério da Saúde (Lei nº 8.080, de setembro de 1990).

Quadro 2- Diretrizes do SUS e suas ações

Das Diretrizes	
➤ Regionalização e hierarquização:	A rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, como forma de permitir um maior conhecimento dos problemas de saúde da população de uma área

	delimitada, possibilitando ações de vigilância epidemiológica, sanitária, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.
➤ Descentralização:	Entendida como descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ou seja, redistribuição das responsabilidades pelas ações de saúde. Quanto mais perto do fato a decisão for tomada, haverá maior chance de êxito. Ênfase na descentralização dos serviços nos municípios.
➤ Resolutividade:	Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência. Quando surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço tem estar capacitado a enfrentá-lo e resolvê-lo.
➤ Participação dos cidadãos:	É a garantia institucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas públicas e do controle de sua execução, em todos os níveis de governo. Essa participação se dá através dos conselhos e secretarias de saúde.

FONTE: Ministério da Saúde (Lei nº 8.080, de setembro de 1990).

Para além, foi promulgada a lei nº 8,142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, com o objetivo de avaliação e controle social da saúde.

Uma política social pode ser entendida como a atribuição definida politicamente de direitos e deveres legais dos cidadãos. Ou seja, consiste na transferência de dinheiro e serviços com o objetivo de ajudar cidadãos que detêm tais direitos, porém, não conseguem acesso através de seus próprios recursos (ELIAS & DOURADO, 2011, p. 103).

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 foi um marco de transformações e mudanças na política social do Brasil. Segundo Elias & Dourado as principais mudanças são:

O deslocamento em direção a uma forma universal e igualitária de organização e proteção; adensamento do caráter redistributivo; ampliação e extensão de direitos sociais; universalização do acesso e expansão da cobertura; recuperação e redefinição de patamares mínimos dos valores dos benefícios; maior comprometimento do Estado e da Sociedade no financiamento de todo o sistema; noção de seguridade social como forma abrangente de proteção (ELIAS & DOURADO, 2011, p.104).

Em 1990 deu-se início a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a saúde se torna um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício (BRASIL, 1990, p.1). Nessa perspectiva, o SUS é considerado uma política social em saúde o qual visa à proteção, prevenção e promoção à saúde.

2.2.1 Regionalismo e territorialismo da saúde pública.

Dentre os princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, equidade e integralidade, bem como a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização de rede de serviços de saúde, o SUS estruturou em todo território nacional uma ampla e diversificada rede de serviços de saúde.

Essas redes de serviços sob a responsabilidade de municípios, estados e União, observando a autonomia dos entes federados constrói relações de complementariedade entre eles. Nesse sentido de complementariedade, é que a descentralização define e distribui a competência entre as três esferas de governo.

Esse processo foi importante para a ampliação de rede de serviços de saúde em todos os níveis de assistência, ampliação do SUS como política pública, bem como firmando a saúde como um direito fundamental do ser humano. Nesse contexto, segundo Lavras:

Um dos principais avanços observados no SUS foi o processo de descentralização por meio de transferência de responsabilidade e de recursos do nível federal para as esferas estaduais e municipais de governo, com ênfase na municipalização [...] Dessa forma, o SUS imprimiu gradativamente aos municípios brasileiros em conjunto de novas responsabilidades, no que diz respeito ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde dirigidos tanto a promoção de saúde, como ao enfrentamento de riscos e agravos existentes em sua população. Esse processo foi imprescindível para o amadurecimento do próprio sistema e, em especial, para a ampliação de sua cobertura (LAVRAS, 2011, p. 321).

De acordo com Lavras (2011, p. 322), esse processo foi imprescindível para o amadurecimento do próprio sistema e, em especial, para a ampliação de sua cobertura. Para tanto, o SUS utiliza uma variedade de nomenclatura e divisões territoriais para operacionalizar suas ações, quais sejam:

O município, o distrito sanitário, a micro - área, a área de abrangência de unidades de saúde, dentre outros, são áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder (GONDIM, ET AL, 2008, p. 3).

A regionalização da saúde proposta inicialmente após 1988, como instrumentos infra-constitucionais, de forma racionalizadora, entendia a organização dos serviços através de níveis de complexidade tecnológica, localizados em áreas geográficas delimitadas com populações definidas.

Dessa forma, se tinha por objetivo a partir do arranjo administrativo-gerencial, oferecer as populações referidas atendimento integral em todos os níveis de atenção do sistema; primário, secundário e terciário.

A regionalização configura-se segundo Lavras (2011, p. 323), como o grande eixo norteador do desenvolvimento do SUS para a próxima década e como resultado da ação coordenada dos três entes federados na implementação de regiões sanitárias, as quais se organizam redes regionalizadas de atenção à saúde.

Essas ações de serviços são organizadas em três níveis distintos:

- Nível primário: Redes de serviços de Saúde formadas por centros de saúde, postos de saúde e unidades de saúde da família.
- Nível secundário: Redes de serviços de saúde formada por centros de referência, ambulatórios e hospitais gerais.
- Nível terciário: Redes de serviços de saúde formadas por ambulatórios e hospitais especializados que desenvolvem procedimentos de alta densidade tecnológica.

Essas três ações de serviços configuram a rede temática de saúde, ou seja, a forma como se dá o planejamento e/ou reorganização de sistemas de saúde.

A identificação dessa rede de serviços através de níveis hierárquicos mostra-se necessária e importante, no sentido de possibilitar uma melhor avaliação da

oferta em função das necessidades de saúde existentes. Nesse sentido, a articulação entre regionalização e a municipalização se daria por meio de um movimento sincrônico de descentralização x centralização das ações (GONDIM, et al, 2008, p, 04).

Deste modo, se considera os serviços de saúde presentes nos municípios como os principais responsáveis pelo atendimento a população. Ao mesmo passo, o nível regional composto por agregados de municípios ou estados com serviços de complexidade diferentes, se encarregaria de atender a população dos municípios desse polo de atenção. Para esse objetivo:

A proposta da municipalização da saúde foi absolutamente positiva, motivada pelo significado da autonomia municipal para maior dinâmica na vida da população e pela importância política e social de reforçar o poder municipal [...] A municipalização da saúde seria o caminho que segurava a implantação do SUS, sintetizado na sentença “o melhor remédio para a saúde é o município” (GONDIM, et al, 2008, p. 4-5).

Da mesma maneira, o território é também um espaço, singularizado, que tem limites podendo ser político-administrativo ou de ação de um determinado grupo de atores sociais. Nele são exercitados ou se constroem o poder de atuação tanto do Estado, das agências e de seus cidadãos. Daí vem a sua importância estratégica para as políticas sociais e públicas.

Essa importância se consolida a partir do enfrentamento de problemas e necessidade da população que o habita e o produz socialmente. O reconhecimento do território possibilita identificar e caracterizar a população, assim como os seus problemas de saúde e avaliar o impacto dos serviços de saúde dessa população.

Segundo Mendes (1993), no processo de municipalização podem ser identificados os seguintes territórios:

- Território-distrito: como delimitação político-administrativa;
- Território-área: delimitação da área de abrangência de uma unidade ambulatorial;
- Território- microárea: delimitada com a lógica da homogeneidade sócio - econômica sanitária;
- Território-moradia: como lugar de residência da família.

Para tanto, segundo Gondim (et al, 2008) foi criado junto com o Programa de Agentes Comunitários (PACS) o Programa Saúde da Família (PSF) em 1991, iniciando suas atividades em 1994, tendo como suas diretrizes: a adscrição de população, vinculada a uma unidade básica, território de abrangência, área sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família.

Entretanto, a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família define e é responsável por um recorte territorial, que corresponde à área de atuação das equipes de família, ou agentes comunitários. Pode compreender um bairro, ou parte dele, ou de vários bairros nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população esparsa em áreas rurais, no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas.

O programa focaliza no atendimento na saúde das famílias, incluindo atividades de promoção à saúde, bem como a atuação sobre os ambientes de reprodução social delas. Potencialmente, esses territórios têm como vantagem a possibilidade de captar dados demográficos, epidemiológicos, e de condições de vida, incluindo ambientais.

2.2.2 Financiamento e gestão dos recursos do SUS

O financiamento da saúde antes do SUS (1988), segundo CONASS (2011b, p. 12) o sistema oficial de saúde disputava na esfera federal em duas arenas distintas. Na primeira, situada na órbita previdenciária, a partição dos recursos entre as três áreas (benefícios previdenciários, assistência social e atenção médico-hospitalar) ocorria autonomamente, e a segunda a do orçamento fiscal, os programas a cargo do Ministério da Saúde concorriam com a educação, justiça, transporte, defesa nacional, previdência do servidor público e outras responsabilidades da União, inclusive os poderes Legislativo e Judiciário. Ainda CONASS:

Com o início da implantação do SUS, em 1990, o financiamento passou a ser a questão central da política de saúde. Até então, a escassez de recursos, embora relevante, não tinha a magnitude que passou a ter nos últimos vinte anos. Vários fatores têm contribuído para dar à questão do financiamento a importância política que tem atualmente. Primeiro, porque no passado a assistência médico-hospitalar, principal componente do gasto com saúde, estava restrita à população previdenciária, criando uma situação de verdadeiro apartheid médico ao segmentar cidadãos em pacientes de 1ª (previdenciários urbanos, trabalhadores do setor formal), 2ª (previdenciários rurais) e 3ª classes (aqueles sem proteção previdenciária, então chamados, “indigentes”). Somente depois de 1988, passou a ser universal, não obstante os avanços graduais nesse sentido ocorridos a partir do final dos anos 1940 mediante políticas públicas de inclusão (CONASS, 2011b, p. 17).

O SUS é financiado através dos recursos das três esferas de governo, ou seja, supõe solidariedade dos entes federados. Os recursos da saúde são provenientes de contribuições tributárias, impostos pagos por cada cidadão brasileiro ao Estado. Imposto como IR, IPI, ICMS, IPVA, IPTU e contribuições para a seguridade social.

Esses tributos irão compor o orçamento de cada esfera governamental, municípios, estados e União os quais serão responsáveis por financiar os serviços de saúde. Todavia, não foi definido o que cada esfera governamental iria investir nas ações de saúde, da mesma forma, não ficou claro nem definido quais os critérios de distribuição desses recursos.

A partir da lei orgânica 8.080 de 1990, em seu artigo 35, foram definidos alguns critérios de distribuição de recursos, segundo análise técnica de programas e projetos. Tais critérios como perfil demográfico; número de habitantes de cada região, perfil epidemiológico da população a ser coberta; a série histórica das doenças de cada região entre outras.

No entanto, ainda assim, não ficou claro o que cada esfera governamental iria investir nos serviços de saúde. Essa indefinição perdurou entre os anos de 1990 a 2000. Nesse período de tempo, a União ficou com a responsabilidade de disponibilizar mais de 80% do seu orçamento para as ações de saúde. O que gerou grandes dificuldades em assegurar uma saúde de qualidade à população.

Com a aprovação da emenda constitucional 29/2000, cada esfera de governo está obrigada a destinar um percentual de recursos mínimos para o financiamento das ações de serviços do SUS:

Os Estados devem destinar 12% da arrecadação própria mais as transferências do Fundo da Participação dos estados, os municípios 15% da arrecadação própria mais as transferências do Fundo de Participação dos Municípios e a União a correção se dá pela variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior. O sistema de transferência de recursos financeiros entre as esferas de governo se dá por meio dos Fundos de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal), (ELIAS & DOURADO, 2011, p. 118).

Atualmente os gastos com a saúde vêm aumentando devido ao crescimento populacional. Nesse sentido, estudos apontam que a União e os estados não estão cumprindo com os critérios estabelecidos na emenda constitucional 29/2000, o que tem gerado grandes déficits financeiros com as ações de saúde.

Para tanto, a gestão dos recursos do financiamento para o SUS serão depositados em conta especial, ou seja, em cada esfera de governo de sua atuação. Esses recursos são gerenciados através do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para a União, Fundo Estadual de Saúde (FES) para os Estados e Fundo Municipal de Saúde (FMS) para os Municípios.

A transferência de recursos fundo a fundo foi definida para acontecer de forma regular e automática. No entanto, para o fundo de saúde ter legitimidade, credibilidade legal, é necessário à aprovação do poder legislativo local.

É importante ele contar com uma estrutura mínima, apoio da contabilidade que vai emitir as ordens de serviços, a licitação; que vai realizar as compras mediante os convênios pelo SUS, a tesouraria; que vai efetuar os serviços prestados, e a prestação de contas; que vai organizar os comprovantes de despesa e movimentação bancária.

Os recursos para a saúde também financiam serviços hospitalares como; cirurgias cardíacas, raios X, tomografias, entre outros procedimentos. Nesse caso é necessário que o estabelecimento de saúde seja cadastrado e conveniado pelo SUS.

Todavia, para melhor organizar os repasses fundo a fundo, o Ministério da Saúde através da portaria 399 do pacto pela saúde de 2006, definiu que o repasse de recursos seria através de blocos de financiamento. Blocos como: “atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS” (BRASIL, 2006, p. 10).

Além disso, para o repasse dos recursos é necessário que os gestores de cada região assinem um termo de compromisso e que apresentem a produção e os procedimentos realizados através do sistema de informação específico para o programa implantado. A não informação através do sistema vai implicar no cancelamento de recursos até que a situação seja regularizada.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PROTEÇÃO, PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE.

Como podemos perceber a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado proporcionar as condições necessárias para o seu pleno exercício, através de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças.

Nessa perspectiva, a atenção primária (atenção básica) da saúde, tem por objetivo dar as primeiras assistências visando à proteção, prevenção e promoção à saúde. Segundo CONASS (2011c), é evidente a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) no processo de construção e avanço do Sistema Único de Saúde:

Os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas (federal, estaduais e municipais), da academia, dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm ao encontro do consenso de que ter a Atenção Primária à Saúde como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes (CONASS, 2011c, p.10).

Para tanto, como forma de reorganização da Atenção Primária (Atenção Básica) no país de acordo com os preceitos do SUS, é que surge a Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1997- antes denominada Programa Saúde da Família (PSF) - definida como estratégia para a atenção básica. A qual segundo Luppi (et al 2011, p. 341), propõe os mesmos atributos da APS abrangente: atuação no território, cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde da comunidade, cuidado ao indivíduo e família ao longo do tempo.

Neste capítulo, será abordado de forma contextualizada, a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, bem como sua importância para o fortalecimento e abrangência do SUS e para a consolidação da saúde pública. Ainda, sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como um mecanismo de manutenção e reorganização do SUS.

3.1. Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica) no Brasil

As diferentes interpretações relacionadas à abrangência da atenção primária em diversos países, bem como sua complexidade conceitual e evolução de sua implementação, segundo CONASS (2011c, p.13) levaram à utilização de diferentes termos para nomear essa forma de organização dos serviços de saúde.

De acordo com Luppi (et al. 2011, p. 332), “a denominação mais geral de APS a caracteriza como *atenção ambulatorial, de primeiro nível e de primeiro contato do paciente* com o sistema de saúde do país”.

A Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde Alma-Ata ³em 1978 enfatiza que a saúde, estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doenças ou enfermidades, é um direito humano fundamental. Segundo a declaração de Alma-Ata:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

A conferência de Alma-Ata realizada no Cazaquistão, na cidade de Alma-Ata, foi co-organizada e financiada pela União Soviética e contou com a participação de 3.000 delegados de 134 governos com o slogan “saúde para todos no ano 2000”.

A partir de então – da atenção primária proposta em Alma-Ata até hoje – surgiu derivações as quais consideravam um avanço ou especificidade em relação à proposta original. Quais sejam, segundo CONASS (2011c, p. 13), “atenção primária à saúde, atenção primária seletiva, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada”.

No processo histórico brasileiro, o período até 1970 foi marcado pelo início da organização da atenção primária à saúde por meio da criação dos Centros de Saúde

³ A Conferência Internacional de Alma-Ata em 6-12 de 1978 em URSS, sobre cuidados Primários da Saúde: concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração (OMS, 1978).

como equipamentos de Saúde Pública. Destacam-se nesse período, a criação dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), voltadas à atenção de agravos específicos de Saúde Pública (LUPPI et al, 2011, p. 338).

Todavia, é a partir da Constituição de 1988, com o advento do SUS que foi iniciado o processo de descentralização das ações e municipalização da APS, agora denominada Atenção Básica à Saúde. Destaca-se nesse período de 1988 a 1990:

[...] a publicação do texto constitucional dos princípios do SUS e a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90), com a organização do Fundo Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, respectivamente, que possibilitaram o aparato institucional de gestão da política de saúde. Isso possibilitou o início do processo de descentralização e municipalização das ações de Atenção Básica à Saúde (ABS), institucionalizadas pelas Normas Operacionais que consubstanciaram as mudanças necessárias para a operacionalização da descentralização (LUPPI et al, 2011, p.339).

É importante ressaltar, que atenção primária e atenção básica possuem o mesmo significado, embora, o Ministério da Saúde utilize AB para designar APS como reflexo da necessidade na diferenciação na proposta da saúde da família e a dos cuidados primários da saúde. Portanto, no Brasil, a adoção por parte do Ministério da Saúde da nomenclatura atenção básica para a definição de APS, visa como estratégia principal a Saúde da Família (SF). Para além da terminologia empregada segundo CONASS:

[...] estão às próprias concepções de APS, que ainda hoje variam desde “assistência pobre para pobres” a “base para qualquer reforma de um sistema de saúde”, ou “a chave para alcançar a saúde para todos”. Embora exista um conceito nacional que vem trazendo contribuições para a evolução conceitual prática da APS mundialmente, identifica-se, nos mais de cinco mil municípios brasileiros, uma enorme gama de práticas sob a designação Atenção Básica ou Saúde da Família. Assim, mesmo considerando uma atenção básica ampliada, abrangente e inclusiva, como pensada pelos formuladores de forma tripartite, pode-se ver, em alguns locais a APS focalizada ou excludente acontecendo, na prática, no país. Atentando para essa questão, pode-se corrigir os rumos para a construção do ideal Atenção Primária à Saúde proposto (CONASS, 2011c, p.14).

Nesse sentido, foi regulamentada em 28 de março de 2006 a Política Nacional de Atenção Básica através da Portaria n. 648, a qual estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF), e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). E, posteriormente, uma nova revisão através da Portaria 2.488, de 21 de

novembro de 2011, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS).

Segundo esta Portaria, 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, 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.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Segundo a portaria 2.488, a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

- **Ter território adstrito:** como forma de permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação.
- **Possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde:** esses serviços devem ser caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
- **Adscriver os usuários:** e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. É um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.
- **Coordenar a integralidade em seus vários aspectos:** ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde; prevenção de agravos; vigilância à saúde; tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma

multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

- **Estimular a participação dos usuários:** como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à saúde e das pessoas e coletividades do território etc. E no exercício do controle social.

Portanto, a Atenção Básica à Saúde (APS) é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, ela diferencia-se da secundária e terciária em diversos aspectos dentre eles: dedica-se em problemas mais frequentes (simples ou complexos) em fases iniciais.

3.1.1 Estratégia Saúde da Família (ESF) como a principal estratégia organizativa da Atenção Primária à Saúde no SUS.

Como o exposto anteriormente, a Estratégia Saúde da Família é o mecanismo de reorganização do SUS. Essa reorganização se dá através da Atenção Primária à Saúde agora voltada à Saúde da Família (SF).

De acordo com o CONASS (2011c), segue a definição de APS reafirmando a necessidade de tornar a prática de atenção na Saúde da Família (SF) integral, por meio de responsabilidades territoriais - a adscrição do território é necessária para sua implementação - possibilitando a prática integral nas necessidades dos indivíduos do território.

A produção do cuidado na ESF pressupõe que o profissional no momento do encontro com o usuário, consiga captar as necessidades singulares de saúde possibilitando a abertura de uma escuta qualificada, ou seja, implica acolher o outro, propiciar espaço para o diálogo, o estabelecimento de vínculo e de laços de confiança.

Além disso, o simples ato de acolher requer por parte do profissional uma escuta sensível, o que poderá subsidiar as ações de saúde. O estabelecimento de vínculo e a abordagem dos usuários como sujeitos devem ser sentida pelos membros da equipe de trabalho com o intuito de promover a melhoria da qualidade dos serviços à comunidade, bem como a maior efetivação dos direitos dos usuários.

O ESF é tido pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como:

[...] estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011, p.11).

Com esse objetivo de qualificação e consolidação da atenção básica, foi estabelecido na portaria nº 2.488 as especificidades da equipe de saúde da família, presente no inciso I, os quais são itens necessários à estratégia saúde da família. Cada equipe de saúde da família é composta por no mínimo:

- Médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade;
- Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família;
- Auxiliar ou técnico de enfermagem;
- Agentes comunitários de saúde;
- Como parte da equipe multiprofissional os profissionais de saúde bucal; cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;

E no inciso II e III do mesmo item, no que se refere às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), devem ser o suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com no máximo 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Além disso, cada equipe da família deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo recomendada a média de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição.

É importante ressaltar que o número de pessoas por equipe, deve-se levar em conta o grau de vulnerabilidade das famílias do território, quanto maior a vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

Ao tratar da questão organizacional dos ESFs, é importante ressaltar que dentre os princípios doutrinários do SUS está: a regionalização e a descentralização das ações dos serviços de saúde para os municípios- a municipalização.

A regionalização diz respeito a um formato administrativo-gerencial, a qual tem por objetivo oferecer a população atendimento integral em todos os níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário.

A municipalização dos serviços de saúde por sua vez, tem por objetivo uma organização territorial de abrangência populacional- as microáreas. Essas microáreas compreendem um território adstrito, como forma de planejamento e organização descentralizada, visando o desenvolvimento de ações setoriais que busquem solucionar as situações de saúde. Como demonstra a figura 1:

Figura 1- Localização dos ESFs no Município de São Borja



Fonte: Secretária do Planejamento de São Borja/RS

LEGENDA:

- ESF 1 - Rua Lidovino Fonton nº 3610
- ESF 2 - Rua Tiradentes nº 1010
- ESF 3 - Rua Cristóvão Colombo nº 1800
- ESF 4 - Rua Sarandi nº 320
- ESF 5 - Rua Ângelo Proença nº 1062
- ESF 6 - Rua General Osório nº 3213
- ESF 7 - Rua Moreira Cezar nº 60
- ESF 8 - Rua América Goulart Teixeira nº 60
- ESF 9 - Rua Osório Rocha chaves nº 212
- ESF 10 - Rua Gaspar Ferreira nº 30
- ESF 11 - Rua Andradas nº 319
- ESF 12 - Rua Venâncio Aires nº 319
- ESF 13 - Unidade Móvel Atende o Interior do Município

Dessa forma, cada ESF compreende um território, o município de São Borja é composto por 13 ESFs, e por um Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE). E está dividido pelas microáreas de abrangência. Todavia, cada ESF têm sua peculiaridade e um número específico de acordo com seu território.

Vale salientar, que com o aumento populacional da cidade e nos territórios, a médio e longo prazo, será necessária a abertura de novos ESFs, para que não sobrecarregue o sistema e possibilite que se possa assegurar a assistência à saúde de qualidade a todos os cidadãos.

E ainda, como forma de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica bem como sua resolubilidade, conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é constituído por equipes compostas por profissionais das equipes da Saúde da Família. Entretanto, a composição de cada um dos NASFs será definida pelos gestores municipais.

Contudo, é imprescindível que o cidadão tenha a garantia de seus direitos de acessibilidade, a qual deve assegurar o direito à saúde no âmbito das políticas públicas, tratamento adequado e efetivo para seu problema de saúde, atendimento humanizado; respeitando seus direitos e a dignidade da pessoa humana através da prevenção, proteção e promoção da saúde.

4 SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA: RESULTADO DA ANÁLISE SOBRE A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO ESF3

O presente capítulo trará uma reflexão sobre a saúde pública na cidade de São Borja no âmbito da atenção primária (atenção básica) vinculada aos ESF, visando analisar qual a percepção do usuário em relação aos serviços prestados.

Apesar dos ESFs terem a responsabilidade social de dar as primeiras assistências à saúde, na prática não é o que acontece, de acordo com inúmeras reclamações da sociedade que utilizam desse serviço em relação às instituições e aos profissionais de saúde que ali trabalham.

É importante ressaltar que foram aplicados 28 questionários, aplicados entre os dias 11 a 15 de setembro de 2017, com o intuito de saber a opinião dos usuários do SUS do ESF3 em relação à saúde pública, um levantamento dos serviços prestados pelo mesmo e a visão dos profissionais que ali trabalham.

4.1 Análise da percepção dos usuários em relação aos serviços prestados no ESF3

É importante antes de tratar da questão, conceituar o que se entende por percepção. Percepção substantivo feminino originário do latim *perceptione*, o qual quer dizer capacidade de apreender por meio dos sentidos ou da mente (HOUAISS, 2004)⁴. Segundo Lalande⁵ (1999, p. 803) percepção é “conhecimento que o eu possui dos seus estados e dos seus atos através da consciência (percepção interna)”. E para o autor a percepção externa é o ato pelo qual um indivíduo:

[...] organizando imediatamente as suas sensações presentes, interpretando-as e completando-as com imagens e lembranças, afastando tanto quanto o possível o seu caráter afetivo ou emotivo, opõe a si, um objeto que julga espontaneamente distinto dele, real e por ele conhecido atualmente (percepção exterior) (LALANDE, 1999, p. 804).

Nesse sentido, a percepção como um ato de perceber pode nos fornecer o conhecimento do mundo que nos rodeia, por meio dos sentidos ou o de captar pela inteligência o que é interno e externo. Nessa perspectiva, o ato de notar e entender

⁴ HOUAISS, Antônio. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro. 2004. 2ªed.

⁵ LALANDE, André. **Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia**/André Lalande. – 3ªed.- São Paulo: Martins Fortes, 1999.

uma determinada política, sendo boa ou ruim, pode influenciar na capacidade de ação do ser humano.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) como um componente estruturante do sistema de saúde, tem por objetivo realizar a prevenção, promoção e proteção à saúde. O trabalho é realizado em equipe e de forma descentralizada, a equipe deve ser formada por profissionais como: enfermeiro, médico, agentes comunitários de saúde, fisioterapeuta, nutricionista, dentista, educador físico e outros. As equipes devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde ou no ESF do território, cada AGC fica responsável por uma microárea.

O presente trabalho tem como objeto de estudo o ESF3 Pelayo de Moraes Oléa (Santa Rosa) situado na Rua Cristóvão Colombo, com abrangência territorial da Santa Rosa e Pró Morar II. Como podemos observar na figura 2:

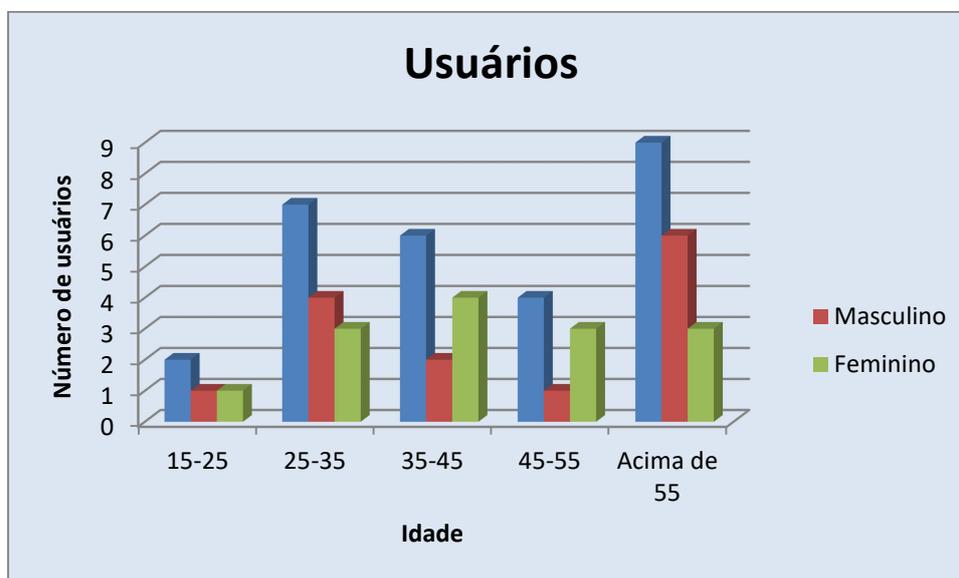
governo; Federal, Estadual e Municipal) prover todas as condições necessárias para seu pleno funcionamento.

Essa análise será feita a partir de 28 questionários elaborados e aplicados aos usuários do ESF3, com o intuito de visualizar qual é a percepção em relação aos serviços prestados, além disso, o que eles entendem por saúde pública.

As informações foram coletadas *in loco* no período de uma semana, de segunda a sexta, das 07h; 30 às 09h; 00 da manhã, aleatoriamente, de acordo com o fluxo de pessoas. Todavia, primeiramente, é importante conhecer as características dos usuários, os quais foram solícitos em responder as perguntas do questionário.

Dos 28 questionários aplicados, em relação ao gênero (sexo) 14 são de homens e 14 de mulheres, nesse sentido, é necessário expor alguns aspectos relevantes os quais poderá nos ajudar a uma melhor compreensão do trabalho proposto. Esses aspectos podem ser observados no gráfico 1:

Gráfico 1- Características dos usuários de acordo com o sexo e idade



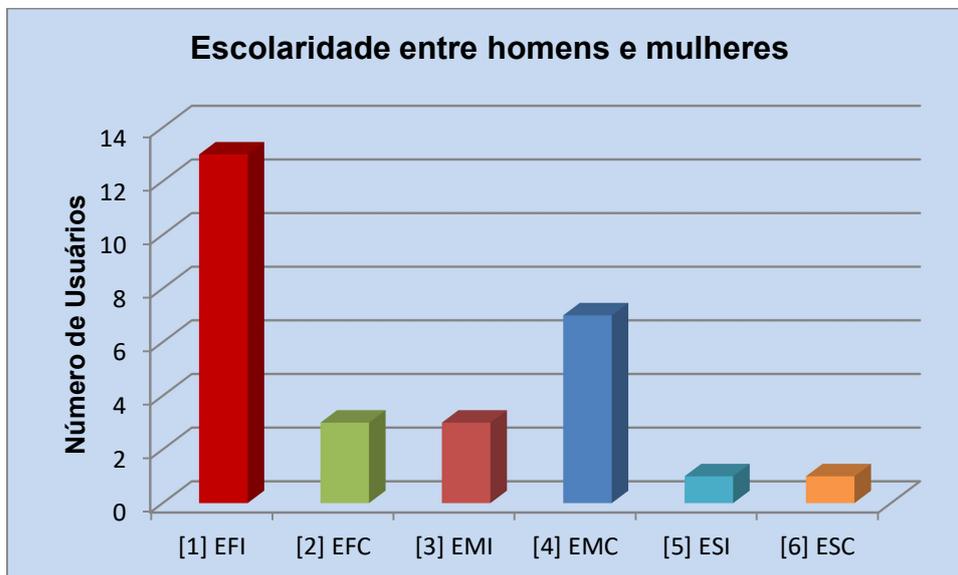
Fonte: Elaborado pelo pesquisador

Ao analisar os dados da amostra no período mencionado, visualizou-se que a busca pelo atendimento no ESF3 em relação à faixa etária, dos 28 questionários 09 são acima de 55 anos, desses, 06 são homens e 03 mulheres. E, em segundo, está à faixa entre 25-35 anos, sendo que dos 07, 04 são homens e três mulheres. Nota-

se que nessas duas faixas há um maior número de homens, já na faixa intermediária dos 35 aos 55 anos, o maior número é de mulheres.

Esses dados podem indicar qual a faixa com maior vulnerabilidade e suscetíveis a contrair doenças (ou a quem mais busca assistência), e que devem ter um maior cuidado em relação a sua saúde. Outro dado relevante é a escolaridade, o qual pode estar intrinsecamente ligado na percepção sobre a saúde pública e no que diz respeito ao conhecimento de seus direitos. Há um número significativo de usuários com baixa escolaridade como vemos a seguir no gráfico 2:

Gráfico 2- Características dos usuários por escolaridade



Fonte: Elaborado pelo pesquisador

Como podemos perceber 13 dos entrevistados possuem ensino fundamental incompleto, destes, 07 são homens de 45 anos e acima de 55 anos, e 06 de mulheres entre 35 e acima de 55 anos; entre ensino fundamental completo e ensino médio incompleto são 06, sendo 04 homens de 15 a 45 anos e 02 mulheres de 25 a 45 anos. Entretanto, no nível médio completo são 06 mulheres de 15 a acima de 55 anos e apenas um homem de 25 a 35 anos de idade. E no nível superior completo e incompleto são apenas dois homens respectivamente de 25 a 35 anos.

No que se refere à ocupação, grande parte das mulheres diz ser dona de casa ou trabalhar como doméstica (serviços gerais), independente do nível de escolaridade. Considerando apenas nível médio completo, têm-se três sendo uma funcionária pública, uma secretária e uma estudante.

Entre os homens a ocupação profissional é diversificada, entre os que têm nível superior são dois, sendo um auxiliar administrativo e um operador de empilhadeira; ao nível médio, pedreiro e repositor em mercado; ao nível fundamental, chapeador, militar, funcionário público, eletricista, autônomo e aposentado etc.

Esses aspectos são importantes, para que possamos conhecer o público o qual se está trabalhando. O ESF3, como relatado anteriormente, tem um número específico de famílias ou pessoas que fica sob sua responsabilidade, nesse sentido, foi perguntado aos entrevistados quantos integrantes há em sua família e se todos utilizam dos serviços prestados pelo ESF, como demonstrado na tabela 01:

Tabela 1- Número de pessoas na família por questionário

Questionários	Nº de Pessoas	Questionário	Nº de Pessoas
Q1	5	Q15	7
Q2	2	Q16	4
Q3	2	Q17	1
Q4	4	Q18	3
Q5	3	Q19	3
Q6	3	Q20	5
Q7	3	Q21	2
Q8	5	Q22	3
Q9	4	Q23	4
Q10	4	Q24	5
Q11	3	Q25	5
Q12	3	Q26	3
Q13	3	Q27	6
Q14	3	Q28	2
Total			100

Fonte: Elaborado pelo pesquisador

Dos questionários, 25 informaram que todos os integrantes da família buscam assistência no ESF3 e somente 03 relataram que não, considerando-se que o estudo tem como base os entrevistados, é evidente a importância da Estratégia Saúde da Família como uma ferramenta abrangente da universalidade do SUS e o acesso à saúde pública.

Esse acesso se dá através dos serviços os quais devem ser caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção à saúde,

acolhendo e possibilitando que o usuário possa ser correspondido em suas necessidades de saúde.

Nesse sentido, é importante a divulgação de informações em relação ao potencial dos serviços de saúde, bem como pela sua utilização pelo usuário. Ou seja, quais serviços o ESF disponibiliza e de que forma o usuário pode ter acesso aos mesmos. No ESF3, os serviços são disponibilizados de segunda à sexta conforme o quadro 3:

Quadro 3- Serviços disponibilizados nos dias da semana no ESF3

Dias da Semana	Manhã	Tarde
Segunda-feira	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atendimento Médico ➤ Dentista ➤ Nutricionista ➤ Assistente Social ➤ Teste do Pezinho ➤ Vacina ➤ Grupo de atividade física no piquete as 09:30hs 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atendimento Médico ➤ Dentista ➤ Vacinas
Terça-feira	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Visita domiciliar do médico ➤ Dentista ➤ Vacinas ➤ HGT 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atendimento Médico ➤ Dentista ➤ Vacinas ➤ Coleta do Preventivo
Quarta-feira	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atendimento Médico ➤ Atendimento Pediatra ➤ Dentista ➤ Fisioterapeuta ➤ HGT 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dentista ➤ Vacinas ➤ Atendimento Médico ➤ Reunião da equipe às 15hs
Quinta-feira	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atendimento Médico ➤ Dentista ➤ HGT ➤ Vacinas ➤ Assistente Social 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atendimento Médico ➤ Dentista ➤ Vacinas ➤ Psicólogo ➤ Visita domiciliar enfermeira ➤ Grupo de atividade/Híperdia no piquete da Eloína
Sexta-feira	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atendimento preventivo ➤ Dentista ➤ Vacinas ➤ Visita domiciliar com a Técnica em enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dentista ➤ Vacinas ➤ Atendimento das gestantes com a enfermeira
Curativos: todos os dias da semana	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Das 09:00hs às 11:00hs 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Das 14:00 às 16:00hs

Fonte: Estratégia Saúde da Família (ESF3)

No ESF3, essas informações estão descritas em um mural no interior da instituição, visível aos olhos e especificados nos dias da semana, horário de atendimento manhã e tarde, bem como informações de eventos, e orientações sobre diversas situações que podem afetar à saúde.

Nesse sentido, quando perguntado “quantas vezes por mês você busca assistência”, dos 28 questionários 14 afirmaram que buscam os serviços de saúde no ESF3 uma vez por mês, enquanto 06 relataram que buscam duas vezes e 08 mais que duas vezes pelo fato de terem problemas de hipertensão e necessitam medir a pressão periodicamente.

Isso se verifica através dos dados relacionados à busca de serviços pelos usuários para assistência demonstrado no gráfico 3:

Gráfico 3- Lista de busca dos serviços pelo usuário para assistência



Fonte: Elaborado pelo pesquisador

A maior busca é pelo atendimento médico que compreende especialidades como; pediatra, dentista, ginecologista e bem como atendimento ambulatorial independente da frequência por mês.

Todavia, quando perguntado: “você tem informação sobre eventos relacionados à saúde no ESF3 e se costuma a participar”, dos 28 questionários 17 afirmaram que não tem conhecimento e 11 afirmaram que sim. No entanto, os que tinham conhecimento dos eventos afirmaram que não participam:

Grupo de ginástica, mas não costumo participar (Q10). Ginástica em um piquete, mas não participei ainda (Q13). Convidam hipertensos e diabéticos para palestras e orientações, não participo (Q25).

Nessas falas há dois pontos importantes, o primeiro diz respeito ao não conhecimento, isso significa que não basta somente a informação estar exposta em um mural, mas é necessário um maior diálogo entre os profissionais de saúde para com os usuários, e o segundo; a Estratégia Saúde da Família como política pública de atenção primária (atenção básica), tem por objetivo a promoção e proteção à saúde e a prevenção de agravos, ou seja, eventos como ginástica e palestras são mecanismos de prevenção que só terá resultado se houver a participação da comunidade.

A participação da comunidade como uma diretriz da atenção básica, pressupõe um controle social sobre as políticas públicas para com o Estado. Segundo Sá & Porto (2011), o controle social pode ser exercido individualmente ou coletivamente, ou seja, é realizado por alguém que não seja agente público no exercício da função ou órgão do Estado. Para as autoras:

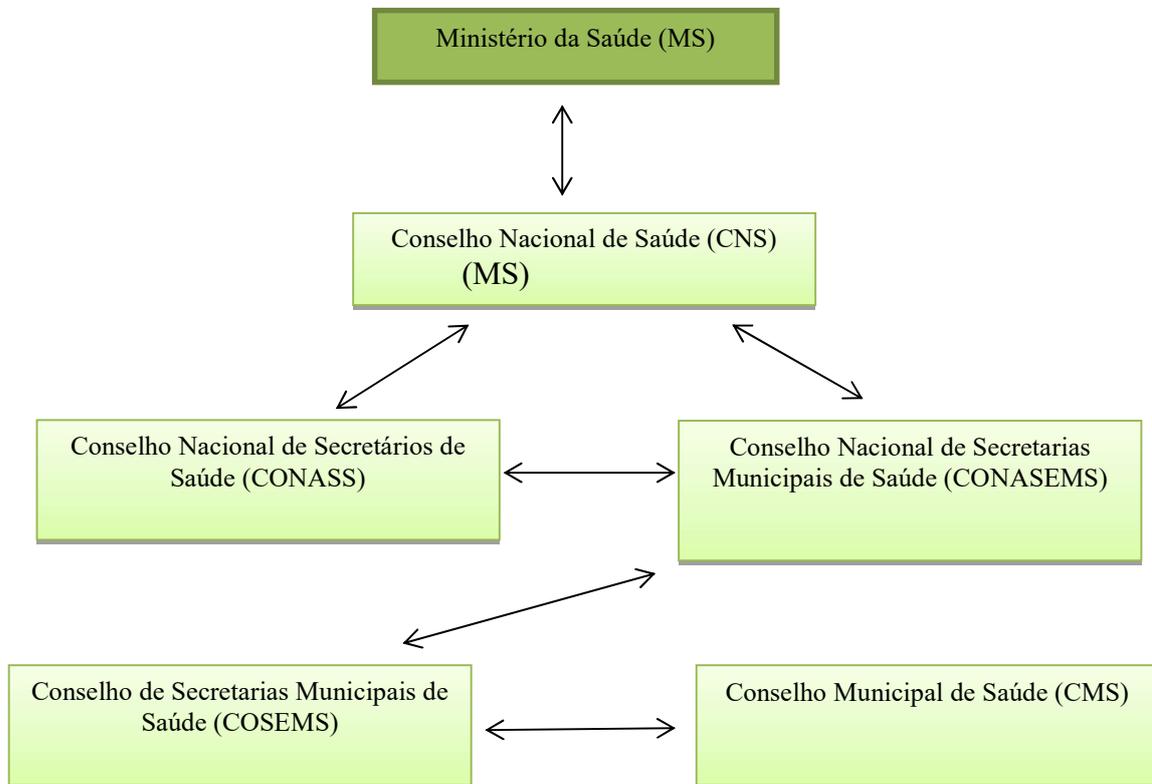
Pode ainda ser exercido por meio de entidades juridicamente constituídas, e, nesse caso, não há a necessidade de serem estranhas ao Estado, mas pelo menos uma parte de seus membros deve ser eleita pela sociedade [...] O controle social expressa uma forma de governar em que os cidadãos podem atuar como sujeitos políticos capazes de orientar e fiscalizar a ação do Estado, estabelecendo novas relações Estado-Sociedade e procurando garantir serviços de qualidade (SA & PORTO, 2011, p. 397-399).

Esse controle social se dá a partir dos conselhos de saúde, os quais são os mecanismos de participação da sociedade expressos e regulamentados na Lei Orgânica 8.080 de 1990 e a Lei 8.142 de dezembro de 1990. Quais sejam: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais, para tratar de matérias referentes à saúde.

Ainda, os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais – formados através dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) – no âmbito estadual, para tratar das matérias referentes à saúde desde que estejam vinculados institucionalmente ao

CONASEMS. Essa relação se materializa de forma hierárquica, como vemos a seguir na figura 3:

Figura 3- Organograma da relação das Instituições de controle

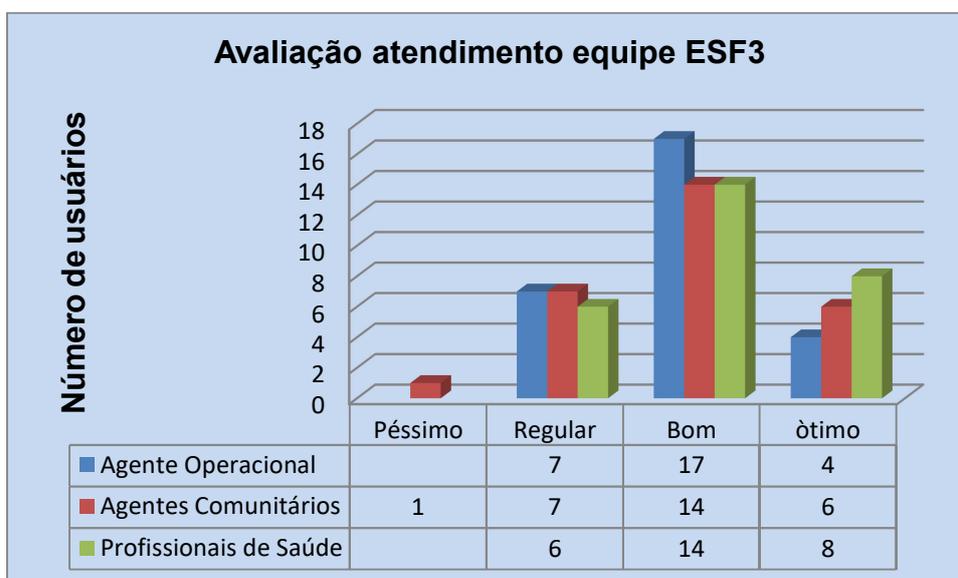


Fonte: Elaborado pelo pesquisador

Embora tenha esses mecanismos como forma de participação e controle, é possível que haja o não conhecimento por parte dos usuários. Na pesquisa, ao fazer o questionário a uma usuária- que busca os serviços de saúde-, após o término, me foi perguntado “onde ela poderia fazer uma reclamação em relação aos serviços”. Isto evidencia que não há por parte do município, da Secretária Municipal de Saúde (SMS) ou do ESF3, a divulgação da forma de participação por parte da comunidade que é através do CMS.

Nessa perspectiva, com o intuito de analisar a percepção dos usuários do SUS em relação aos serviços prestados pelo ESF3, foram apresentadas as seguintes questões: “Como você avalia o atendimento do agente operacional, dos profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde”. Segue no gráfico 4:

Gráfico 4- Avaliação da Equipe Saúde da Família pelos usuários



Fonte: Elaborado pelo pesquisador

O ESF como porta de entrada para o SUS, através da atenção básica, tem como propósito imprimir uma nova dinâmica, definindo responsabilidades entre os profissionais de saúde e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Por sua vez, o vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o profissional de saúde. Nesse sentido, o gráfico acima demonstra que há um bom relacionamento entre ambos, grande parte avalia de forma positiva o que pode facilitar as ações de saúde.

Todavia, isso não quer dizer que não há problemas, houve uma usuária que afirmou: *“falta interesse dos profissionais pelo fato de ser SUS”*, essa fala ficou evidenciada quando perguntado, “Quais são os problemas e dificuldades que você visualiza aqui no ESF3”.

As respostas dos usuários podem ser expressas de três maneiras: *as que não souberam responder, as que não perceberam problema algum e as que identificaram problemas*. Dentre as pessoas que identificaram, grande parte afirma que a demora no atendimento é o maior problema:

Demora dos exames laboratoriais (Q1). Medicamento não tem (Q9). Às vezes é o acúmulo de pessoas (Q20). Tudo tão demorado, agendamento de consultas e exames [...] (Q25). Dificuldade em consultar com o médico (Q27).

Nessas declarações, podemos perceber que há uma pluralidade de situações as quais fazem parte do dia a dia dos usuários. Para tanto, a integralidade de assistência pressupõe um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, os serviços de saúde devem ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e a morrer.

A equidade pressupõe que todo cidadão deve ser atendido de forma igualitária sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Isso significa que pode haver uma falha diante dessas diretrizes do SUS, indicando que os usuários ao buscarem assistência não estão sendo adequadamente assistidos.

A maioria dos questionários, independentemente de quem não soube responder ou não visualizou problema algum, quando perguntado: “na tua opinião o que poderia melhorar no ESF3?”, a resposta está vinculada ao atendimento como veremos a seguir.

Mais agilidade para fazer exames (Q1). Além da agilidade no atendimento [...] com criança e mais medicamentos (Q9). Visita dos agentes de saúde, porque aparecem raramente (Q10). Deveria ter uma placa informando sobre agendamentos e sobre as fichas (Q20). A questão dos remédios, às vezes falam que vai chegar quinta daí não chega (Q24). Não precisa tirar ficha, os médicos deveriam atender sem agendamentos (Q25). Melhorar a marcação de consultas está muito demorado (Q27).

É importante salientar que há uma incoerência diante das respostas de alguns dos que não souberam responder e aos que afirmaram não haver problema algum, sendo que ambos também constataram que é necessário melhorar o atendimento, bem como o agendamento das consultas.

Em relação a isso, o procedimento a ser seguido no ESF3 para conseguir atendimento médico, se dá a partir de uma triagem feita pela enfermeira chefe, os usuários ao entrarem no posto de saúde pegam uma ficha e logo após esperam serem chamados para a triagem, a partir de então se decidirá se haverá a necessidade de atendimento no mesmo dia ou agendamento.

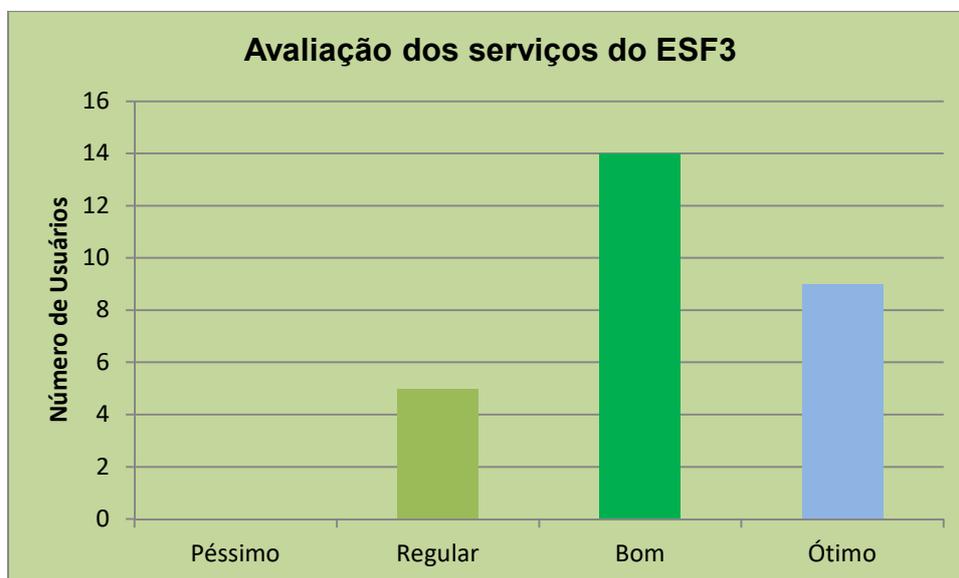
Através do estudo de caso, constatou-se que os indivíduos levam em torno de 30 a 40 minutos para serem atendidos pelo médico, bem como o agendamento para consultas, muitas vezes falta informação devido ao número expressivo de usuários que buscam assistência.

Outro ponto importante, diz respeito ao conhecimento por parte do usuário em relação à efetiva funcionalidade do ESF. Nesse sentido, surge a questão: “Na tua opinião, para que serve ou qual é a função do ESF”?

É saúde preventiva (Q1). Triagem eliminam casos para não ir ao hospital (Q9). Para atende pessoas de baixa renda (Q16). Prestar atendimento nos casos mais simples (Q20). Para doenças, receitas que tem que pegar sempre (21). Atendimento a comunidade e desenvolver atividade as pessoas idosas (Q24). Prevenção (Q25). Prestar serviço à comunidade (Q26).

Nessas falas fica claro a dificuldade dos usuários em perceber qual é realmente a finalidade do ESF, alguns usuários acreditam que é somente para pegar receitas ou marcar consultas, ou de que é apenas uma triagem para não ser encaminhado ao hospital. O que parece demonstrar um caráter reducionista centrado apenas no atendimento puro e simples. Essa afirmação fica claro ao questionar o usuário em relação a “qual nota você daria de 1 a 4 referente aos serviços prestados no ESF3”, demonstrado no gráfico 5:

Gráfico 5- Avaliação dos serviços de saúde pelos usuários



Fonte: Elaborado pelo pesquisador

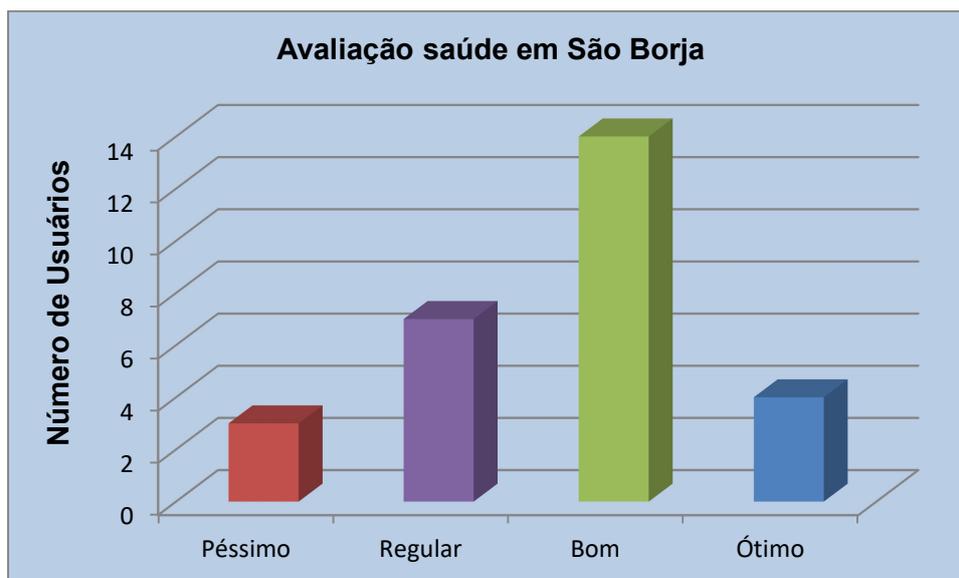
Embora se tenha reclamações por parte dos usuários, muito pelas dificuldades ao acesso à política, pelo atendimento demorado ou falta de informação dos serviços e instabilidade na questão dos agendamentos, nota-se que há uma avaliação positiva em relação aos serviços prestados explicitados no quadro 3.

Tais dificuldades e problemas podem ser solucionados através de uma maior aproximação entre os profissionais e usuários, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A universalidade da saúde é abrangente, ou seja, todo cidadão tem direito, e para além como porta de entrada para o SUS, o ESF tem por objetivo a proteção e promoção à saúde e a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde das pessoas.

Dessa maneira, também houve uma avaliação positiva por parte dos usuários referente à saúde pública no município de São Borja, como demonstra o gráfico 6:

Gráfico 6- Avaliação dos serviços de saúde do Município de São Borja pelos usuários



Fonte: Elaborado pelo pesquisador

Dos questionários aplicados, somente três afirmaram que a saúde em São Borja está péssima, sete regular, quatorze bom e quatro dizem estar ótimo. Entretanto, verificou-se certa passividade por parte dos usuários com algumas afirmações do tipo: *“acho bom, porque tem lugares que é pior”* ou *“ótimo, porque fora da cidade é brabo o caso”*.

Nessas falas, os usuários compreendem a saúde não como um direito, mas como um mero favor do Estado para com a sociedade. Entretanto, há pessoas que

acreditam a “saúde ser muito fraca, tem que correr atrás, mendigar para ser atendida ou fazer um exame” ou “péssima, quando vai no plantão leva horas para ser atendida”. Ou ainda:

Regular pela demora nos exames (Q1). Saúde pública regular porque tem partes que são boas e outras não (Q5). Tenho medo dos serviços, recorro porque preciso (Q8). Relativamente bom perto de outros lugares (Q9). Aqui em São Borja é bom, porque em outros lugares é horrível (Q16). Poderia melhorar deixa muito a desejar (Q20). Em geral até que está bom o atendimento (28)

Diante do exposto, e sobre a dificuldade do usuário em compreender o que significa saúde pública, bem como reivindicar um acesso digno, pode estar relacionado ao não conhecimento das políticas públicas que devem ser estruturadas com bases nas necessidades de saúde da população, bem como em relação aos seus direitos à saúde, como demonstra o gráfico 7:

Gráfico 7- Conhecimento dos usuários sobre seus direitos à saúde



Fonte: Elaborado pelo pesquisador

Ao indagar os usuários com a seguinte pergunta: “A saúde pública é um direito de todo cidadão independente de credo, raça ou cor”. Você tem conhecimento dos teus direitos em relação à saúde? Como podemos perceber dezoito, dos vinte e oito questionários aplicados, afirmaram que não.

Talvez esse não conhecimento esteja vinculado à escolaridade, tendo em vista que a maioria não concluiu o ensino fundamental, o que pode ser relativo, mas

deve ser encarado como um ponto de partida para uma análise mais aprofundada. Contudo, deve-se encarar a saúde como um direito social, imprescindível para a sociedade, o qual o Estado em todos os âmbitos, deve prover as condições necessárias para seu amplo funcionamento, através dos mecanismos que compreendem as ações de saúde em nível primário, secundário e terciário para que todos os cidadãos sejam tratados dignamente e tenham qualidade de vida.

4.2. Visão dos funcionários na ótica da gestão pública sobre a saúde em São Borja

O objetivo do presente item é trazer a visão dos funcionários do ESF3 em relação à saúde, quais são os problemas e dificuldades, os desafios enfrentados no dia a dia. Para tanto, foi elaborado questionários aos doze integrantes da equipe de saúde, no entanto, somente seis foram solícitos em responder.

Como exposto anteriormente, a atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Nesse sentido, o ESF é a porta de entrada para o SUS definindo responsabilidades entre os profissionais de saúde e a população.

Nessa perspectiva, o processo de trabalho dos profissionais que atuam no ESF deve impulsionar mudanças na produção do cuidado em saúde, visando consolidar ações que efetivem os princípios do SUS e assegurem o cuidado integral e humanizado aos usuários.

Todavia, é necessário que haja o mínimo de condições possíveis para seu pleno funcionamento, bem como estrutura adequada e todos os meios disponíveis para sua efetividade.

Dos questionários preenchidos, três possuem ensino médio completo, sendo um Agente Comunitário de Saúde de 34 anos, uma Agente Operacional de 25 anos e a Auxiliar em Saúde Bucal de 29 anos, ambos trabalham algum tempo no ESF3, doze anos, sete meses e três anos respectivamente.

Os que possuem ensino superior completo ocupam a função de: médico; 30 anos e com dez meses de trabalho no ESF3, odontóloga; com idade de cinquenta e dois anos e dois de trabalho no ESF3 e, por fim, a técnica em enfermagem de trinta e três anos com oito meses de trabalho.

Como podemos perceber é uma equipe experiente, entretanto, a maioria afirmou que durante o período em que está no ESF3 não chegou a fazer cursos de capacitação.

O objetivo, portanto, é trazer o lado do profissional, e saber qual é a opinião do mesmo. Nesse sentido, foi perguntado: “Na tua opinião quais são as maiores dificuldades enfrentadas no ESF3”?

Na parte da odontologia notamos que falta muita procura [...] comparecem ao dentista em caso de dor, para tratamento preventivo muito pouco (Q1). Na minha área de odontologia é trazer as pessoas para prevenção, geralmente só vem para tratar o que dói (Q3). Poucos medicamentos para a distribuição, e falta de reconhecimento pelo trabalho realizado (Q4). Poucos medicamentos para distribuição a população, falta de reconhecimento pelo trabalho realizado (Q5). Falta de estrutura (Q6).

Nas falas, nota-se a dificuldade em conscientizar a população que o ESF tem como um dos seus pilares a prevenção, ao mesmo tempo falta de estrutura mínima e reconhecimento.

Reconhecimento este por parte do Estado – estado no sentido amplo - que não possibilita aos profissionais exercer o seu trabalho com ânimo e tranquilidade, de acordo com a enfermeira “chegou ao ponto de não ter materiais para fazer curativos, tendo os funcionários que comprar para poder fazê-lo”.

É uma reclamação recorrente a falta de medicamentos, como podemos perceber nas falas dos usuários e funcionários. No entanto, como pode faltar o básico sendo que a Lei Orçamentária Anual (LOA)⁶ do Município de São Borja, para 2017, está previsto um gasto de R\$ 51.520.908,00 para a saúde.

Tudo indica que pode ser má gestão juntamente com entraves burocráticos, os quais não possibilitam a acessibilidade por parte dos usuários aos serviços, bem como aos profissionais exercer o seu trabalho com efetividade e integralidade. Outro aspecto pode ser a não informação por parte do sistema, ou até mesmo pela política que trata a saúde como uma política de governo e não de Estado.

Outro fator diz respeito à descentralização e municipalização da saúde. Embora, se tenha transferido competências a estados e municípios nas tomadas de

⁶ Fonte: Prefeitura Municipal de São Borja. Portal da Transparência. Disponível em: <http://www.saoborja.rs.gov.br/index.php/transparencia/itemlist/category/37-loa>. Acesso: em 31 de outubro de 2017.

decisões, as políticas públicas são elaboradas de cima para baixo⁷ de forma centralizada cabendo aos profissionais sua aplicação sem alteração.

Nesse sentido, foi perguntado aos profissionais que ali trabalham: “Na tua opinião quais são os pontos positivos do trabalho realizado no ESF3?”.

Muitos, a equipe sempre procura fazer o melhor que pode para ajudar quem precisa, o paciente tem total liberdade pra chegar à unidade, e tentamos fazer sempre com que o mesmo saia com seu problema resolvido (Q1). Equidade, integralidade e universalidade (Q2). Nosso trabalho em equipe é muito bom. Companheirismo e união [...] torna um bom atendimento às pessoas (Q3). Organização e quando obtém a satisfação do paciente conforme a sua necessidade (Q4). Organização, bom atendimento ao paciente (Q5). Todos os pacientes que procuram o atendimento são acolhidos no ESF (Q6).

Apesar de todas as dificuldades expostas, pelos membros da equipe de saúde, identificou-se através das respostas, que há uma conformidade resumida através da união de ambos, ou seja, no sentido de resolver (tentar) todas as necessidades que ali chegam. E avaliam de forma positiva os serviços prestados pelo ESF3, sendo que três dizem ser ótimo e dois, bom.

Quando se fala em fazer com que o usuário saia com seu problema resolvido, está se tratando da resolutividade, capacidade de resolver os serviços em todos os níveis de assistência, e acessibilidade, equidade, universalidade, princípios e diretrizes que possibilitam ao usuário sentir-se bem atendido e com dignidade.

Isso demonstra que os profissionais tem conhecimento de suas responsabilidades, bem como qual é a função do ESF e da importância para a comunidade, como poderemos perceber a seguir nas afirmações sobre a questão: “Na tua opinião qual é a função do ESF”?

Dar amparo necessário ao paciente (Q1). Atendimento em amplo aspecto com baixo custo, visando longitudinalidade (Q2). Tratar os problemas de saúde da área, resolver o que puder aqui (Q3). Acolher os pacientes realizando ações conforme a necessidade da população na área abrangida (Q4). Acolher o paciente, realizar atenção à saúde conforme a necessidade da população local (Q5). Prestar serviço básico à saúde (Q6).

⁷ O modelo Top Down de implementação, é o modelo o qual se inicia com uma decisão do governo, ou seja, existe uma hierarquia no processo de formulação sendo de cima para baixo. Ficando sob a responsabilidade dos burocratas de rua a aplicação da política sem alteração. (HAM, C; HILL, M. 1993).

As ações de saúde são tomadas de forma organizada, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, ou seja, através dos níveis primários, secundários e terciários.

Dessa maneira, nessas respostas fica evidente a atuação por parte da equipe, através da delimitação do território por meio do mapeamento das áreas e microáreas de atuação, as quais ficam sob a responsabilidade da mesma em dar as primeiras assistências, visando à proteção e promoção à saúde, e prevenção de agravos.

A Saúde Pública é entendida como a ciência que evita doenças, permitindo a longevidade dos seres humanos com qualidade de vida. Nessa perspectiva, foi questionado aos profissionais, qual era o entendimento e a opinião dos mesmos em relação à saúde pública e sobre os serviços de saúde no município de São Borja respectivamente.

Proteção da saúde da população, na busca de melhores condições da saúde das comunidades (Q1). Atendimento à saúde a todos os cidadãos, independente de classe econômica, é um direito de todos (Q3). É área que trata da proteção da saúde a nível populacional, avaliando as necessidades e investigando os riscos (Q4).

“Qual a sua opinião sobre a (os serviços de) saúde pública no Município de São Borja”.

Para quem está de fora pode parecer diferente [...] as pessoas não gostam de esperar e acabam falando coisas que não são reais [...] em relação a outros municípios nossa saúde está de parabéns (Q1). Entendo que está cada vez melhorando, priorizando os mais necessitados (Q3). Em vista de outras cidades a saúde aqui está boa, pois estão sempre em busca de melhorias para a população (Q5).

Como podemos perceber o entendimento é o de proteção à saúde da população e como um direito de todos. E de que a saúde no município de São Borja está relativamente melhor em comparação com outras cidades, avaliando de forma positiva os serviços prestados no município.

Diante disso, duas questões: a primeira diz respeito ao direito, a Constituição Federal de 1988 é clara quando afirma que a saúde é um direito de todos; e segundo, a argumentação por parte do usuário e a dos profissionais é a de que a

saúde em São Borja comparado a outras cidades é melhor, no entanto, demonstra um caráter de passividade, no sentido, de que está bom do jeito que está.

Contudo, é importante ressaltar que o texto constitucional, segundo CONASS (2011) demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-se como um dos direitos da cidadania.

Fica evidente que houve avanços, mas é necessário que avancemos mais ainda, através da participação da comunidade dialogando com profissionais de saúde, com os mecanismos de controle social, para que juntos possamos proporcionar saúde pública de qualidade aos cidadãos, fazendo justiça ao Sistema Único de Saúde (SUS).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como problema de pesquisa, identificar qual a percepção dos usuários do ESF3 sobre o atendimento a comunidade. Sabe-se que os ESF's têm a responsabilidade social de dar as primeiras assistências de saúde, com o objetivo de realizar a proteção e promoção à saúde, e a prevenção de agravos.

A partir desse problema, primeiramente, houve a necessidade de fazer alguns levantamentos relativos às características dos usuários, e responder alguns questionamentos, dentre eles a opinião dos mesmos em relação à funcionalidade do ESF, e ainda, sobre os serviços de saúde no município de São Borja.

E dessa maneira, visualizar a partir da percepção do usuário, como eles percebem os serviços prestados e como avaliam a equipe de saúde que ali se faz presente. Ainda, houve a necessidade de conhecer a visão dos funcionários na ótica da gestão pública através de questionamentos vinculados as dificuldades enfrentadas no ESF3, os pontos positivos do trabalho realizado, a opinião sobre a função do ESF, e o entendimento sobre saúde pública bem como a opinião dos serviços prestados em São Borja.

A oportunidade de realizar a pesquisa foi importante, no sentido de conhecer na prática como se materializa a política do SUS, através da atenção primária. E compreender o funcionamento da estrutura a partir das leis que regem a saúde pública no Brasil, em específico no município.

Conhecendo esses mecanismos, pode-se entender a gênese dos problemas a serem enfrentados na saúde, trazendo o usuário como o centro da análise na perspectiva e na busca de mais participação e assim de controle social perante a política e o Estado.

No decorrer da pesquisa, através dos dados colhidos, identificou-se que no período o qual foi aplicado os questionários, a maioria dos entrevistados estão na faixa etária acima de 55 anos, pressupondo a faixa com o maior grau de vulnerabilidade e riscos de adoecer, necessitando de um maior cuidado em relação à sua saúde.

Nota-se também, que na faixa etária entre os trinta e cinco e cinquenta e cinco anos, há uma baixa escolaridade, o que nos leva a crer ser um ponto relevante no que diz respeito à falta de conhecimento e na busca por seus direitos.

Todavia, é importante ressaltar a importância do ESF como uma ferramenta de acesso a saúde, através dos serviços caracterizados como porta de entrada para o SUS. Isso ficou evidente através dos dados que indicam a universalidade da saúde, onde dos vinte e cinco questionários a maioria dos integrantes da família buscam assistência no ESF3.

A maior parte busca por assistência é o de atendimento médico distribuído em outras especialidades. Embora as informações estejam visíveis, quanto ao potencial dos serviços, ficou claro que há a necessidade de um maior diálogo entre os profissionais e usuários possibilitando uma maior participação do mesmo.

Essa participação deve ser entendida também como uma forma de controle, no entanto, não há por parte dos órgãos públicos a divulgação desses mecanismos para a comunidade.

A pesquisa demonstrou através dos gráficos que há um bom relacionamento entre profissional e usuário, o que não quer dizer que não há problemas. Identificou-se que um dos maiores problemas está na demora no atendimento, bem como no agendamento das consultas.

Da mesma forma, notou-se a incoerência por parte de alguns usuários que afirmaram não haver problema algum, entretanto, acreditam que é necessário melhorar o atendimento.

Essa incoerência por parte do usuário ficou evidente na dificuldade do mesmo, em perceber qual é realmente a finalidade do ESF, denotando um caráter reducionista da política centrado no atendimento puro e simples.

Muito embora, há por parte dos usuários reclamações pelas dificuldades de acesso e atendimento demorado, a avaliação dos serviços de saúde no âmbito territorial e a cidade como um todo foi positiva, ao mesmo tempo, gera um sentimento de passividade a partir da afirmação, de que está bom em relação a outros lugares.

Essa passividade pode estar intrinsecamente ligada ao não conhecimento dos seus direitos, relacionado à baixa escolaridade, o que pode ser um ponto de partida para um estudo mais aprofundado.

No âmbito da gestão pública, através da visão dos profissionais de saúde do ESF3, identificou-se que é uma equipe experiente, embora não tenha feito nenhum curso de capacitação, e ainda, a falta de estrutura adequada e o básico para que os mesmos possam exercer o seu trabalho com tranquilidade.

Essa falta de estrutura pode indicar uma má gestão, ligada à burocracia e a política de saúde tratada como política de governo e não de Estado. Contudo, é importante ressaltar, que a Constituição de 1988 é claro quando afirma que a saúde é um direito de todos, e cabe ao estado prover as condições necessárias para seu pleno funcionamento.

Dentre os objetivos propostos, está em verificar a distância entre a concepção da política pública do SUS e a política implementada. Nesse sentido, é evidente que há uma distância significativa e de que há muito a melhorar para que possamos ter saúde pública de qualidade.

Essa distância se caracteriza pela forma de elaboração das políticas públicas, ou seja, embora a municipalização, segundo alguns autores tenha sido um passo importante para a saúde pública no sentido de amplitude e acesso para todos os cidadãos, ao mesmo tempo limita, pelo fato de ser uma política elaborada de forma centralizada – governo Federal - cabendo aos profissionais sua aplicabilidade sem meios para possíveis modificações.

Todavia, é verdade que temos meios de participação e controle, que são os conselhos de saúde, os quais têm por objetivo levar ao conhecimento do Ministério da Saúde os problemas e dificuldades enfrentados pelos estados e municípios.

Diante do exposto, é importante ressaltar o papel do Cientista Político com o olhar voltado aos meios pelos quais as políticas públicas se efetivam , pensando na política de saúde para todos os cidadãos.

Portanto, como base para um estudo mais aprofundado, o presente trabalho trouxe pontos e aspectos significativos no que se refere à saúde pública. Buscou problematizar as questões que impossibilitam e dificultam o acesso à saúde. Ainda, em compreender a percepção dos usuários, bem como a visão dos profissionais, os quais convivem diariamente com os problemas do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Luís Aureliano Gama de. O município na política brasileira: revisitando coronelismo, enxada e voto. IN: Lúcia Avelar & Antônio Octávio Cintra/organizadores. **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. [2º. Ed.]. - Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Editora Unesp, 2007, p. 243-256.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 5 de outubro de 1988. Disponível em: file:///F:/Leis/CF88_EC93_2016_Livro.pdf. Acesso em: 30 de dez. 2016.

_____. **Lei n. 8. 080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 10 de ago. 2016.

_____. **Lei n. 8. 142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 10 de ago. 2017.

_____. **Portaria n. 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto de Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido pacto. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 07 de maio. 2017.

_____. **Portaria n. 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 24 de abril. 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. 291p. (Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf. Acesso em: 10 de maio. 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b. 124p. (Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011, 2). Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf. Acesso em: 19 de abril. 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011c, 197p. (Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011, 3). Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf. Acesso em: 01 de setembro. 2017.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 8 ed. – São Paulo : Cortez, 2006. – (Biblioteca da educação. Série 1. Escola ; v. 16).

COSTA, Valeriano. Federalismo. IN: Lúcia Avelar & Antônio Octávio Cintra/organizadores. **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. [2º. Ed.]. - Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Editora Unesp, 2007, p. 211-222.

ELIAS, Paulo; DOURADO, Daniel. Sistema de Saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: Nelson Ibañes, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Paulo Henrique D'Ângelo Seixas (org.). **Política e Gestão Pública em Saúde** – São Paulo; Hucitec Editora; Cealag, 2011. P. 102-125

FALLETI, Túlia G.; ANGELUCI, Alan César Belo. Infiltrando o Estado: a evolução da reforma da saúde no Brasil, 1964-1988. **Estudos de Sociologia**, v. 15, n. 29, p. 365-368, 2010. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=infiltrando+estado+a+evolucao+da+reforma&btnG=&lr=> Acesso em: 27 de abr. 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. – 5º. Ed. – 8. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2007.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-255, 2008. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/o_territorio_da_saude_a_organizacao.pdf. Acesso em: 17 jun. 2017.

LAVRAS, Carmem Cecilia de Campos. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: Nelson Ibañes, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Paulo Henrique D'Ângelo Seixas (org.). **Política e Gestão Pública em Saúde** – São Paulo; Hucitec Editora; Cealag, 2011, p. 317-331.

LUPPI, Carla Gianna et al. Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica. In: Nelson Ibañes, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Paulo Henrique D'Ângelo Seixas (org). **Política e Gestão Pública em Saúde** – São Paulo: Hucitec Editora; Cealog, 2011, p. 332-353.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. – 2º. Ed. – São Paulo: Atlas, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. – 12. Ed. – São Paulo: Hucitec, 2010.

RUA, Maria das Graças. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. **Manuscrito, elaborado para el Programa de Apoyo a la Gerencia Social en Brasil. Banco Interamericano de Desarrollo: INDES**, 1997. Disponível em: [http://franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/gestao/rua%20maria%20 %20 analisedepoliticaspUBLICAS.pdf](http://franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/gestao/rua%20maria%20%20analisedepoliticaspUBLICAS.pdf). Acesso em: 29 de mar. 2017.

SÁ, Maria José Comparini Nogueira de; PORTO, Maria Teresa Dalla Fontana Pinto Moreira. Controle Público e o SUS. In: Nelson Ibañes, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Paulo Henrique D'Ângelo Seixas (org). **Política e Gestão Pública em Saúde** - São Paulo : Hucitec Editora : Cealog, 2011, p. 395-403.

SECCHI, Leonardo. Políticas Públicas: Conceitos, esquemas e análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2012. 168p.

SOUZA, Celina et al. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em: 29 de mar. 2017.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de sociologia e política**, v. 24, n. 24, p. 105-122, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n24/a08n24>. Acesso em: 18 de abr. 2017.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Salvador: AATR-BA**, 2002. Disponível em: <http://www.escoladebicicleta.com.br/politicaspUBLICAS.pdf>. Acesso em: 20 de jul. 2017.

APÊNDICE A- Questionário aplicado aos usuários do ESF3

Esse questionário é referente à pesquisa para Trabalho de Conclusão do Curso de Ciências Sociais – Ciência Política da Universidade Federal do Pampa intitulado “**A Política Pública do SUS no Município de São Borja**”. Gostaríamos de saber as opiniões dos usuários do SUS do ESF3 em relação à saúde pública. Consideramos importante a sua colaboração respondendo algumas perguntas.

Dados de identificação

P.1. Sexo

[1] Masculino [2] Feminino

P.2. Idade

[1] 15-25 [2] 25-35 [3] 35-45 [4] 45-55 [5] Acima de 55

P.3. Escolaridade

[1] Ensino Fundamental Incompleto

[2] Ensino Fundamental Completo

[3] Ensino Médio Incompleto

[4] Ensino Médio Completo

[5] Ensino Superior

P.4 Qual a tua ocupação?

P.5 Quantos integrantes há em sua família?

Serviços

P.6 Todos utilizam os serviços de Saúde Pública prestados no ESF3?

[1] Sim [2] Não

P.7 Qual a frequência ou quantas vezes por mês você busca assistência à saúde?

[1] Uma vez [2] duas vezes [3] mais que duas vezes

P.8 Quais os serviços você busca assistência?

[1] Atendimento Ambulatorial

[2] Atendimento Médico

[3] Ginecologista

[4] dentista

[5] pediatra

[6] outro

Qual?

P.9 Além disso, você tem informação sobre eventos relacionados à saúde no ESF3? Você costuma participar?

[1] Sim [2] não [3] Não respondeu.

Se sim, qual?

Avaliação

P.10 Quais são os problemas e dificuldades que você visualiza aqui no ESF3?

P.11 Como você avalia o atendimento do Agente Operacional?

[1] Péssimo [2] regular [3] bom [4] ótimo

P.12 Como você avalia o atendimento dos profissionais de saúde?

[1] Péssimo [2] regular [3] bom [4] ótimo

P.13 Como você avalia o atendimento dos agentes comunitários de saúde?

[1] Péssimo [2] regular [3] bom [4] ótimo

P.14 Você já procurou atendimento de saúde em outra localidade?

[1] sim [2] não [3] não respondeu

Se sim, em qual localidade?

P.15 Na tua opinião o que poderia melhorar no ESF3?

P.16 Na tua opinião para que serve ou qual é a função do ESF?

P.17 Qual a tua opinião sobre os serviços de saúde pública no Município de São Borja?

P.18 “A saúde pública é um direito de todo cidadão independente de credo, raça ou cor”. Você tem conhecimento dos teus direitos em relação à saúde pública?

[1] Sim [2] não [3] não soube responder.

P.19 Qual nota você daria de 1 a 4, referente aos serviços prestados no ESF3?

[1] Péssimo [2] regular [3] bom [4] ótimo

P.20 Qual nota você daria de 1 a 4, referente à saúde pública no Município de São Borja?

[1] Péssimo [2] regular [3] bom [4] ótimo

APÊNDICE B – Questionário aplicado aos profissionais de saúde do ESF3

Esse questionário é referente à pesquisa para Trabalho de Conclusão do Curso de Ciências Sociais – Ciência Política da Universidade Federal do Pampa intitulado “**A Política Pública do SUS no Município de São Borja**”. Gostaríamos de saber as opiniões dos funcionários do ESF3 em relação à saúde pública. Consideramos importante a sua colaboração respondendo algumas perguntas.

Dados de identificação**P.1. Sexo**

[1] Masculino [2] Feminino

P.2. Qual a sua Idade?**P.3. Qual sua Escolaridade?**

[1] Ensino Fundamental Incompleto

[2] Ensino Fundamental Completo

[3] Ensino Médio Incompleto

[4] Ensino Médio Completo

[5] Ensino Superior Incompleto

[6] Ensino Superior Completo

P.4 Qual a tua ocupação no ESF3?**P.5 Há quanto tempo está trabalhando no ESF3?****Sobre o Serviço****P.6 Você já trabalhou em outro ESF?**

[1] Sim. Qual?_____ [2] não

P.7 Você chegou a fazer algum curso de capacitação pelo ESF3?

[1] Sim [2] Não Se sim, qual?

P.8 Na tua opinião quais são as maiores dificuldades enfrentadas no ESF3?

P.9 Na tua opinião quais são os pontos positivos do trabalho realizado no ESF3?

P.10 Na tua opinião qual é a função do ESF?

Avaliação

P.11 O que você entende por Saúde Pública?

P.12 Qual a tua opinião sobre a (os serviços de) saúde pública no Município de São Borja?

P.13 “A saúde pública é um direito de todo cidadão independente de credo, raça ou cor”. Você tem conhecimento dos teus direitos em relação à saúde pública?

[1] Sim [2] não [3] não soube responder.

P.14 Qual nota você daria de 1 a 4, referente aos serviços prestados no ESF3.

[1] Péssimo [2] regular [3] bom [4] ótimo

P.15 Qual nota você daria de 1 a 4, referente à saúde pública no Município de São Borja?

[1] Péssimo [2] regular [3] bom [4] ótimo