

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA DA SAÚDE

ELCY VIEIRA TRINTA
SONIZETE SILVA SANTANNA
SORAYA SILVA SANTANNA
ZENEIDE PEREIRA DE SOUSA

Programa Estratégia Saúde da Família: sua operacionalização no Município de
Olinda Nova do Maranhão

São Luís
2017

**ELCY VIEIRA TRINTA
SONIZETE SILVA SANTANNA
SORAYA SILVA SANTANNA
ZENEIDE PEREIRA DE SOUSA**

**Programa Estratégia Saúde da Família: sua operacionalização no Município de
Olinda Nova do Maranhão**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Auditoria de Saúde da Laboro, para obtenção do título de Especialista em Auditor de Saúde.

Orientador:

São Luís
2017

**ELCY VIEIRA TRINTA
SONIZETE SILVA SANTANNA
SORAYA SILVA SANTANNA
ZENEIDE PEREIRA DE SOUSA**

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL: A IMPORTÂNCIA DO
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL DOS SERVIDORES DA ASSEMBLEIA
LEGISLATIVA DO ESTADO DO MARANHÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Auditoria de Saúde da Laboro, para obtenção do título de Especialista em Auditor de Saúde.

Aprovação em: ____/____/____

Professor (a) Orientador (a)

1º Examinador

2º Examinador

RESUMO

Resumo: O estudo buscou avaliar os resultados produzidos pela Equipe de Saúde da Família da UBS da Sede no município de Olinda Nova do Maranhão, no período de setembro a outubro de 2016, de acordo com as normas do SUS. Seus objetivos específicos se constituem em: Definir a política de estratégia do programa saúde da família; SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e PNI (Programa Nacional de Imunização), descrever o histórico do Município Olinda Nova do Maranhão; identificar o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família da UBS da Sede, verificando as características do universo de cobertura da equipe; conhecer a estrutura física e de equipamentos da UBS de referência; e, conhecer as formas de planejamento, organização e avaliação do trabalho da equipe de saúde da família da UBS da Sede. Apresenta sua metodologia baseada em visita in loco e aplicação de questionários.

Palavras-chave: SUS, PSF, Olinda Nova do Maranhão,

1. INTRODUÇÃO

Na segunda metade da década de 90 o Ministério da Saúde, com o objetivo de “promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país...” (FNS/MS,1994), inclui em seu Plano de Ações e Metas Prioritárias as Estratégias Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, ocorrendo sua expansão nacional em torno de 1995. Assim, o Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família - PSF, cujo propósito principal diz respeito à reorganização da prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional e levando a saúde para mais perto da família. Com isso, é possível melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

O programa foi criado com a intenção de investir na atenção primária, na prevenção e na promoção da saúde, articulado com a assistência curativa e de alta complexidade, expressando como objetivo maior a representatividade da “porta de entrada do sistema de saúde...” (MS, 1994).

Ressalta-se que essa concepção do Ministério da Saúde baseia-se nos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), como crítica ao modelo assistencial de cunho biologista, onde as ações curativas e fragmentadas em especialidades são privilegiadas, optando por avançar até o sofisticado nível de alta complexidade que encarece a assistência e reduz a cobertura. Isto faz com que a população seja cada vez mais excluída.

Para contrapor a esta situação, o discurso oficial do PSF é o de desenvolver um trabalho voltado para a atenção integral à saúde, constituindo-se em um “instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde” (MS, 1997). O principal objetivo deste estudo é avaliar os resultados obtidos pela Equipe Saúde da Família da UBS da Sede no município de Olinda Nova do Maranhão, observando as diretrizes do Programa Saúde da Família que é considerada a estratégia prioritária para organização da saúde de acordo com os preceitos do SUS.

2. JUSTIFICATIVA

As intenções do Programa Saúde da Família ganharam dimensões tão amplas que neste trabalho, seguindo a tendência de alguns grupos de profissionais atuantes na área, pretende-se abordá-lo não exatamente como um programa, mas sim como uma estratégia de amplos horizontes que se propõe a consolidar uma Política de Saúde pretendida ao longo da história deste país. Acredita-se que a viabilização dessa estratégia é possível, partindo do princípio de que “o único remédio infalível contra todas as doenças, é não ficar doente” (Guia Prático do Programa Saúde da família, MS).

Uma equipe de saúde da família é formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem de seis a dez agentes comunitários de saúde, ficando essa mesma equipe responsável pelo atendimento de uma determinada comunidade, englobando, em média, de seiscentas a mil famílias, num total de aproximadamente quatro mil e quinhentas pessoas. A estratégia prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, onde o atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio.

Assim, é observado que a metodologia da Saúde da Família tem como principal foco de atuação o atendimento da família como um todo, ou seja, uma atenção básica voltada para melhorar os indicadores de saúde no âmbito local. Essas peculiaridades do programa são os principais fatores que motivaram fazer-se uma avaliação de como vem se dando esse processo no município Olinda Nova do Maranhão.

Visualizar esse panorama suscita, pois, uma postura crítica acerca das condições adversas que, sem dúvida, se instalam durante a operacionalização da estratégia, considerando que a implantação da mesma requer o estabelecimento de canais e mecanismos efetivos para participação ativa da população e ainda o compromisso por parte dos gestores locais em assumir novas e complexas responsabilidades.

Por se tratar de uma proposta com teto definido para cada município e ainda por serem exigidos determinados requisitos a exemplo de estrutura física, proximidade de acesso entre as localidades, dentre outras, é que buscar-se-á

identificar os critérios adotados para mapeamento e priorização de áreas, bem como para definição do número de famílias beneficiadas por equipes.

Torna-se essencial que sejam levadas em conta as características peculiares à realidade geográfica, econômica, social e política em que se encontram os municípios alvo da pesquisa, que se constituem como elementos definidores do nível de organização, entendimento e capacidade de reivindicação e participação dos indivíduos no processo de promoção da saúde. A partir daí busca-se identificar elementos facilitadores e dificuldades apresentadas com a operacionalização do programa.

Resume-se, *a priori*, que estruturar equipes de trabalho em comunidades da zona rural ou áreas peri-urbanas, com profissionais de nível médio e superior, geralmente escassos no município, requer o estabelecimento de determinadas condições para fixação desse recurso humano. Essa problemática motivou a instigar-se como vem se dando essas negociações, tanto em nível de acesso às categorias profissionais, quanto de disponibilidade para o cumprimento da carga horária.

Assim, partindo de uma perspectiva de identificar os caminhos percorridos pelas equipes e gestores locais para concretização da proposta de atendimento às comunidades, levando-se em conta a infra-estrutura estabelecida no município, buscar-se-á perceber as condições em que essas ações estão sendo desempenhadas e quais as bases definidoras do processo de planejamento e organização dos trabalhos.

Por fim, a partir de uma avaliação detalhada dos resultados das entrevistas utilizadas durante a pesquisa e ainda dos relatórios do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e PNI (Programa Nacional de Imunização) de cada município, será possível estabelecer uma amostra do perfil do modelo de atenção construído pelos integrantes desse processo que prima, em seu discurso, pela tão necessária melhoria da qualidade de vida das comunidades.

A priori, é percebido quase que de forma generalizada, o entendimento de que implantar a proposta Saúde da Família nos municípios é sinônimo, quase que tão somente, de entrada de mais recursos financeiros, com pouca associação desse benefício à fertilização da política de saúde a que se propõem os gestores locais. Exatamente por isso, é importante salientar que a expectativa em relação a esse trabalho é buscar subsídios norteadores da prática, uma vez que, por tratar-se de

municípios com capacidade assistencial e hospitalar razoavelmente instalada, acredita-se obter grandes contribuições, tanto no sentido de avaliação de experiências, quanto de construção de suporte de apoio para superação de dificuldades, as mais diversas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar os resultados produzidos pela Equipe de Saúde da Família da UBS da Sede no município de Olinda Nova do Maranhão no período de setembro a outubro de 2016, de acordo com as normas do SUS.

3.2 Específicos

- Definir a política de estratégia do programa saúde da família; SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e PNI (Programa Nacional de Imunização)
- Descrever o histórico do Município Olinda Nova do Maranhão;
- Identificar o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família da UBS da Sede, verificando as características do universo de cobertura da equipe;
- Conhecer a estrutura física e de equipamentos da UBS de referência;
- Conhecer as formas de planejamento, organização e avaliação do trabalho da equipe de saúde da família da UBS da Sede.

4. Metodologia

4.1. Classificação do Estudo

O estudo foi realizado através de uma abordagem quantitativa e descritiva a respeito da operacionalização do trabalho da Estratégia Saúde da Família na UBS da Sede da cidade Olinda Nova do Maranhão, Estado do Maranhão, local em que uma das pesquisadoras desempenha suas atividades de acompanhamento na gestão das ações de saúde.

Foram aplicados 3 questionários, envolvendo 01 enfermeiro, 01 médico e o gestor do município. No questionário do gestor constam de dois itens, que se subdividem em 06 variáveis; sendo o primeiro item: identificação, informando o município e a regional a qual estes profissionais estão vinculados, cidade de origem, idade, sexo, formação. O segundo item tratou dos critérios utilizados para definição das áreas.

Os profissionais que compõem as equipes, critério de admissão do profissional no programa, quantidade de famílias por equipe e principais dificuldades encontradas para operacionalização da estratégia saúde da família.

O questionário dos profissionais também constou de dois itens que se subdividem em 15 variáveis, sendo o primeiro relacionado a identificação.

O segundo abordou a função exercida no município e quanto tempo, participação em capacitações específicas para a função, se reside no município e há quanto tempo, o vínculo empregatício, a faixa salarial, a estrutura das UBS, os problemas que mais dificultam o trabalho da equipe, a percepção de mudança qualitativa de saúde no município com a operacionalização da estratégia, sugestões para melhorar o desempenho da estratégia saúde da família ao gestor e profissionais.

Por tratar-se de estudo que envolve seres humanos, o estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa para posterior início da investigação. Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo como garantia a certeza de que as informações levantadas não seriam associadas aos seus nomes.

4.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Olinda Nova do Maranhão, pertencente à Regional de Saúde de Viana, que representa a sétima regional de saúde na atual estrutura administrativa do Estado do Maranhão.

4.3 Período de realização da pesquisa

A etapa de coleta de dados se deu no mês de setembro a outubro de 2016.

4.4 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a elaboração desta pesquisa foram: referências bibliográficas que abordam o tema; e, coleta de dados através de questionários com perguntas abertas e fechadas.

4.5 População Estudada

O objeto da pesquisa foi a classe de profissionais da equipe (1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem) e gestor local.

4.6 Coleta de Dados

A coleta de dados compreendeu as seguintes etapas:

1. Elaboração de questionário para entrevista;
2. Realização de visita à unidade gestora do município, para apresentação da proposta de trabalho, tendo em vista a busca do consentimento do gestor para aplicação dos instrumentos de pesquisa e análise de documentação pertinente;
3. Elaboração do perfil situacional de cada município através de questionário junto ao gestor municipal, identificando as condições da estrutura física e organizacional da equipe saúde no município, bem como as formas de funcionamento;
4. Foram utilizadas informações do CNES e SIA/SUS para devida fundamentação de dados;
5. Foram aplicados questionários individuais ao gestor e profissionais da equipe saúde da família.

5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 O Sistema único de saúde: o que é?

O SUS pode ser entendido, a priori, como uma “**Política de Estado**”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”.

O SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da **Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde** da população brasileira, o que implica conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior, um “sistema de saúde”, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Ademais, se acrescenta aos chamados “princípios finalísticos”, que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar, os chamados “princípios estratégicos”, que dizem respeito à diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam “como” deve vir a ser construído o “sistema” que se quer conformar, institucionalizar. Tais princípios, são, a saber: a **Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social**.

5.1.1 Princípios finalísticos e diretrizes estratégicas do SUS

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Esse artigo traz, além da idéia central do direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos aqueles que sejam brasileiros, por nascimento ou naturalização, a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra os riscos a que ele se expõe e assegurar a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde.

O cumprimento dessa responsabilidade política e social assumida pelo Estado implica na formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população. Isto inclui a formulação e implementação de políticas voltadas, especificamente, para garantir o acesso dos indivíduos e grupos às ações e serviços de saúde, o que se constitui, exatamente, no eixo da Política de saúde, conjunto de propostas sistematizadas em planos, programas e projetos que visam, em última instância, reformar o sistema de serviços de saúde, de modo a assegurar a universalização do acesso e a integralidade das ações.

A **universalidade**, portanto, é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção. Para que o SUS venha a ser **universal** é preciso se desencadear um **processo de universalização**, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços.

Em seguida, se coloca em cena o princípio da **equidade**, mais um dos princípios finalísticos do SUS e, atualmente, o tema central em todos os debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental. A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O

ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos.

A contribuição que um sistema de serviços de saúde pode dar à superação das desigualdades sociais em saúde implica redistribuição da oferta de ações e serviços, e na redefinição do perfil dessa oferta, de modo a priorizar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, bem como enfatizar ações específicas para determinados grupos e pessoas que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por determinados problemas.

Nesse sentido, cabe destacar os esforços que vem sendo feitos para a formulação e implementação de Políticas específicas voltadas ao atendimento de necessidades de segmentos da população que estão expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer, em função de características genético-hereditárias, econômico- sociais ou histórica-política e culturais, como é o caso da população indígena, da população negra, da população GLBTT, e outras. Nos últimos anos, particularmente, os movimentos sociais organizados em torno das reivindicações e demandas políticas destes grupos tem gerado a adoção de propostas que se desdobram em programas e projetos específicos no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Pelo exposto, percebe-se que o princípio da equidade diz respeito a duas dimensões do processo de reforma do sistema de saúde. De um lado, a reorientação do fluxo de investimentos para o desenvolvimento dos serviços nas várias regiões, estados e municípios, e, de outro, a reorientação das ações a serem realizadas, de acordo com o perfil de necessidades e problemas da população usuária. Nesse último sentido, a busca de equidade se articula, dinamicamente com outro princípio finalístico do SUS, qual seja, a **integralidade** do cuidado à saúde.

A noção de **integralidade** diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde.

A integralidade é (ou não), um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um “modelo de atenção integral à saúde” contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

O debate em torno das estratégias de mudança do sistema de serviços de saúde de modo a que este venha a garantir a integralidade do cuidado não é novo, tendo ocorrido em vários países do mundo ocidental, desde o século passado. As políticas e reformas desenvolvidas em vários sistemas de saúde no mundo, como Inglaterra, Suécia, Dinamarca, Canadá, Itália, etc. contribuíram para a sistematização de vários princípios organizativos, que foram assumidos, em nossa legislação, como “diretrizes estratégicas” para a organização do SUS, que são a descentralização da gestão dos recursos, a regionalização e hierarquização das unidades de produção de serviços e a integração das ações promocionais, preventivas e curativas.

A **descentralização** da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS) para os estados (SES) e municípios (SMS). Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), coma transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes.

A **regionalização** e a **hierarquização** dos serviços, dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuárias. A **regionalização** dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, sub-divisões ou

agregações do espaço político-administrativo. A **hierarquização** dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra referência de usuários e de informações. O processo de estabelecimento de redes hierarquizadas pode também implicar o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza, como por exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências, ou a rede de atenção à saúde mental.

Finalmente, a **integração** entre as ações promocionais, preventivas e curativas diz respeito à possibilidade de se estabelecer um perfil de oferta de ações e serviços do sistema que contemple as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde em vários planos de sua “história (natural) social”, abarcando intervenções sobre condições de vida, riscos e danos à saúde. Cabe registrar a distinção entre “integralidade” e “integração”, termos que por vezes se confundem no debate acerca da organização dos serviços de saúde.

A construção de um modelo de atenção integral à saúde pressupõe, portanto, o desenvolvimento de um processo de implantação de ações que não são desenvolvidas no sistema de saúde, ao mesmo tempo em que se promove a integração, tanto “vertical” quanto “horizontal” de ações que são desenvolvidas. No primeiro caso, situam-se, por exemplo, as ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, escassamente desenvolvidas na maioria dos nossos sistemas municipais de saúde, bem como as ações de promoção da saúde, praticamente inexistentes em nosso sistema como um todo. No segundo caso, cabe articular ações de prevenção e de assistência que vem sendo historicamente desenvolvidas por instituições diferentes, com lógicas organizacionais distintas, como é o caso do antigo INAMPS, das antigas SES, da FUNASA, dentre outras. hoje integradas no MS, SES e SMS, instituições envolvidas no processo de construção do novo modelo de atenção à saúde no SUS.

5.1.2 Sua implementação

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, impulsionado pelo Movimento da Reforma Sanitária, trouxe como um dos pontos centrais de suas proposições a necessidade da mudança no modelo de atenção. Inicialmente, na

primeira década da implantação, a Atenção Primária à Saúde, designada nacionalmente de Atenção Básica, foi considerada como caminho para alcançar a universalidade das ações no território nacional. No entanto, naquela conjuntura, prevaleceu a concepção de atenção primária seletiva, com um conjunto de ações limitadas, muitas vezes focadas no controle de doenças mais prevalentes e, durante algum tempo, os debates sobre as práticas de saúde, na pauta das políticas, deram lugar àqueles voltados à gestão e ao financiamento.

Considerando Modelo de Atenção, como “conteúdo” dos sistemas de saúde, o foco da mudança seria exatamente as práticas, uma vez que, em seu conceito, o modelo é a forma de se combinar as tecnologias para a resolução de problemas e atendimento às necessidades de saúde tanto individuais quanto coletivas.

Nesse sentido, para o desenvolvimento dessas práticas, as dimensões política, organizacional e técnico-assistencial devem ser consideradas. A política diz respeito aos mecanismos de condução do processo de reorganização dos serviços, a organizacional se refere à relação entre as unidades de prestação de serviços e a técnico-assistencial perpassa pelas relações estabelecidas entre sujeitos e objetos de trabalho.

No sentido da reestruturação dos serviços de saúde a partir do SUS, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), numa perspectiva focalizadora, a partir do qual, buscava-se superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde e visava-se o alcance da equidade dentro do sistema.

Por apresentar características distintas dos demais programas e por ter sido considerado um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde no nível da atenção básica, o PSF foi considerado, em 1997, uma estratégia possível para reorientação da Atenção Básica e, consequentemente, do modelo de atenção à saúde no país⁵. Neste sentido, o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve se caracterizar, segundo o documento oficial que a instituiu e mais recentemente pela atual Política da Atenção Básica, pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária.

Entretanto, para que a ESF se constitua em proposta alternativa de modelo de atenção, ela precisa ter uma combinação de tecnologias e uma correlação de forças

favoráveis às mudanças, caso contrário, continuará sendo o PSF em sua conformação inicial, como mais um programa verticalizado. Além disso, suas ações deveriam se caracterizar pela intersetorialidade, educação permanente, monitoramento, avaliação e estímulo à participação popular, visando a uma melhoria gradativa nas condições de vida da população. Em diferentes momentos, desde a implantação da ESF, alguns estudos têm apontado para o distanciamento entre as práticas recomendadas daquelas que vêm sendo implementadas em diversos cenários. Alguns autores têm sinalizado sua incompletude no que diz respeito à alteração do modelo hegemônico, uma vez que tem sido insuficiente a mudança na forma de pensar e fazer no cotidiano das ações nos diversos níveis. As análises de implantação evidenciam que pela própria característica do programa inicialmente focalizado e somado às intensas diferenças regionais do país, a implementação da ESF, a partir de 1998, aconteceu em contextos diversificados e com intensidades e características também muito diferenciadas. Inicialmente sua implantação ocorreu de forma mais intensa em municípios de grande porte, mas sem atingir boa cobertura. Posteriormente, inicia-se a implantação em municípios menores e, neste caso, esta implantação veio acompanhada de expansão da proporção de cobertura potencial.

Esta, também foi diferenciada, tanto em relação ao ritmo quanto à proporção, entre as regiões brasileiras e entre os grupos de municípios com maior ou menor renda *per capita*. Além disso, a avaliação normativa, realizada pelo Ministério da Saúde, referente ao período de 1998 a 2002, revela diferenças também na estrutura e no processo de trabalho entre os municípios e entre as regiões do país. Tais diferenças dizem respeito à disponibilização de equipamentos, formas de contratação, remuneração, utilização de mapas da área, realização de reuniões com a comunidade, atendimento de enfermagem, ações de vigilância epidemiológica, capacitação da equipe, apoio diagnóstico e referência.

4.2 O programa saúde da família e a estratégia saúde da família

4.2.1 Criação

A ESF foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994, inicialmente com o nome Programa Saúde da Família (PSF). Utiliza princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) formulados na Conferência de Alma Ata, bem como fundamenta-se em premissas requeridas com a criação do SUS. O processo de construção e implantação da ESF é resultante de um conjunto de embates travados por diferentes concepções

ideológicas e atores sociais ao longo dos anos, e a forma como a ESF é assumida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem uma longa trajetória de formulações e reformulações e de lutas que decorrem principalmente das discussões no campo da saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa uma alternativa significativa e estruturante para a política de saúde brasileira, com vistas a atender ao disposto na Constituição Brasileira de 1988 sobre saúde, e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A ESF se constitui em uma proposta de mudança do modelo tradicional de assistência em saúde pautado no paradigma da ciência positivista, conhecido como biomedicina. Esse modelo fragmentado, tecnicista, hospitalocêntrico e centrado na doença se mostrou incapaz de atender, com eficiência e justiça, as necessidades de saúde da população.

Para caracterizar a ESF como uma inovação tecnológica destaca-se o que muda nas práticas, na concepção de saúde, na finalidade assumida para o trabalho assistencial, no entendimento do que é o objeto do trabalho em saúde, nos instrumentos de trabalho utilizados e no produto do trabalho. O que está sintetizado na figura 1.

| MODELO TRADICIONAL DE SAÚDE | PARÂMETROS | ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA |
|---|--------------------------|---|
| Baseado nas premissas da biomedicina. | PRINCÍPIOS | Baseado nas premissas da Atenção Primária em Saúde e do Sistema Único de Saúde. |
| Pautada no entendimento de saúde como ausência de doença. | CONCEPÇÃO DE SAÚDE | Adota uma noção mais ampla do processo saúde-doença. |
| Centrada no médico. | RELAÇÃO PROFISSIONAL | Amplia para uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar. |
| Centrada na doença e cura. | ASSISTÊNCIA | Inclui ações curativas, de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de reabilitação. |
| É a ação profissional voltada à pessoa que necessita de tratamento de doenças. | FINALIDADE DO TRABALHO | É a ação profissional voltada para uma assistência ampliada, prestada às pessoas e à coletividade de uma área adstrita. |
| O corpo físico do indivíduo/parte afetada do corpo. | OBJETO DE TRABALHO | É o ser humano com carência de saúde na sua integralidade; em seu contexto familiar, cultural e social. |
| São equipamentos e materiais como maca, gaze, seringa, entre outros, bem como protocolos assistenciais, conhecimento estruturado sobre clínica. | INSTRUMENTOS DE TRABALHO | São equipamentos, materiais e protocolos assistenciais, similares aos usados no modelo tradicional, agregando outros com vistas a contemplar a dimensão integral do sujeito. |
| É a atividade assistencial realizada, como por exemplo, o curativo feito, o diagnóstico realizado, a prescrição fornecida. | PRODUTO DO TRABALHO | É a assistência realizada agregando outras dimensões como: ações educativas, implantação de programas e de medidas para mudanças nos indicadores sociais e de morbimortalidade. |

Figura 1

Parâmetros teóricos que sustentam a ESF

Fonte: Baseado em produções do Ministério da Saúde, 2017

A ESF adota uma concepção mais ampla de saúde e de entendimento dos determinantes do processo saúde-doença. Propõe a articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde.

O novo modelo prevê uma responsabilização integral para a atenção às necessidades de saúde do conjunto da população, assim como prescreve uma reorganização do modelo assistencial de saúde brasileiro ancorada em princípios como universalidade, equidade e integralidade da atenção. Essa nova proposta gera um resultado assistencial diferenciado ao incorporar um novo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, incluindo promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. O tratamento e a cura não são mais o *core* da assistência.

A assistência tem como foco o indivíduo na sua integralidade, considerando-o como parte de coletivos e nas suas relações familiares e sócio-culturais. A ESF prevê, ainda, a utilização de conhecimentos que fundamentam a produção de vínculos, autonomização e acolhimento, em associação com o conhecimento científico estruturado, como a clínica médica e a epidemiologia. A ESF incorpora múltiplas tecnologias materiais e não materiais, assim como de diferentes complexidades. Constitui-se em um modelo de baixa densidade tecnológica, se compararmos com a organização estrutural e de equipamentos disponíveis em outras unidades que compõem as redes de atenção à saúde, como os hospitais e os centros de investigação diagnóstica.

No que diz respeito a quem realiza o trabalho em saúde, muda a centralidade da hegemonia de uma determinada categoria profissional para a proposta de trabalho em equipe multiprofissional e que atue em uma perspectiva interdisciplinar. Propõe divisão de responsabilidades e associação de diferentes competências profissionais, com vistas a propiciar melhoria na qualidade da assistência, e aproximar-se de uma visão mais integral das pessoas.

Os dados sobre a ESF demonstram que os indicadores relacionados à morbimortalidade declinaram e os que refletem a cobertura dos serviços cresceram significativamente desde sua implantação em 1994, de modo que, em abril de 2014 já haviam sido implantadas 35.889 Equipes de Saúde da Família em 5.371 municípios, com cobertura de 58,01% da população, o que corresponde a cerca de 112.551.908 pessoas assistidas. Apesar da ESF ainda não ofertar cobertura

assistencial para toda a população e de possuir algumas fragilidades quanto aos aspectos financeiros e problemas de estrutura física dos serviços, os reflexos de sua implantação têm sido muito positivos. “Essa política pública (ESF) não fracassou; ao contrário, dentro dos limites em que ela operou, foi um grande sucesso. Vários trabalhos mostram que (a ESF) é sempre superior à forma tradicional de organizar a atenção primária à saúde”.

As ações da ESF também têm ampliado a distribuição medicamentosa juntamente com o número de exames, destacando-se o de colpocitologia oncótica, e gerado um quantitativo maior de acompanhamento pré-natal, entretanto, as contribuições mais significativas têm sido identificadas em três grandes áreas de atenção: saúde da criança, saúde da mulher e saúde do adulto.

Na saúde da criança, destaca-se o declínio da mortalidade infantil e o aumento da cobertura vacinal por tetravalente em crianças menores de um ano. Na saúde da mulher evidenciou-se tendência de queda na proporção de nascidos vivos de mães com menos de 20 anos de idade, e na saúde do adulto, com o controle da hipertensão arterial sistêmica, verificou-se declínio dos indicadores de internações por Acidente Vascular Cerebral e Insuficiência Cardíaca Congestiva na população acima de 40 anos.

Considerando-se os argumentos e dados apresentados, entendendo inovação tecnológica como aquilo que pode desencadear mudanças significativas nos processos e produtos do trabalho, e que uma inovação organizacional deve oportunizar “a implementação de um método organizacional que não tenha sido usado anteriormente”, elaborou-se uma síntese conceitual ilustrada na figura 2.

5. ANÁLISE E RESULTADOS

5.1. O município: Olinda Nova do Maranhão

O município de Olinda Nova do Maranhão está localizado na microrregião da Baixada Ocidental Maranhense, com uma extensão territorial de 200,2 Km², limita-se ao Sul com São João Batista; a Oeste e Norte com Matinha; a Leste com São Vicente de Férrer, tendo como via de transporte terrestre direto pela MA-14.

A população do município é de 14.915 habitantes, encontrando-se assim distribuída da seguinte forma, segundo CENSO (2012):

- homens: 5.295

- mulheres: 4.827 pessoas residentes na área urbana: 3.413
- pessoas residentes na área rural: 6.709

Com relação à saúde, o município encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, conta com o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde/CMS. Em relação à estrutura organizacional e recursos humanos do PSF, o sistema de saúde conta com 01 (um) Hospital Municipal que realiza atendimento ambulatorial e pequenas cirurgias, possui 42 leitos, sendo referência de média complexidade para atenção básica do município. Possui ainda 09 (nove) Unidades Básicas de Saúde, com 07 equipes do Programa Saúde da Família, 05 equipes de Saúde Bucal e 40 agentes comunitários de saúde, tendo uma cobertura de 100%.

Tabela 01 – Avaliação da pesquisa com os gestores

| Implantação do PSF | Olinda Nova do Maranhão |
|---|---|
| Grau de instrução | 3º grau completo |
| Que profissionais compõem as equipes? | Médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS. |
| Qual o critério de admissão do profissional no programa | Por indicação de outro profissional análise de currículo. |
| Quantidade de famílias por equipe | De 700 a 1000 famílias |
| Principais dificuldades com a implantação e operacionalização | Insuficiência de recursos Dificuldade de contratação de profissional com disponibilidade de tempo para cumprir a carga horária de 40 horas semanais. |

Fonte: SEMUS, 2017

Tabela 02 – Avaliação da pesquisa com os profissionais de saúde

| Profissionais de enfermagem | Olinda Nova do Maranhão |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| Nº de profissionais | 04 |
| Residem no município | 01 |
| Não residem | 03 |
| Participou de capacitação específica | 03 |
| Vínculo empregatício com o município | |
| Contratado | 02 |
| Concursado | 02 |
| Faixa salarial | |
| De R\$ 1.000,00 a 1.999,00 | 01 |
| De R\$ 2.000,00 a 2.999,00 | 03 |

| | |
|---|-----|
| Faz parte do CMS | |
| Sim | - |
| Não | 04 |
| Existência de um cronograma de ações | |
| Sim | 01 |
| Não | 00 |
| Meio de transporte utilizado para o acesso as áreas | |
| Carro específico do programa | sim |
| Unidades equipadas p/ o func. das equipes | |
| Sim | 01 |

Fonte: SEMUS, 2017

5.3. Quanto a Estrutura Física e equipamentos:

Quanto à estrutura física e equipamento, o hospital dispõe dos seguintes itens:

- Instalações físicas deficientes de algumas UBS;
- Ausência de alguns equipamentos médicos nas UBS;

Segundo os profissionais o que mais ajuda no trabalho das equipes:

- Infraestrutura da UBS é muito boa;
- Existência de recursos materiais e financeiros
- Não existe dificuldade de acesso às micro áreas

Tabela 03 – Pontos positivos

| |
|--|
| a) redução do índice de mortalidade infantil; |
| b) mudança qualitativa na realidade de saúde do município; |
| c) aumento no número de consultas ambulatoriais; |
| d) aumento do índice de mulheres atendidas no pré-natal com 4 ou mais consultas; |
| e) cumprimento da meta mensal de vacinas; |
| f) aumento do percentual de mulheres atendidas com exames citopatológicos; |
| g) melhoria no índice de notificação de doenças e agravos; |
| h) regularização na emissão de DN e DO; |
| i) cadastramento e acompanhamento de 100% de hipertensos e diabéticos. |

Fonte: e-SUS, 2017

Sugestões apontadas para melhorar o desempenho das ações da Estratégia Saúde da Família:

- a) Realização de planejamento estratégico para melhorar o atendimento à população;
- b) Participação dos profissionais periódica em treinamentos;
- c) Melhorar o índice de mulheres atendidas no pré-natal atingindo no mínimo 7 consultas, conforme o protocolo pré-natal;
- d) Treinamentos para avaliação do desempenho; e
- e) Análise mensal dos dados do e-SUS.

O entendimento de fazer saúde da família no município de Olinda Nova do Maranhão exigiu a instalação de toda uma estrutura física de equipamentos e de recursos humanos num determinado espaço geográfico capaz de garantir a integração das condições à rotina diária das famílias atendidas numa perspectiva de levantar dados epidemiológicos e intervir de forma prática e conjunta (equipe e comunidade) junto a situações vivenciadas.

Durante o período em que foi realizada a pesquisa foi observado que apesar dos entraves foi percebido a grande contribuição que a Estratégia Saúde da Família vem proporcionando aos gestores locais enquanto instrumento de uma política de saúde comprometida com a prevenção de doenças e agravos, isto tem fortalecido o desenvolvimento das ações de saúde de forma preventiva e educativa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta pesquisa foi possível observar o grau de satisfação em relação às condições de trabalho desenvolvido na UBS da Sede em Olinda Nova do Maranhão. Pois, apesar de alguns entraves foi percebida a grande contribuição que a Estratégia Saúde da Família tem proporcionado ao gestor local, enquanto instrumento de uma política de saúde comprometida com a prevenção de doenças e agravos, isto tem fortalecido o desenvolvimento das ações de saúde de forma preventiva e educativa na localidade da UBS pesquisada.

Entretanto, é pertinente ressaltar que durante a pesquisa foi possível perceber pontos relevantes que merecem atenção especial e que provavelmente servirá de subsídios para o gestor local na avaliação das condições de operacionalização do trabalho da equipe.

É importante destacar algumas situações:

1. necessidade de inclusão de outras categorias profissionais nas equipes a exemplo do psicólogo, farmacêutico e assistente social;
2. condução das ações da estratégia saúde da família pelo rumos da assistência ambulatorial;
3. dificuldade no estabelecimento de vínculo com a comunidade em função da não fixação de moradia e da carga horária reduzida;
4. despreparo da equipe para realização de atividades educativas que busque a prevenção.

Ressalta-se, por fim, que o resultado desse trabalho tem como base a pesquisa associada às respostas colhidas nas entrevistas com profissionais de saúde e gestor, a análise de avaliação do CNES.

7. REFERÊNCIAS

BOBBIO, Norberto, **Teoria geral da política. A filosofia política e as lições dos clássicos**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Editora Campus. 2000.

BRASIL – FNS/MS. Coordenadores de Saúde da Comunidade – Programa Saúde da Família – Saúde Dentro de Casa. Brasília, 1994.

BRASIL – FNS/MS. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – Coordenação de Atenção Básica. Avaliação da Implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF. (Relatório Preliminar) Brasília, 1999.

GUEDES, José da Silva. “Buscando a promoção do bem comum”. Revista Brasileira de Saúde da Família, n. 02. Brasília. Ministério da Saúde, jun/jul, 2000.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008

TEIXEIRA, C. F. et all. O processo de formulação da Política de Saúde da população negra em Salvador, 2005-2006. **Relatório de pesquisa**. CNPq, ISC-UFBA, Salvador, 2009.

TEIXEIRA, C. F. **O SUS e a Vigilância da Saúde**. PROFORMAR. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

TEIXEIRA, CF e SOLLA, J. (orgs). **Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância Saúde da Família**, CEPS-ISC - EDUFBA, Salvador, Bahia, 2006.

TEXEIRA, C.F **Equidade, Cidadania, Justiça e Saúde**. Paper elaborado para o Curso Internacional sobre Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS-OMS/ASDI. Nicarágua, 17 de abril a 6 de maio de 2005.