

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

KELLYN TAVARES CAETANO

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)
EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU

FOZ DO IGUAÇU
2013

KELLYN TAVARES CAETANO

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)
EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientador: Prof. Me. Paulo de Oliveira Perna

FOZ DO IGUAÇU
2013

Aos gestores, que precisam empenhar-se, de forma prioritária, na consolidação desta causa.

Aos profissionais de saúde, que precisam se dispor a trabalhar de forma organizada, colaborativa e persistente.

À população, que tanto carece destes serviços e deles tem o direito de usufruir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a oportunidade oferecida por este governo, que demonstrou preocupação com a qualificação dos profissionais que atuam na Gestão Pública, pela reciclagem e aprimoramentos dos conhecimentos que pude adquirir.

Aos professores e tutores que atuaram neste curso demonstrando grande conhecimento, contribuindo com pesquisas, orientações e politização com os seus educandos em favor da formação crítica e cidadã.

À tecnologia que propiciou intenso suporte para o desenvolvimento deste curso.

À minha filha Sofia, que é minha principal motivação para a construção de um mundo menos desigual para todos.

À minha mãe que me proporcionou o prazer de viver e por estar presente em momentos importantes pra mim.

Ao meu companheiro Pablo e aos familiares pelo presente apoio.

À enfermeira Rozineide dos Santos e demais colaboradores da Unidade Básica de Saúde da Vila Yolanda que muito colaboraram nas entrevistas para o desenvolvimento deste projeto.

Ao Conselho Municipal de Saúde pela gentileza em fornecer informações, em especial à enfermeira Me. Luciana Winter por esclarecimentos e conhecimento prestados.

Ao Departamento de Atenção Básica pela colaboração em informações e dados que enriqueceram este trabalho.

Às Vigilâncias em Saúde com seus respectivos profissionais que foram prestativos quanto à coleta de informações.

À democracia, por proporcionar o desenvolvimento de projetos que possam contribuir na construção de um sistema de saúde do qual desejamos usufruir e oferecer.

“Se a educação sozinha não pode transformar a sociedade,
tampouco sem ela a sociedade muda”

Paulo Freire

RESUMO

O Programa Saúde da Família há muito já é reconhecido como melhor estratégia em organizações públicas de saúde, haja vista sua crescente implantação pelo país. Com o SUS, tornaram-se necessárias medidas que atendessem aos seus princípios no acesso à saúde, ensejando novas estruturas, recursos e gestão. As Unidades Básicas de Saúde são responsáveis pelo papel da Atenção Primária em Saúde e a organização que não atua com a Estratégia de Saúde da Família, levanta questionamentos. A implantação do PSF permite aos profissionais de saúde a percepção do seu papel social e educador possibilitando maior contato com a população da localidade e organização do processo de trabalho. A sua implantação na Unidade Básica de Saúde da Vila Yolanda é o que tentaremos descrever neste trabalho.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; Atenção Básica em Saúde; Implantação do PSF.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Vista da entrada principal da UBS da Vila Yolanda.....	27
Figura 2 – Vista da entrada lateral da UBS da Vila Yolanda.....	27
Figura 3 – Planta Física da UBS da Vila Yolanda.....	28

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AE – Atenção Especializada

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CLS – Conselho Local de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

DAB – Departamento da Atenção Básica

DATAPREV - Empresa de Processamento de dados da Previdência

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OSS – Organização Social de Saúde

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDRE – Plano Diretor da Reforma de Estado

PND – Plano Nacional de Desestatização

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNS – Plano Nacional de Saúde

PS – Previdência Social

PSF – Programa Saúde da Família

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SF – Saúde da Família

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento 24h

US – Unidade de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Apresentação/Problemática	9
1.2 Objetivo Geral do trabalho.....	10
1.3 Objetivos específicos do trabalho.....	10
1.4 Justificativa dos objetivos	11
2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	13
2.1 O SUS	13
2.2 A Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Básica	18
2.2.1 Atenção Básica	18
2.2.2 Programa Saúde da Família (PSF)	20
2.3 Gestão, recursos humanos e controle social.....	22
3. METODOLOGIA	25
4. A ORGANIZAÇÃO	26
4.1 Descrição geral	26
4.2 Estrutura física	28
4.3 Breve histórico.....	29
4.4 Outros níveis de assistência.....	29
5. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	32
5.1 Quadro geral da ESF no município	32
5.2 Controle Social	34
6. PROPOSTA	35
6.1 Desenvolvimento da proposta	35
6.2 Plano de implantação	35
6.3 Recursos	36
6.4 Resultados esperados.....	37
6.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas.....	38
7. CONCLUSÃO	39
8. REFERÊNCIAS	41

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação/Problemática

Possuindo alicerces nas diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) surgiu como estratégia de reorganização de Atenção à Saúde, buscando substituir o modelo tradicional utilizado, ou seja, o modelo biomédico, centrado na atenção à doença e com utilização preferencial de instituições hospitalares. Seus princípios visam a “territorialização, vinculação com a população, garantia de integralidade na atenção, trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar, ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações inter-setoriais e participação da comunidade.” (FIGUEIREDO, 2005, p. 298).

O PSF, à época, foi uma reformulação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual havia sido criado no ano de 1991. E a partir de 1998, passou a ser adotado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscando escapar do formato de “programas”, que já são formulados com objetivos precisos e pouco abertos a novidades, além de ter metas muito rígidas.

Após 19 anos da sua criação, a consolidação do SUS é pauta na agenda do direito de acesso à saúde e na execução da Atenção Básica (AB). Para Ronzani e Stralen (2003), alguns entraves têm ocorrido na reforma do sistema de saúde no Brasil: “as ações têm-se expandido sem um controle mais rígido desses serviços. Observa-se uma inadequação da formação dos profissionais da equipe e uma dissonância entre a política de saúde proposta e o dia-a-dia do profissional” (p. 9).

A ESF é, pois, o eixo central da AB e com papel importante para concretizar esse nível de atenção. No entanto, vários questionamentos são levantados quanto à sua consolidação, com a observância dos princípios do SUS e, conseqüentemente, com a garantia do direito à saúde de qualidade, atuante principalmente na etapa de prevenção de doenças.

Em Foz do Iguaçu, a UBS da Vila Yolanda não atua na Estratégia de Saúde da Família. Seus serviços são prestados de acordo com a procura da população pela unidade, por atendimento à demanda espontânea. O serviço possui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, mas que demonstra pouca efetividade.

São vários os aspectos que trazem dúvidas para a implantação da ESF naquela UBS, e também que permearam a execução deste projeto: os interesses envolvidos (setor privado, gestores, profissionais de saúde, etc.), o grau do comprometimento dos representantes políticos com a questão, o nível da participação social, a insuficiente orientação dos profissionais quanto à importância da descentralização da saúde, as poucas condições de trabalho em favor desta estratégia e a expectativa da população em relação aos serviços prestados pela UBS.

Finalmente, é no sentido de favorecer a conscientização e mobilizar os distintos segmentos quanto à importância da ESF para o cumprimento da Atenção Primária à Saúde (APS) de boa qualidade e a consequente contribuição para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, que este assunto se torna pertinente.

1.2 Objetivo Geral do trabalho

Propor projeto de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Unidade Básica de Saúde da Vila Yolanda, que até o momento vem operando somente como simples Unidade de Atenção Básica.

1.3 Objetivos específicos do trabalho

Conhecer as expectativas de gestores locais, servidores da saúde e usuários da UBS da Vila Yolanda sobre a ESF.

Avaliar o posicionamento dos membros do Conselho Municipal de Saúde (CMS) a respeito da implantação da ESF, de forma a conhecer quais os principais desafios que isso traria para o processo de implantação.

Realizar levantamento físico para conhecer as necessidades de adaptação da atual UBS da Vila Yolanda para receber a ESF.

1.4 Justificativa dos objetivos

O direito à saúde deve ser atendido pelo Estado, e para isso, no Brasil, ele dispõe do SUS, cujos princípios garantem esta responsabilidade (BRASIL, 2009). Tendo em vista que a ESF é a estratégia elaborada para efetivar estes princípios, em superação de limitações encontradas no PACS, como refere Figueiredo (2005), torna-se pertinente o assunto que trate da sua consolidação.

A UBS da Vila Yolanda, na cidade de Foz do Iguaçu-PR, atua como unidade aberta, atendendo a demanda espontânea dos usuários quando estes necessitam de seus serviços. Esta forma de assistência, no entanto, torna os serviços públicos de saúde e os profissionais que neles atuam distantes dos problemas e realidades concretos da população local. Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015 (BRASIL, 2011), os resultados buscados na AB, através da ESF, julgam necessárias “fortes estratégias para ampliar a cobertura da população” (p. 41).

O principal destaque que se pode dar para as consequências de uma UBS que não adere à ESF fica por conta da pouca qualidade da assistência à população, resultante do desconhecimento que a própria população tem sobre atendimentos e programas oferecidos pelo serviço municipal. E, por outro lado, o contato distante com os problemas da população, também exige que o serviço público repense, modifique ou mesmo amplie sua forma usual de atenção. O resultado decorrente da não vinculação à ESF pode ser a ausência de alvo do processo de trabalho dos profissionais e a falta de conhecimento qualificado, por parte da administração municipal, quanto aos avanços e melhorias na saúde da população atendida.

Depois de 22 anos da instituição do SUS em Foz do Iguaçu, e mais particularmente depois de 14 anos da implantação da ESF no município, se faz urgente que também a comunidade usuária da Vila Yolanda tenha acesso aos benefícios trazidos por tal iniciativa.

Assim, acredita-se que a implantação da ESF na USB da Vila Yolanda pode favorecer o acesso da população residente em 23 bairros.

E, por último, mas não menos importante, acredita-se que a implantação da ESF na região poderá estimular uma melhoria na qualidade do Controle Social (CS) por parte da população sobre a política de saúde local e, portanto, em alguma medida, no âmbito municipal. Quem sai ganhando com essa iniciativa é a sociedade em geral.

2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 O SUS

O surgimento das políticas sociais de amplo espectro no Brasil teve início na década de 30 do século passado, no governo burocrático do presidente Getúlio Vargas. Conforme Leite Júnior (2009), Vargas criou direitos para os trabalhadores, fortaleceu a industrialização e efetivou a modernização do país. Porém, mesmo com tais medidas, que buscavam melhorar a economia, não houve diminuição das desigualdades sociais e da pobreza, sempre presentes na sociedade.

Carvalho e Barbosa (2012) registram que, nessa época, as categorias mais importantes de trabalhadores foram beneficiadas com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Mais tarde, a partir dos anos 50, apenas os trabalhadores com carteira de trabalho assinada e contribuinte de taxas à Previdência Social (PS) poderiam usufruir de serviços médicos de saúde. Os demais cidadãos e trabalhadores apenas tinham acesso a bens e serviços se pudessem custear suas despesas, caso contrário, teriam que buscar os serviços filantrópicos, em especial, os de atendimento feito por religiosos.

A necessidade de ampliação dos direitos sociais à outras camadas da sociedade se fez nas décadas seguintes, através de reivindicações apresentadas por diversas categorias sindicais diante de grandes tensões. Com isso, tornaram-se necessárias medidas públicas para equiparação de direitos à saúde entre as classes trabalhadoras contribuintes, resultando daí, na década de 1960, “a promulgação da Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS)” (FIGUEIREDO, 2005, p. 54).

Com o Golpe de Estado, ocorrido em 64, o governo passa a agir de maneira centralizadora, gerando insatisfação nas camadas populares e que passam a se posicionar por melhores condições de saúde. A Previdência Social começa a construir hospitais próprios, mas comprando serviços da iniciativa privada, com altos custos e com ênfase na assistência à saúde hospitalar. O que se registra é uma entrega das instituições públicas, tanto de Previdência como de Saúde, aos interesses da acumulação capitalista.

A demanda social por acesso à saúde, nos próximos anos, continuou e em 1966, como referem Carvalho e Barbosa (2012), foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que unificou a Previdência própria das categorias trabalhadoras que as tinham instituído. Intensificou-se, assim, o processo de privatização dos serviços médicos–hospitalares, um processo que apresentava pouco controle por parte da população, com aumento de custos e modernização de equipamentos, visando maior lucro na venda dos seus serviços. Medidas de controle assumidas na época não surtiram efeito, e esta situação atinge seu auge, “ocasionando um desequilíbrio financeiro” na Previdência Social pública. (FIGUEIREDO, 2005, p. 56)

Em 1977, com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) os serviços de saúde passaram a assumir um caráter de reformulação do institucional das políticas públicas de saúde. Carvalho e Barbosa (2012, p. 18) lembram que: “Como componente do SNS [Sistema Nacional de Saúde] e do Sinpas [Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social], esperava-se do Inamps o cumprimento do papel de braço assistencial do sistema de saúde e de braço da saúde do sistema de proteção social”, ou seja, um sistema que atuasse atendendo o interesse privado e público.

A crise econômica e o excesso de gastos crescentes tornaram necessário um controle na contratação de serviços prestados à PS, e neste período ocorre o racionamento, sob a administração do CONASP [Conselho Nacional de Segurança Pública] que propõe ações de descentralização e universalização a serem realizadas pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), em 83. (FIGUEIREDO, 2005).

Com a decadência do regime autoritário militar, no ano de 1986 se realiza a Oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), evento que oportunizou a discussão sobre uma reforma sanitária a ser implantada no país. Paralelamente, houve a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que deslocou a responsabilidade de gestão para os níveis estaduais, permitindo assim o início da descentralização administrativa, passo importante para o próximo período que viria, com o SUS.

A forte pressão social por direitos e as mudanças políticas trouxeram para o centro do cenário a intervenção do Estado, cobrado para se ocupar da qualidade de

vida da população. Como proposta de um novo modelo de assistência à saúde, feito pelo Movimento da Reforma Sanitária, foi criado o Sistema Único de Saúde, institucionalizado através da Constituição de 1988. A partir daí, se institui o direito de todo cidadão brasileiro à saúde e o dever do Estado em efetivá-lo, o que fica estabelecido no Título VIII, Cap I, Seção II, Art. 196 da Constituição. Esse artigo dispõe que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2006, p.129).

Como já se registrou, as propostas e arcabouço do SUS foram formulados contemplando os preceitos debatidos na VIII CNS, visando saúde para todos e não apenas para determinado grupo da sociedade, e com isso extinguindo as divisões que anteriormente existiam na operacionalização do sistema de saúde.

A busca por financiamento e de medidas de viabilização do SUS fez necessária criação da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, responsável por regulamentar os serviços de saúde, suas atribuições e competências. (JERONIMO, 2010). Essa lei foi, no mesmo ano, complementada por outra, a Lei 8142, de 28 de dezembro, e que se tornou importante por estabelecer o direito da população em participar do controle da política pública de saúde.

Neste contexto, a AB ganha importância. Segundo Figueiredo (2005), ela opera com os princípios do SUS: universalidade, igualdade de acesso e integralidade, visando a descentralização dos serviços e a participação popular.

A Lei 8080 estabelece a organização e funcionamento dos serviços de saúde, bem como a forma de seu financiamento e gestão, tendo como princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - 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;

- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (JERONIMO, 2010, p.737).

Embora tenham se passado 25 anos da criação do SUS, sua consolidação tem sido um grande desafio para toda a sociedade. O neoliberalismo, que ganhou espaço no país, nos anos 90, em especial no governo Collor (LEITE JÚNIOR, 2009) garantiu a abertura de mercados nacionais para a economia mundial, a chamada globalização, e com isso se dificulta em muito os avanços nas políticas sociais.

A ideia neoliberal defende a menor intervenção do Estado em determinadas áreas “como o mercado de trabalho, mercado de capitais e mercado de bens e serviços”. (COELHO, 2012, p. 101). Com isso, o Estado é pressionado a não investir em áreas que venham a ser mercado potencial para o sistema mercantil, o que acontece com a saúde e a educação.

Como manifestação do modelo neoliberal, no governo de Fernando Henrique Cardoso ocorreu o Plano Nacional de Desestatização (PND), com a maior privatização de estatais na história do país. O processo rendeu uma arrecadação de

“US\$ 78 bilhões com a venda” de mais de 25 empresas estatais. (LEITE JÚNIOR, 2009, p. 61).

Com isso, ocorreu o aumento da iniciativa privada na regulação de serviços. O que não foi diferente no campo dos serviços de saúde. Como refere Santos (2009), o SUS está longe dos ideais que o concebeu, prova disso é a crescente ampliação e adesão pelos sistemas privados de assistência à saúde. Segundo informações do mesmo autor, consta no Datasus que, 49 milhões de brasileiros usufruem dos planos privados.

Barbosa e Carvalho (2012) argumentam que existe uma interpretação errada sobre público e privada sobre estatal e público, onde o estatal nem sempre é público e o público, estatal.

Os novos modelos de administração pública muito encenam esta situação, organizações assumem a administração de setores do Estado, que na prática não atendem os requisitos estabelecidos em Constituição. Gera um distanciamento do papel do governo repassando as responsabilidades para estas instituições. Estas organizações caracterizam-se pelas fundações públicas, as Organizações Sociais da Saúde (OSS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) esta - instituída em 1999 pela Lei 9.970 -, tomam espaço na gestão pública da saúde atuando de forma autônoma dentro da administração. (BARBOSA; CARVALHO, 2012).

Segundo Abrucio (2007, p. 71) “Bresser foi pioneiro em perceber que a administração pública mundial passava por grandes mudanças, também necessárias no Brasil, mas nem sempre ele soube traduzir politicamente tais transformações para as peculiaridades brasileiras”. Bresser foi ministro do governo FHC responsável pela criação do Plano Diretor da Reforma de Estado (PDRE), que proporcionou ampla discussão política sobre o funcionalismo público.

Outra questão muito importante que implica na qualidade dos resultados dos serviços é a ausência de profissionais disponíveis para atuar na saúde de forma descentralizada.

Com um projeto inovador o governo atual, lança o Programa *Mais Médico*, que visa solucionar a falta de profissionais para atuar na Atenção Básica à Saúde e maior investimento em infraestruturas. Segundo o Portal da Saúde, do Ministério da Saúde, o Brasil possui “1,8 médicos por mil habitantes” (BRASIL, 2013) que é considerado pouco em relação a vários outros países.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) entende a necessidade de aplicação de recursos para a melhoria das condições de trabalho, compreendendo “R\$ 5,5 bilhões para construção de 6 mil UBS e reforma e ampliação de 11,8 mil unidades e para a construção de 225 UPAs e R\$ 2 bilhões em 14 hospitais universitários.”

Assim, o Estado assume o papel de intervenção nas realidades tão divergentes encontradas na sociedade brasileira. À exemplo da pouca densidade demográfica presente em algumas regiões e a conurbação encontradas nos grandes centros. Porém sozinho não resolverá os principais problemas, é necessário organização e gestão dos serviços de saúde, maior fiscalização nos serviços prestados e integração de interesses, o que sugere uma mudança do sistema político, de caráter social.

Kuschnir *et al.* (2012) referem que as características do sistema público de acesso universal é a adequada interação entre financiamento, organização/administração do sistema, acesso e provisão dos serviços.

2.2 A Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Básica

2.2.1 Atenção Básica

A Atenção Primária em Saúde é um fator de proteção social que surgiu da necessidade em diminuir as desigualdades sociais, ocasionadas pela má distribuição de renda e a oferta de serviços, com foco na universalização do acesso aos serviços de saúde.

A terminologia para a APS e que foi utilizada na ESF é Atenção Básica (AB), conforme publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS): “o

Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de atenção básica para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (SF)". (BRASIL, 2007)

No Brasil, a Atenção Básica foi regulamentada pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que faz revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o PSF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS, mostrando a importância de medidas para promoção saúde em conformidade aos princípios estabelecidos no SUS. (BRASIL, 2012)

Para o Ministério da Saúde:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012).

A APS significa o cuidado com a prevenção de doenças e agravos à saúde da população, gerando maior acesso à saúde, menor ausência no trabalho por tratar doenças preveníveis, menos custos hospitalares, planejamento e organização dos serviços em saúde.

Contudo, é importante ressaltar que, no Brasil, muitos municípios conduzem as atividades de APS à saúde de forma diferente de como pensavam seus idealizadores e que visavam ampliação, abrangência e inclusão da atenção à saúde.

Desse modo, a AB vem mostrando ser um elemento fundamental para a realização do SNS, apresenta grande influência nos indicadores sociais de saúde, racionalização dos recursos e estratégia, garantindo acesso à serviços que realmente tragam benefícios a saúde da população. (FIGUEIREDO, 2005)

2.2.2 Programa Saúde da Família (PSF)

O PSF é modelo utilizado na AB que juntamente com outros programas voltados à Atenção à Saúde visam à melhoria do acesso, descentralização e qualidade do serviço em saúde. Segundo Santos (2009, p. 96) “o PSF tem como propósito fundamental fornecer atendimento integral à população, ao nível básico de assistência.”.

Sua criação veio em substituição ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 e sua implantação ocorreu a partir do ano de 1993. (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

A Portaria nº648, de 28 de março de 2006, revisa diretrizes e normas para organização da AB para o PSF e PACS, estabelecendo responsabilidades e competências, infraestrutura, recursos, especificidades e sendo adotada a partir de então, como estratégia.

Dessa forma, surge a importância da consolidação e medidas que favoreçam o fortalecimento dessa estratégia na construção da promoção à saúde e contribua para atender às necessidades da população de maneira eficiente.

Uma das atribuições centrais da ESF é realizar a educação em saúde e facilitar o acesso a informações, pois ambas colaboram para a formação de cidadãos conscientes e responsáveis, autônomos em suas atitudes e capazes de definir até onde vão suas próprias responsabilidades sem deixar de cobrar da esfera pública aquilo que a ela compete.

Com essa visão, a ESF torna possível desenvolver um maior elo da equipe de saúde com a população, o que pode surtir em melhores resultados no processo saúde-doença da comunidade adstrita.

Para cumprimento do avanço e consolidação do PSF, o Plano Nacional de Saúde 2012- 2015 (BRASIL, 2011) apresenta, através da Diretriz 1 - que trata da garantia do acesso da população à serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de AB e da Atenção Especializada (AE) -, interesse no aumento e qualificação da AB, pretendendo melhor solução, estrutura do sistema,

uniformização das UBS e sistema de informação integrado. Para tanto, o Ministério da Saúde estabeleceu metas a serem cumpridas até 2015:

- Ampliar a área física e/ou reformar 23 mil unidades básicas de saúde (UBS).
- Implantar 3.272 UBS, passando de 36.892 em 2011 para 40.164 em 2015.
- Ampliar em 40 mil o número de agentes comunitários de saúde, passando de 245 mil em 2011 para 285 mil até 2015.
- Ampliar em 5.300 o número de equipes de saúde da família, passando de 31.660 em 2011 para 36.960 até 2015.
- Ampliar em 7.200 o número de equipes de saúde bucal, passando de 20.400 equipes em 2011 para 27.600 até 2015. (BRASIL, 2011, p. 72).

Desta maneira, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que é norteada pela “universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012, p. 20), coordena a missão do desenvolvimento deste amplo projeto desenho sob a ótica das necessidades do povo brasileiro.

De acordo com Viana; Poz (2005, p. 240) “A formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família (em Quebec, no Canadá; em Cuba; na Suécia e na Inglaterra), que serviram de guias para a formulação do programa brasileiro”. Mostrando que não é o surgimento de um sistema novo e sim a adequação das práticas assistenciais voltadas à promoção da saúde, focados na doença e por um novo modelo de processo de trabalho.

A Unidade de Saúde da Família (USF) pode atuar com mais de uma Equipe de Saúde da Família, de acordo com o número de famílias a atender, onde o número de indivíduos não ultrapasse 4.500. As USF devem instalar-se nos postos de saúde construídos ou que serão reformados ou construídos. O número de profissionais deve ser definido pelos princípios:

- Capacidade instalada da unidade
- Quantitativo populacional a ser assistido
- Enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença
- Integralidade da atenção
- Possibilidades locais. (BRASIL, 1997, p. 12).

A composição da equipe multiprofissional da ESF é pelo no mínimo um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Segundo os critérios definidos na legislação (BRASIL,1997), os profissionais precisam morar na cidade onde atuam e os ACS nas áreas de atuação.

Como projeto de novo modelo assistencial na APS, o PSF apresentou reconhecidos valores na queda dos índices de mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2011), porém, o seu desdobramento e expansão enfrentam desafios pertinentes às localidades regionais.

Autores como Ronzani e Stralen (2003) fazem considerações em relação à prática, onde as “Unidades de Saúde de Família (USF) têm-se expandido sem um controle mais rígido desses serviços. Observa-se uma inadequação da formação dos profissionais... a política de saúde proposta e o dia-a-dia do profissional” (p. 15). Ou seja, a realidade profissional não condiz com as condições definidas para a concretização das propostas estabelecidas pelo programa. O que mostra dificuldade no pontapé inicial da qualidade da prática de saúde.

O crescimento pelo qual a implantação do PSF vem acontecendo, causou certo impacto, segundo Nemes Filho (2001), como no estado de São Paulo, que “tem causado muita inquietação, adesões e resistências. Há uma forte cultura favorável à assistência calcada no modelo ambulatorial tradicional e críticas quanto à presença do generalista...” (p. 155). Contudo, o autor enfatiza que o principal obstáculo é, de fato, a falta de profissionais.

2.3 Gestão, recursos humanos e controle social

A gestão em saúde envolve o reconhecimento dos serviços prestados, seu financiamento e objetivos. Segundo Kuschnir *et al.* (2012), é necessário estabelecer o perfil assistencial e as redes inter-relacionadas, sendo o gestor responsável pelo funcionamento de cada rede. A boa gestão implica na adoção de medidas e planejamento estratégico para reconhecer situações, identificar desafios, estabelecer prioridades, tomar decisões, calcular probabilidades, usufruir de indicadores e elaborar monitoramento.

Kuschnir *et al.* (2012, p. 69) argumentam que: “A organização de linhas de cuidados é possível apenas por meio da articulação entre planejamento/programação...”. Elas são medidas do planejamento, análise, detalhamento, estimativa e avaliação que proporcionam ao gestor o delineamento de medidas adequadas a realidade que se deseja alcançar.

O principal propósito da gestão em saúde é o cumprimento dos objetivos pelo qual os serviços são dirigidos, sendo assim questionamento são levantados quanto à maneira de execução destes processos, que muitas vezes são dirigidos com foco operacional e na contenção de gastos.

Para tanto, é necessária a organização das linhas de cuidado, estabelecendo prioridades, de que maneira e em que lugar se dará o cuidado juntamente com os recursos necessários e o jogo de articulação entre os poderes envolvidos na gestão. Giovanella (1990) analisa as considerações de Testa e refere sua menção dizendo que “em relação aos resultados do exercício do Poder, existe um Poder cotidiano e um Poder societário, um implicando o outro. Um poder cotidiano que se refere ao que fazer e como fazer, a cada dia, e que implica a construção da sociedade futura” (p. 145).

Em consonância ao planejamento existe a necessidade de recursos humanos adequados, para a implantação das atividades de saúde.

Gil (2005) considera de fundamental importância, a capacitação de profissionais para a atuação na AB, onde o DAB é responsável. É importante que os profissionais da ESF estejam voltados para a atenção integral à saúde, a falta de visão em comum prejudica a ação do trabalho multiprofissional, que acabam atuando de maneira desarticulada.

Para tanto, se faz necessário investimentos em recursos humanos para AB e dimensionamento adequado. A fim de atender esta demanda, o Programa *Mais Médicos* (BRASIL, 2013) surge na política nacional brasileira para superar este desafio, trazendo profissionais da América Latina, com formação específica em saúde pública e que se disponibilizam à atuar em regiões pouco procuradas pelos profissionais brasileiros.

Porém, outras medidas como, melhores estruturas e financiamentos estão sendo alocados para a concretização da AB brasileira. O que é muito pertinente e considerada um avanço, nas medidas governamentais para o acesso à saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), o fortalecimento institucional deve estar orientado para o movimento político e para a construção de alternativas que viabilizem as decisões, onde a capacidade institucional se amplia através de fóruns e pactuação por parte dos gestores. Outra medida que favorece o fortalecimento institucional reforçada pelo Ministério é “a preparação de pessoal específico e especializado”. (p. 10)

Mais um aspecto considerado relevante para a efetivação dos direitos ao acesso à saúde e seu acompanhamento, é a participação social.

Garantida por Lei (8080/90), no Cap II, Dos Princípios e Diretrizes, Art 7º, VIII, a participação da comunidade prevê o poder de participação da população no processo de construção do SUS. Esta participação ocorre por intermédio dos Conselhos Municipais de Saúde, quando houver.

Os CMS são organizados de forma nacional, estadual e municipal sendo representados pelo segmento de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e organizações. Além disso, segundo Santos (2009), a atuação dos Conselhos é critério para o repasse de recursos aos municípios.

Porém, a eleição de delegados e inscrição de participantes para as Conferências de Saúde se caracterizam na permanência de determinados grupos, como membros, seja por sua capacidade de organização e pressão, seja por abusar de sua influência política para garantir os postos. É um desafio para a gestão em saúde a reformulação no exercício da fiscalização popular aos serviços de saúde.

3. METODOLOGIA

Para a construção do projeto foram utilizadas consultas bibliográficas sobre os temas correlacionados ao objeto central, bem como o uso de informações coletadas em conversas informais com profissionais de saúde do SUS de Foz do Iguaçu, para obter dados que servissem como suporte na elaboração do projeto.

Quanto à forma de abordar o tema, de acordo com Richardson *et al.*¹ (2007, *apud* Zanella, 2012), esta pesquisa é qualitativa, também segundo Gil² (2007, *apud* Zanella, 2012), apresenta caráter descritivo, pois busca a identificação dos fenômenos que envolvem a realidade na UBS em estudo e descreve a situação na qual ela se encontra.

O foco principal das conversas foi sondar a opinião de gestores locais, servidores da UBS Vila Yolanda, de usuários da mesma e dos membros do Conselho Municipal de Saúde, sobre quais os benefícios e quais as dificuldades implicadas na implantação da ESF naquela unidade local. Uma vez com os resultados em mãos, as respostas foram aglutinadas por conteúdos específicos, de forma a montar um panorama das possibilidades potenciais no envolvimento de toda a comunidade num possível processo de implantação da ESF.

¹ RICHARDSON, R.J. *et al.* Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

² GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

4. A ORGANIZAÇÃO

4.1 Descrição geral

A Unidade Básica de Saúde da Vila Yolanda é uma entidade pública da Administração Direta Municipal de Foz do Iguaçu, gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e que atua na Atenção Básica (AB). A UBS está registrada no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos em Saúde (CNES, 2013) sob o número 2593920, e se localizada na R. Vereador Moacir Pereira, n. 900, VI. Yolanda, região 9, naquela mesma cidade.

A equipe de saúde local conta com 1 enfermeira, 4 médicos em clínica geral, 2 médicos ginecologistas obstetra, 1 médico pediatra, 1 psicóloga, 1 assistente social, 2 dentistas, 11 agentes comunitários de saúde, 4 auxiliares de enfermagem, 2 técnicos de saúde bucal, 2 auxiliares de farmácia, alguns com vínculo estatutário e outros contratados, sendo o serviço de recepção e higienização terceirizados.

A equipe atua na Atenção Básica com atendimento de demanda espontânea, ou seja, de acordo com a procura da população pela unidade. A UBS dispõe dos seguintes serviços e programas: atendimento pré-natal, imunização, coleta de exames laboratoriais (50 por dia), planejamento familiar, tratamento para tuberculose, tratamento para hanseníase, tratamento para tabagismo, tratamento odontológico e atenção em pediatria. A UBS também tem adesão ao Programa *Mais Médicos*.

Os serviços da UBS da VI. Yolanda atende a 23 bairros, inclusive alguns que compõem o corredor turístico, e são eles: Centro (Zona A+B+C+D+E+F), Jd. Esmeralda, Jd. Guarapuava II, Jd. Iguaçu, Vila Yolanda, Jd. Tarobá/Cohapar I, Vila Itajubá, Loteamento Roth, Jd. Esmeralda II, Jd. Guarapuava, Condomínio Horizontal Country Iguaçu, Jd. Naipi, Condomínio Village Iguaçu, “Invasão” Guarda Mirim ou Vila União, Vila Bancária ou “Invasão do Cemitério”, Jd. Los Angeles, Pq. M’Boicy, Vila Bom Jesus, Vila Maracanã, Vila Remigio, Vila Matilde, Jd. Cláudia e Loteamento Santos Guglielmi.

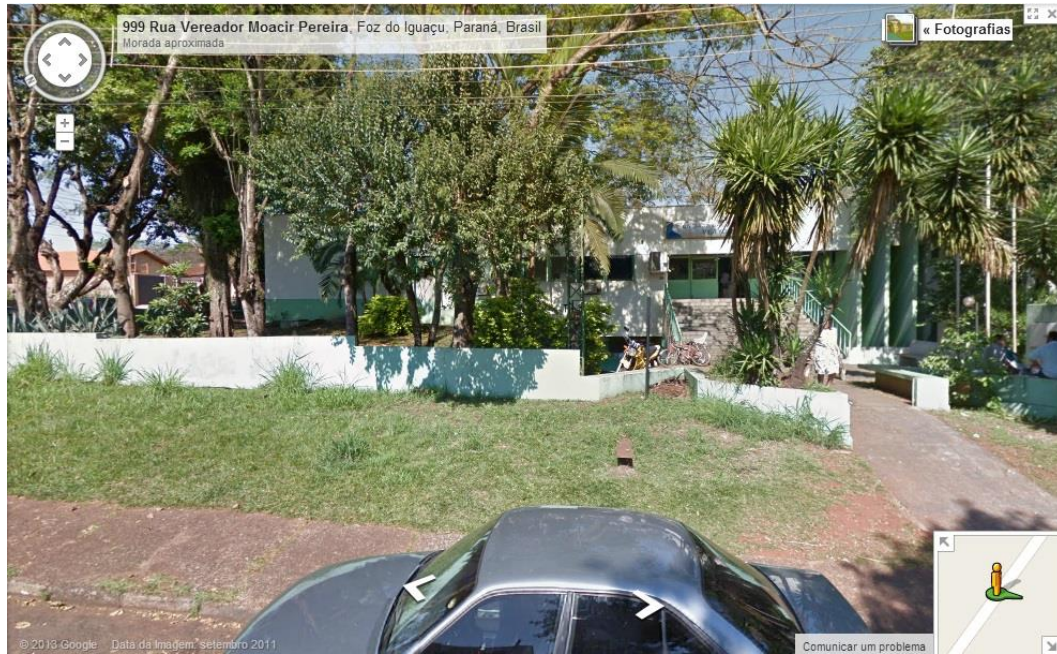


Fig. 1 - Vista da entrada principal da Unidade de Saúde da Vila Yolanda, Foz do Iguaçu-PR

Fonte: Google

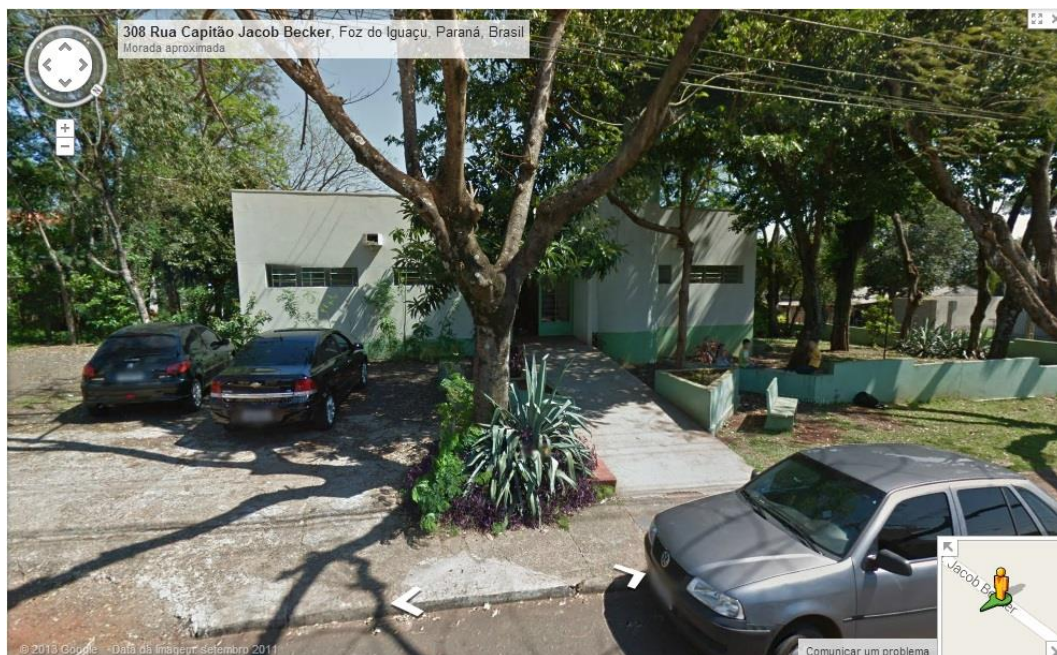


Fig. 2 - Vista da entrada lateral da Unidade de Saúde da Vila Yolanda, Foz do Iguaçu-PR

Fonte: Google

4.2 Estrutura física

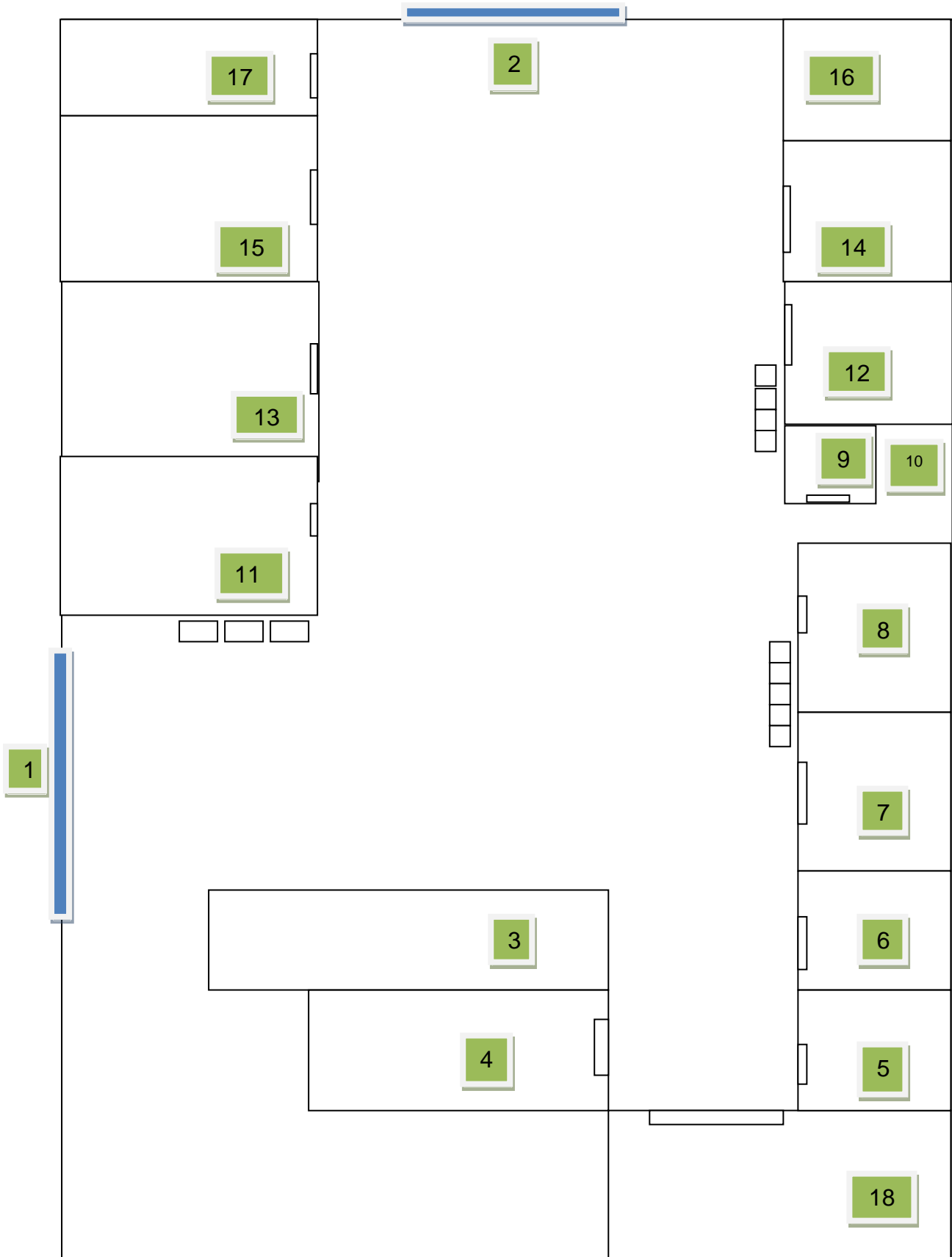


Fig. 3 – Planta física da UBS da Vila Yolanda, Foz do Iguaçu-PR

Legendas: 1 – entrada principal; 2 – entrada lateral; 3 – recepção; 4 – farmácia; 5 – lavanderia; 6 – sala de curativo contaminado e expurgo; 7 – consultório odontológico; 8 – sala de procedimentos de enfermagem; 9 – sala de triagem; 10 – sala da administração; 11 – sala de vacina; 12 – consultório de enfermagem; 13 – consultório médico; 14 – consultório médico; 15 – consultório médico; 16 – departamento de materiais esterilizáveis; 17 – banheiro para os usuários; 18 – departamento da Vigilância Epidemiológica.

4.3 Breve histórico

A UBS da Vila Yolanda foi aberta em 1996. As instalações iniciais foram em uma casa, atuando como unidade aberta e não possuía nenhum ACS no quadro dos servidores. A equipe profissional era composta por médicos, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, dentista, técnico em saúde bucal, recepcionista, estagiário e serviço de limpeza.

Os atendimentos oferecidos eram consultas médicas para as especialidades de ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínica geral, realizando procedimentos de pequena complexidade, fazendo consultas, realização de curativos (inclusive com entrega de materiais) e vacinação. Segundo a profissional de saúde que atuou nestas instalações, naquele momento os procedimentos de maiores complexidades eram encaminhados ao Pronto Atendimento Municipal 24h e ao Centro de Especialidades Médicas. Ela afirma que a instalação, em determinada ocasião, foi interdita pela ANVISA por uma série de irregularidades.

Em 2008, a UBS deslocou-se para o prédio do Centro Social Urbano (CSU), que era uma instalação à serviço, na época, do Inamps. Com instalações maiores que à edificação anterior, mas não em conformidade com o estabelecido na RDC 50 (ANVISA, 2002) que estabelece padrão para as UBS, a Unidade ampliou alguns serviços, porém sempre encontrando várias limitações causadas pela falta de estrutura adequada, recursos humanos e falhas na gestão.

4.4 Outros níveis de assistência

Os serviços de média complexidade credenciados pelo SUS no município de Foz do Iguaçu são oferecidos: pelo Pronto Atendimento do Morumbi 24h, que se localiza em distrito próximo à UBS da VI. Yolanda; pelo Pronto Atendimento 24h, localizado no centro da cidade; pelo Poliambulatorio, localizado no bairro Porto

Meira; pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) João Samek 24h, localizada no bairro Curitibaanos. Apesar do aporte quanto aos serviços de média complexidade, contudo o que ocorre, na APS são as enormes filas para atendimento, a ausência de profissionais e a escassez de materiais, demonstrando a ineficiência do serviço.

Segundo a enfermeira que atua na UPA, são vários os casos clínicos que poderiam ser atendidos na UBS, mas, por uma série de fatores, esses pacientes procuram os atendimentos de emergência e sobrecarregam as atividades e a qualidade daqueles serviços.

Já os serviços de alta complexidade credenciados pelo SUS são oferecidos pelo Hospital Municipal Padre Germano Lauck, localizado na região central da cidade, sendo um hospital de médio porte e que oferece serviços de clínica médica, ortopedia, pediatria e cirurgia.

Os serviços de média e alta complexidade em nefrologia, obstetrícia, cardiologia e oncologia são prestados pelo Hospital Ministro Costa Cavalcanti, um hospital privado conveniado ao SUS e que é referência nestes serviços. A população usufrui também do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que conta com ambulâncias, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem para a prestação de seus atendimentos.

O que acontece no cenário da gestão pública na cidade é a troca de gestões de governo que demonstram falta de qualidade na governabilidade. Os serviços, principalmente os de saúde, sempre apresentaram grandes filas e muitas reclamações agora falta na continuidade dos serviços, de garantia de materiais e medicamentos, de pagamento de profissionais e de enfrentamento à insatisfação geral da população, comprometem a saúde pública municipal, segundo o CMS do município.

Os serviços de atenção à saúde do município ainda compreendem a saúde mental (CAPS I, II e Álcool-Drogas) e vigilâncias em saúde (bem como, epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador e saúde ambiental). A mais estruturada é a vigilância epidemiológica, contando com profissionais diversificados, capacitação e apoio psicológico aos profissionais. A vigilância sanitária conta também com equipe diversificada e ampla estrutura física, já a atenção à saúde do trabalhador e saúde ambiental funcionam como um setor da vigilância sanitária.

O Conselho Municipal de Saúde deixou de encaminhar a realização da Conferência Municipal de Saúde deste ano de 2013, por circunstâncias ligadas ao

fato de que a nova direção que assumiu o hospital público da cidade estar envolvida em várias irregularidades. Reuniões extraordinárias estão acontecendo com frequência, denúncias foram e estão sendo feitas ao Ministério Público, o que envolve a participação instigante do CMS segundo conselheira.

O CMS realizou sua primeira ata em 1992 e, desde então, realiza conferências bianuais, exceto este ano.

Atualmente, o CMS conta com 32 membros e seus respectivos suplentes, representando tanto os usuários do SUS, como os trabalhadores da saúde, os prestadores de serviço e a administração pública.

A região da VI. Yolanda e demais bairros adjacentes que utilizam dos serviços da UBS da VI. Yolanda, não possui Conselho Local de Saúde. Contudo o CMS situa-se na mesma edificação que a UBS, o que pode favorecer a participação da população local nas reuniões.

5. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

5.1 Quadro geral da ESF no município

A etapa de diagnóstico da situação da unidade foi realizada através de visita ao local, encontro com os profissionais da unidade, com usuários e com membros do Conselho Municipal de Saúde, do Departamento de Atenção Básica e com gestores locais.

A Atenção Básica do município de Foz do Iguaçu está distribuída em 4 Núcleos de Saúde que atuam com o PACS e em 23 UBS, onde 14 delas, ou seja, 61% da rede, possuem adesão ao PSF, segundo o Departamento de Atenção Básica (DPAB).

Dessas UBS, 13% se utilizam de instalações que não estão em conformidade com o modelo estabelecido pela RDC 50/2002 dispondo que:

Todos os projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde - EAS deverão obrigatoriamente ser elaborados em conformidade com as disposições desta norma... compreendendo:

- a) as construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde de todo o país;
- b) as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes;
- c) as reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes e os anteriormente não destinados à estabelecimentos de saúde." (ANVISA, 2002).

Na UBS existem duas portas de acesso, uma que é a principal, e que conduz diretamente à recepção; a outra porta de entrada é lateral, dando acesso ao corredor onde estão distribuídas as salas de atendimento, o que atrapalha o desenvolvimento das atividades dos profissionais com fluxo transitório pelos mesmos corredores que a população usuária utiliza.

Atuando com o PACS, a ESF enfrenta grandes limitações na programação e planejamento das suas atividades, dispondo de 11 ACS para realizar atendimento a 23 bairros e apenas de uma enfermeira para a realização das atividades de supervisão, consultas e outros processos burocráticos envolvidos. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), cada ESF deve contar com 1 médico, 1 enfermeiro, auxiliar de enfermagem e sete ACS, sendo responsável pelo número máximo de 4.500 pessoas.

Em conversa com moradores de 5 bairros distintos, que residem a mais de 5 anos em determinada localidade, se relatou que, até então, eles não haviam recebido visita de um ACS em suas residências.

Os bairros que compõem o território de cobertura da UBS da Vila Yolanda possuem populações com perfil social bem divergente.

A enfermeira relatou considerar importante que seja implantada a ESF para melhorar a organização e planejamento das atividades de serviço, tendo por base uma dada população. A procura de atendimento pela população de outros bairros fora da cobertura daquela UBS é frequente e exerce influência na demanda dos serviços. Sendo assim, além de não saber quem e quantos clientes são esperados no dia, a UBS sofre uma sobrecarga de tarefas oriundas de outros territórios que possuem ESF, sugerindo falhas por parte das equipes de ESF já existentes.

No contexto atual, as atividades dos profissionais contemplam a concretização da AB com falta em recursos instrumentais, dificuldades de infraestrutura, insuficiência de recursos humanos e de logística. Superar estes desafios na busca de uma atenção à saúde de qualidade é papel primordial do gestor em saúde, dado que:

Causas estruturais: falta de prioridade política para o setor, como baixos salários, baixo investimento, corrupção; em clientelismo político, o que permite a existência de maus gestores e a falta de critérios na fixação de prioridades; em controles burocráticos que vêm ao encontro com o pensamento burocrático... (NUNES³, 1998, *apud* AZEVEDO NETO, 2010).

O desconhecimento da comunidade sobre os serviços oferecidos pelo equipamento público de saúde oportuniza a ideia, por parte dos usuários, de que há falta de assistência.

Em conversa informal com os demais profissionais da Unidade, alguns consideram muito importante a adesão ao PSF, pois, ambas as partes seriam beneficiadas: a população, por ter um serviço de saúde mais acessível, e a equipe de servidores, por delimitar e conhecer mais profundamente a realidade da população, podendo com isso atuar de forma mais qualificada.

³ NUNES, J. M. Gestão do provimento de recursos e das atividades-meio. *In*: BARBOSA, P. R. *et al.* *Gestão operacional de sistemas e serviços de saúde*. Curso Gestão em Saúde. EAD/ENSP/FIOCRUZ, 1998. p. 177-190.

Alguns profissionais relataram preferência do serviço como está atualmente, pois a procura pelos serviços da UBS se dá por quem efetivamente dele precisa, pois acreditam que os pacientes não recebem atendimento na unidade de saúde do seu bairro e relataram também não acreditar no funcionamento da ESF.

5.2 Controle Social

Segundo a conselheira executiva do CMS - ao mostrar o quadro de enfermeiros do município e sua distribuição - a falta de dimensionamento adequado daquele profissional está comprometendo a oferta e qualidade de serviços na AB.

A falta de orientação quanto aos serviços oferecidos pela US, bem como os dias da semana, profissionais, serviços e programas disponíveis refletem em uma procura ociosa.

Tendo em vista as informações coletadas e situações observadas, se justifica a importância da concretização da ESF para a efetivação de uma assistência à saúde pública eficiente.

Para saber a posição do Conselho Municipal de Saúde em relação à possibilidade de expansão e consolidação da ESF, se encontrou muitas dificuldades, pois, os membros estavam envolvidos com os desdobramentos de gestão de uma OSCIP⁴ que assumiu a direção do Hospital Municipal, Padre Germano Lauck, e que apresentou várias irregularidades, acarretando na falta de atendimentos. Foram feitas várias tentativas de entrevistas e pedidos de informações à presidência do CMS, mas sem retorno. E, por conta dessas resistências, não foi possível tomar conhecimento da posição do CMS em relação ao ESF.

Porém foi possível a opinião isolada de conselheiros. Ao coletar informação com conselheiros atuantes há mais de 8 anos, representantes do segmento dos trabalhadores de saúde, muitos deles de origem no movimento sindical e também representantes de ONGs, todos julgaram importante a consolidação da ESF.

⁴ OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, entidade criada com a Lei no. 9790, de 23 de março de 1999, no governo de Fernando Henrique Cardoso. As OSCIPs são ONGs criadas por iniciativa privada, sem fins lucrativos, e que se propõem a prestar assistência à saúde, devendo, em tese, comprovar o cumprimento de certos requisitos, especialmente aqueles derivados de normas de transparência administrativas. Para muitos autores, no entanto, elas são um instrumento do ideário neoliberal, para desresponsabilizar a administração estatal de prestar serviços diretamente à população, e com isso diminuindo o tamanho da esfera pública, como aquele ideário prega. São inúmeros, na mídia, os casos de corrupção, desvios e desvio de funções encontrados em OSCIPs.

Segundo eles, a falta de capacidade da gestão impede que as equipes de Saúde da Família que já atuam possam trabalhar de maneira eficaz. Por isso, a conselheira executiva avalia que é necessário o interesse da gestão municipal quanto à melhoria da qualidade da Atenção Básica no município.

A falta de CLS dificulta o conhecimento das dificuldades e limitações encontradas pela comunidade, pois é de grande importância a participação deste na construção da saúde pública local. E o CLS permite a discussão entre os indivíduos envolvidos.

6. PROPOSTA

6.1 Desenvolvimento da proposta

- Esclarecer a respeito dos benefícios, para os profissionais e comunidade, da adesão à ESF;
- Estimular os profissionais na adesão à ESF;
- Despertar nos gestores a disposição para a superação de desafios;
- Colaborar no processo de conhecimento e envolvimento da comunidade na construção da saúde local e CLS;

6.2 Plano de implantação

Um plano, como refere Dagnino, (2012, p. 143), “é uma construção que implica em uma estratégia e um conjunto de táticas a implementar e que demanda gente em condições de realizar e de coordenar as ações a serem executadas”. Essas são medidas utilizadas para mudar determinada conjuntura, analisando todos os contextos que envolvem a situação.

Nesta perspectiva, algumas estratégias para a implantação da ESF na UBS da Vila Yolanda seriam:

- Sensibilizar os profissionais e usuários da UBS quanto à importância da adesão ao PSF;
- Sensibilizar o gestor local quanto à importância da consolidação do PSF para aquela região e impacto na saúde pública municipal;

- Solicitar junto a CMS a necessidade da descentralização da saúde para aquela localidade para que seja colocada em discussão na agenda política.
- Promover debates no Conselho Municipal de Saúde estimulando o segmento dos trabalhadores de saúde e dos usuários a se posicionarem de forma favorável à implantação da ESF.
- Atuar junto a alguns vereadores da cidade, notadamente o(s) representante(s) do bairro, subsidiando-o(s) com informações e dados sobre a ESF.

6.3 Recursos

- Para a implementação do plano se torna necessário o diálogo com os profissionais da UBS, utilizando dados do MS, do SUS e fundamentos da Constituição Federal para justificar a importância da ESF, valendo-se de 1 computador, papéis impressos, sala para diálogo, sendo a autora deste projeto a pessoa disponível para desenvolver tal processo.
- Da mesma forma, marcar uma reunião com a Secretária Municipal de Saúde, para ressaltar a importância da grande necessidade que existe na UBS para a execução das atividades sob a modalidade da ESF. Para essa reunião, convidar também a gerente atual da UBS.
- Organizar um processo de orientação da população quanto à importância da ESF e do fortalecimento da participação de seus representantes – ou mesmo da participação direta de moradores mobilizados especificamente para tal - nas reuniões do CMS e na Conferência Municipal de Saúde. Para essa etapa, valer-se das visitas dos ACS nas residências, estimulando a participação e envolvimento com o tema.
- Solicitação à Secretária Municipal de Saúde e também a atores políticos envolvidos no processo de liberação de verbas, para viabilizar a construção ou reforma, se necessário, da UBS da Vila Yolanda, bem como para garantir a contratação de recursos humanos.

- Sugerir a solicitação, por parte da gerente da UBS, à direção municipal de AB para realizar dimensionamento real de servidores da Atenção Básica, a fim de resolver as disparidades de trabalho, como o excesso de envolvimento por certos profissionais, enquanto outros ficam mais ociosos.

6.4 Resultados esperados

- Expansão da ESF no município de Foz do Iguaçu;
- Contribuir no processo de descentralização da saúde;
- Introduzir a discussão na agenda política da nova construção ou reforma da UBS Vila Yolanda;
- Promover o acesso à saúde para a comunidade local;
- Aumento do quadro de funcionários, a fim de formar, pelo menos, 2 equipes de Saúde da Família;
- Melhorias na qualidade na execução das atividades e atendimento na US Vila Yolanda;
- Aumento da satisfação dos usuários da UBS;
- Possibilidade de estabelecer índices locais, comparando o número de atendimentos anteriores com os realizados por apenas uma enfermeira na UBS;
- Redução do tempo de espera dos pacientes;
- Nível de orientação e acesso à saúde pela população através da procura orientada pela Unidade;
- Potencializar, em qualidade, a cobertura realizada pelos ACSs;
- Estimular a participação política das comunidades locais, incentivando seu envolvimento com as diversas etapas dos serviços de saúde: planejamento, acompanhamento da execução e avaliação.
- Favorecer a criação de CLS;

6.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

- Resistência ou descrença, por parte da gerência da Unidade, em solicitar mudanças.
- Descompromisso das autoridades quanto à contratação de mais profissionais de saúde, para a realização adequada dos atendimentos na UBS quando o caso, reforçar a falta de gestão presente que dificulta o desempenho da UBS através da falta de dimensionamento e profissionais.
- Resistência e/ou descrença dos profissionais quanto à mudança, pois este processo resulta em maior aproximação e envolvimento com a população, exigindo de todos mais habilidades políticas do que as exigidas numa UBS.
- Finalmente, a resistência possível por parte da própria população, já que o modelo de atenção privilegiado pela ESF também cobre uma mudança cultural frente aos problemas de saúde, exigindo, por exemplo, um maior envolvimento com as questões preventivas.

7. CONCLUSÃO

A Estratégia de Saúde da Família ainda é a melhor forma para buscar efetivamente a descentralização do SUS. Já está bastante evidente a fragilidade do sistema tradicional de atenção. No entanto, a implantação da ESF é um enorme desafio para saúde do país, pois ele exige que o SUS seja encarado como política verdadeiramente pública, ou seja, que deve ser assumida diretamente pelo Estado. Este desafio se torna especial ainda mais quando se refere em mudar comportamentos de profissionais e de usuários, alimentados pelas práticas da medicina curativa. A fim de transformar esta realidade, é necessário comprometimento e dedicação por parte de todos os segmentos envolvidos neste processo: grupos organizados da população, trabalhadores de saúde e gestores públicos.

Os profissionais e usuários da UBS da Vila Yolanda, em sua maioria, em que pesem algumas posições discordantes, demonstraram grande interesse na implantação da ESF. Eles acreditam que a existência de mais profissionais para atendimento de saúde – curativo e preventivo - é o principal fator na concretização do exercício do direito à saúde de qualidade.

Quanto à estrutura física, os atores ouvidos acreditam que este não deveria mais ser assunto de pauta, mas sim uma medida que já deveria estar resolvida, devido ao histórico que a primeira instalação da UBS teve, com várias notificações da Vigilância Sanitária.

Contudo, como argumenta Dagnino (2012, p. 102), “um projeto de governo transformador, que expressa uma grande ambição do ator social de mudar a situação previamente existente, exigirá alta governabilidade”; então, portanto, não entra apenas em jogo o apoio político, mas também a capacidade do governante em cumprir as políticas públicas para atenção das necessidades básicas da população, motivo pelo qual ela, população, o elegeu.

Tendo em vista que toda mudança apresenta desafios e benefícios - e a descentralização da saúde é maior benefício para a população - profissionais pouco preocupados ou desmotivados não se empenham em favor do fortalecimento do SUS, e, portanto, a melhoria das condições de trabalho é uma medida que também deve ser trabalhada com prioridade.

E para concluir, é preciso superar uma compreensão muito difundida pelo pensamento mercantil, de que recursos aplicados em saúde são recursos “perdidos”, já que eles não trazem o retorno que tradicionalmente é esperado na lógica dos negócios. Ultrapassar essa compreensão, além de uma tarefa política, requer uma mudança cultural, o que exige um envolvimento radical de todos os envolvidos.

8. REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da administração pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., 2007. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/rap/v41nspe/a05v41sp.pdf>>. Acesso em: 8/12/2013.

ANVISA. Legislação em Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC Nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50%2C+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 10/12/2013.

AZEVEDO NETO *et al*, Francisco de Paula Bueno de. **Gestão logística em saúde.** Florianópolis: UFSC: Departamento de Ciências da Administração; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

BARBOSA, Pedro Ribeiro; CARVALHO, Antônio Ivo de. **Organização e funcionamento do SUS.** Florianópolis: UFSC: Departamento de Ciências da Administração; [Brasília]: CAPES: UAB, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/carlospolcarpo/manual-esf-psf-ministerio-da-sade>>. Acesso em: 10/12/2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 52/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n 1 a 6/94. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde.** Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf>. Acesso em: 13/01/14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano nacional de saúde – PNS: 2012 – 2015.** Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 7/10/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 26/01/14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plano nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em saúde) Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 1/11/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5953-como-funciona-o-programa>>. Acesso em: 18/12/2013.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. 2. ed. Florianópolis: UFSC: Departamento de Ciências da Administração; [Brasília]: CAPES: UAB, 2012.

COELHO, Ricardo Corrêa. **Estado, governo e mercado**. 2. ed. Florianópolis: UFSC: Departamento de Ciências da Administração, 2012.

CNES. DataSUS. CnesWeb: **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2013. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=4108302593920>. Acesso em: 16/10/2013.

DAGNINO, Renato Peixoto. **Planejamento estratégico governamental**. 2. ed. Florianópolis: UFSC: Departamento de Ciências da Administração, 2012.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar-abr, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n2/15.pdf>>. Acesso em: 9/12/2013.

GIOVANELLA, Lígia. **Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, abr-jun 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1990000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 9/12/2013.

JERONIMO, Rosângela Aparecida Sala (Org.). **Expert enfermagem: perguntas e respostas comentadas que abrangem mais de 20 matérias para exames e concursos**. 3. ed. São Paulo: Rideel, 2010.

KUSCHNIR, Rosana Chigres *et al.* **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 2. ed. Reimp. Florianópolis: UFSC: Departamento de Ciências da Administração; [Brasília]: CAPES: UAB, 2012.

LEITE JÚNIOR, Alcides Domingues. **Desenvolvimento e mudanças no estado brasileiro**. 2. ed. Florianópolis: UFSC: Departamento de Ciências da Administração; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

NEMES FILHO, Alexandre. **Breves reflexões sobre o programa saúde da família... Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 5, n. 9, p. 154-156, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/13.pdf>>. Acesso em: 8 dez 2013.

RONZANI, Telmo Mota; STRALEN, Cornelis Johannes van. **Dificuldades de implantação do programa de saúde da família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro**. Rev. APS, Juiz de Fora-MG, v. 6, n. 2, p. 99-107, jul.-dez. 2003. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia2.pdf>>. Acesso em: 5/12/2013.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Isabel Maria. **Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens**. Saúde e Sociedade. Vol.10, n.1, p. 33-53. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>>. Acesso em: 14/12/2013.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **O Estado e os problemas contemporâneos**. Florianópolis: UFSC: Departamento de Ciências da Administração; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

VIANA, Ana Luiza Dávila; POZ, Mario Roberto Dal. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Rev. Saúde Coletiva. 15(Suplemento): 225-264. PHYSIS: Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>>. Acesso em: 26/1/14.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia da pesquisa em administração**. 2. ed. Florianópolis: UFSC: Departamento de Ciências da Administração, 2012.