

GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF): ESTUDO DE CASO NO PSF DE APIACÁ-ES

Mariana Bartholazzi da Silva

Universidade Federal Fluminense - UFF
mptbs@hotmail.com

Cristiano Souza Marins

Mestre em Engenharia de Produção/ Universidade Federal Fluminense – UFF
cristianosouzamarins@yahoo.com.br

Rodrigo Resende Ramos

Mestre em Engenharia de Produção/ Universidade Federal Fluminense – UFF
universolrrr@hotmail.com

Edson Terra Azevedo Filho

Doutor em Sociologia Política/ Universidade Candido Mendes – UCAM
edsonterrafilho@gmail.com

RESUMO

O presente artigo, cujo principal objetivo foi analisar as dificuldades, desafios e perspectivas do gestor e das Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) para trabalhar no contexto de precariedade do SUS, discutindo a funcionalidade dos serviços prestados e o atendimento à população, se insere, de forma geral, na gestão da saúde, com a pretensão de identificar a importância da atuação do Gestor em Saúde na aplicação dos serviços prestados no Programa Saúde da Família (PSF), evidenciando seu caráter concretizador dos princípios do Sistema Único de Saúde. A partir da NOB 96, há um processo de estruturação dos PSF's e da articulação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) num trabalho de delimitação de território e identificação das doenças de determinada área, ofertando um maior acesso da população à rede de serviços presentes no município, configurando-se como porta de entrada dos usuários ao serviço de saúde. Neste trabalho, foi realizado um estudo de caso no PSF do município de Apicá-ES, com o objetivo de identificar o olhar dos usuários sobre os serviços de saúde ofertados.

PALAVRAS CHAVE: Sistema Único de Saúde (SUS), gestão, Programa Saúde da Família (PSF), Constituição Federal, Norma Operacional Básica (NOB), Apicá.

1. INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS (Sistema Único de Saúde) teve como diretrizes: universalização, integralidade, descentralização, equidade, hierarquização e participação da comunidade. Assim, o processo de construção do SUS tem em vista a redução da distância existente entre os direitos sociais e a efetiva oferta de serviços e ações de saúde pública oferecidas à população.

Os conceitos de descentralização e regionalização foram incorporados às diretrizes operacionais do SUS, todavia eles não operaram no mesmo sentido ao longo do tempo. Em muitos casos foram tratados de

maneira antagônica, tomando a regionalização como um instrumento da descentralização, promovendo um modelo no qual a atenção médica é expandida sem articulação regional. (REIS, et al., 2010, p. 25)

O Programa Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, inspirado em experiências de saúde pública de outros países como Inglaterra, Cuba e Canadá, entre outros. Fundamentou-se como um marco no setor saúde ao atender a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, ao se tornar o veículo concretizador da promoção, proteção e recuperação da saúde.

Desta forma, o PSF (Programa Saúde da Família) representa uma alternativa para a organização dos serviços de saúde, cuja principal mudança é o foco na atenção, tendo a família como espaço principal de atuação. Representa ainda uma estratégia para promover mudanças no modelo de assistência a saúde, permitindo que sejam colocados em prática os princípios do SUS, tendo como ponto central a criação de laços entre os profissionais, possibilitando um trabalho interdisciplinar. Assim, o gestor deverá delinear a gerência do PSF baseando-se em um olhar intersetorial, para que os usuários tenham acesso a um serviço de saúde de qualidade e adequado a sua realidade.

Neste sentido, o presente trabalho, que teve como principal objetivo análise do papel do gestor no Programa Saúde da Família e o acesso da população aos serviços de saúde, partindo da compreensão do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), visa contribuir para uma reflexão da forma como os usuários do SUS enxergam seu acesso à saúde, se de fato se constitui de forma universal e igualitária. Este trabalho se justifica por oportunizar uma reflexão da construção do PSF no Brasil, desde a sua criação até a sua aplicabilidade. Assim, por meio deste estudo, pretendemos levar o leitor a refletir sobre o processo de criação do SUS e os meios que são utilizados para que a população tenha acesso aos serviços ofertados.

A importância do tema deste estudo está no fato de poder expor a concretização de um direito previsto na Constituição Federal, que é o direito a saúde, compreendendo os princípios do SUS e o trabalho realizado pelos PSF's, que são a porta de entrada dos usuários no atual sistema de saúde brasileiro.

Além da presente seção, esse trabalho está organizado da seguinte forma: “Contextualizando o Sistema Único de Saúde (SUS)”, onde é feita uma abordagem da criação do SUS e sua organização, destacando seus princípios e diretrizes. Num outro tópico, “Gestão em Saúde Pública e o Programa Saúde da Família (PSF)”, há uma discussão do funcionamento dos PSF's e o acesso que a população tem dos serviços de saúde ofertados, posteriormente, há a descrição da metodologia utilizada, bem como os resultados do estudo de caso realizado no PSF de Apiacá-ES.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Com o objetivo de embasar a proposta teórica e metodológica apresentadas, foi utilizada pesquisa bibliográfica de autores como Reis (2010), Bravo (2001), Mota (2008), dentre outros. Além do levantamento bibliográfico, foi realizado um estudo de caso no PSF do município de Apiacá-ES, com a finalidade de identificar a forma como os usuários identificam os serviços de saúde ofertados.

2.1 Contextualizando o Sistema Único de Saúde (SUS)

Nos anos da década de 1980, a sociedade brasileira vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditador que havia se instaurado em 1964. Um fato que marcou a discussão da questão Saúde no Brasil, foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Segundo Mota et al.(2008), a 8ª Conferência representou um marco, uma vez que introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade, pois os debates tiveram a participação das diversas entidades representativas

da população, entre elas moradores, sindicatos, associações de profissionais, entre outros. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se com a promulgação da Constituição Federal de 1988, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com a participação da comunidade.

A concepção abrangente de saúde assumida na Constituição Federal de 1988, através da determinação da implantação do Sistema Único de Saúde, foi um importante passo para uma mudança significativa no modelo assistencial e na tradução das necessidades de saúde da população brasileira. Esta concepção de saúde ganha fundamental importância com a difusão do conceito ampliado de saúde; nele, o conceito de saúde passa a ser relacionado com as condições sócio-históricas, considerando o processo saúde-doença enquanto

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.[...]Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1986, p. 110)

O Sistema Único de Saúde segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Refere-se a um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum que é a promoção e recuperação da saúde. Sua construção se norteia através de princípios e diretrizes que são:

-Universalidade: o SUS deve atender a todos sem distinções, de acordo com suas necessidades, gratuitamente. Todas as pessoas têm direito a saúde, pois é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal. (MATOS, 2003, p. 100-108)

-Equidade: Todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido e acolhido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população há diferenças em relação ao modo dos grupos viverem, adoecerem como também diferentes oportunidades de satisfazerem suas necessidades de vida. Desta forma, os serviços de saúde devem reconhecer e acolher essas diferenças, e trabalhar para atender a cada necessidade, com respostas rápidas e adequadas, diminuindo as desigualdades existentes na qualidade de vida e saúde de diferentes camadas sócio-econômicas da população.

-Integralidade: O atendimento às necessidades de saúde deve entender o homem enquanto uma totalidade, por isso é direito de todo cidadão ser atendido na íntegra em suas necessidades com articulação entre a assistência preventiva e curativa. As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a proteção, recuperação e reabilitação das condições de saúde dos cidadãos, buscando maior autonomia dentro das especificidades de sua situação.

-Regionalização: É a articulação entre a rede de serviços de uma determinada região à rede de serviços já existente. A rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica e sanitária, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar. Os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade, que norteiam sua hierarquização, enquanto facilitador do acesso aos serviços públicos de saúde.

-Hierarquização: Mostra a necessidade do SUS ser operado com racionalidade de meios e fins, instrumentalizando-o a partir de um processo de planejamento das ações e serviços de saúde, que sejam estruturados de maneira que haja uma ordenação da prestação de acordo com as demandas apresentadas.

-Resolutividade: O SUS deve resolver dentro do limite de sua complexidade e capacidade tecnológica os problemas de saúde que levam um paciente a procurar os serviços oferecidos em cada nível de assistência. Precisa enfrentar os problemas relacionados ao impacto coletivo sobre a saúde, a partir da idéia de que os serviços devem responsabilizar-se pela vida dos cidadãos de sua área ou território de abrangência, resolvendo-os também até o nível de sua complexidade.

-Descentralização: Os serviços e ações de saúde devem ser distribuídos conforme sua proximidade com o cidadão, privilegiando o planejamento da esfera local, sem com isso, desobrigar os estados e o governo federal. A descentralização é uma redistribuição das responsabilidades de ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde, pois as transferências passaram a ser “fundo a fundo”, ou seja, baseadas em sua população e no tipo de serviço oferecido, e não no número de atendimentos.

-Participação popular: A sociedade civil participa na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde executando o exercício de controle social. Essa participação se dá através de Conselhos Municipais de Saúde, onde se consolidam a municipalização das ações de saúde, tornando os municípios gestores administrativos financeiros do SUS. (Ibid)

O SUS representa uma grande conquista em toda a história da saúde no país; seus serviços e ações constituem-se como dever do município, do Estado e da União que atuam dentro da perspectiva descentralizadora por meio da regionalização e municipalização dos serviços. O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade foi a maior conquista do Sistema Único de Saúde quanto ao direito constitucional. Essas ações e serviços de saúde pública são pagos pelos recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988, p.125). Portanto, este modelo de política de saúde é constituído por um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]”, onde os recursos são depositados obrigatoriamente numa conta específica para cada esfera de atuação, sendo fiscalizados pelos respectivos conselhos federal, estaduais e municipais de saúde, que podem deliberar, através de um consenso acerca da aplicação de tais recursos, de acordo com as necessidades da sociedade. (Ibid, p. 126)

O processo de implantação do SUS passa hoje por grandes desafios que se refletem em intensos debates com a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação. Para Campos (2006, p. 143) o Sistema Único de Saúde brasileiro é alvo de dificuldades. Percebe-se uma reforma incompleta que se depara com o paradoxo de pretender implantar uma política universalista em um contexto de ajuste econômico muito forte. Com a presença do Estado na saúde, houve a adoção de um sistema de proteção social seletivo, que se tornou um sistema fragmentado destinado aos que não têm acesso ao mercado privado.

A saúde pública brasileira vive um cenário de muitas precariedades: não há investimento em recursos humanos, nem materiais; a prestação de serviços é desproporcional à demanda, além da reincidência de doenças que eram consideradas como controladas. Ocorre um grande descompasso entre a demanda e a oferta, há dificuldades políticas de sustentar o destino dos recursos financeiros necessários ao cumprimento da responsabilidade do Estado em garantir acesso às ações e serviços de saúde e em estimular qual seria o volume de recursos necessários para suprir essas necessidades.

Em relação ao atendimento, muitos municípios enfrentam diversas dificuldades de operacionalização, principalmente os de pequeno e médio porte, ocorrendo entraves em relação aos requisitos de informação, como também, em outras áreas da atividade gerencial, como o planejamento e a gestão de recursos financeiros e humanos. A escassez de recursos financeiros é o limitador mais claro, sendo preocupação de todos os gestores, pois se reflete em implicações tanto para os recursos financeiros repassados pela esfera federal, estadual, como para os recursos próprios da municipalidade. (COSTA, 2000, p. 47)

O Ministério da Saúde, neste contexto, precisa adquirir um papel de extrema relevância, de instrumentalizar Estados e Municípios para a organização dos sistemas funcionais de saúde que garantam acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para resolver os problemas de saúde, melhorando os recursos disponíveis e reorganizando a assistência, favorecendo a mudança no perfil da saúde da população brasileira. (Ibid)

Muitas análises e esforços para aprimorar o sistema têm se focado no funcionamento interno do SUS e nas suas condições de operação relacionadas, principalmente quanto ao financiamento, à capacidade de gestão e a definição dos fluxos assistenciais. Entretanto, há que se discutir a política de saúde do país no seu conjunto, o que requer decisões e ações voltadas tanto para o segmento público (SUS), quanto para o segmento privado da assistência à saúde.

Não há dúvidas de que o Sistema Único de Saúde representa uma grande conquista política, todavia, há que se considerar que seu bom funcionamento só será possível se houver uma contínua participação popular e controle social, ou seja, se os interessados em seu funcionamento fiscalizarem e ajudarem a melhorar as ações e serviços de saúde a serem executados, daí a importância das Conferências de Saúde e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que são espaços para a participação popular.

2.2 Gestão em Saúde Pública e Programa Saúde da Família: o acesso da população aos serviços de saúde

Para contribuir com a efetivação do SUS e com a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, são instituídas as Normas Operacionais Básicas (NOB's) como instrumentos reguladores desse processo. Ao editar as NOBs, o Ministério da Saúde reforça o poder e a função do governo federal na regulamentação da direção nacional do SUS. É lançada então em 1991 a primeira NOB, que apresenta dois importantes retrocessos em relação a certas expectativas legais abertas na Lei Orgânica da Saúde, pois não consegue regulamentar as diretrizes do financiamento a partir do pagamento por procedimentos e de forma convencional, transformando os sistemas estaduais e municipais de saúde em prestadores de serviços, limitando suas prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo.

Com a NOB 93, um dos objetivos foi recuperar esta prerrogativa adotando como questão central a municipalização dos serviços, estabelecendo situações transitórias de gestão incipiente, parcial e semiplena, que apontassem para uma conjuntura mais definitiva, em que o município pudesse assumir o papel de gestor pleno do sistema, se consolidando a nível estadual e nacional na relação inter gestora das Comissões Bipartides e Tripartides, sob o controle social dos Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo e paritário em cada nível de governo.

A NOB/96 estabeleceu para o Ministério da Saúde quatro papéis básicos: exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional; promover condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais de modo a conformar o SUS Estadual; fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo assim o SUS nacional; e exercer as funções de normatizações e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS. (BRASIL, NOB/SUS 01/96). De acordo com Bravo e Matos (2001, p. 209), a NOB-96, ao destacar os PSF's e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), representa uma orientação focal, priorizando a atenção básica deslocada da atenção secundária

e terciária, fazendo com que fique subentendido a divisão do SUS em hospitalar (de referência) e básico (através de programas focais).

A NOB/96 constituiu ainda em relação ao financiamento federal do SUS, as Transferências Regulares e Automáticas Fundo a Fundo e a Remuneração por serviços produzidos, para a assistência hospitalar e ambulatorial, para as ações de vigilância sanitária e para as ações de epidemiologia e de controle de doenças, mantendo neste último caso, a modalidade de Transferência por Convênio.

As instâncias básicas para viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores, são os fóruns de negociação integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos Gestores estadual e municipal – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos conselhos de saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade. (BRASIL, NOB/SUS/98)

Uma das mudanças introduzidas pelas NOB's foi o Programa Saúde da Família (PSF), que adota a diretriz de vínculo, com o trabalho centrado no território, tornando-se a porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde. Começou a ser introduzido no Brasil no início dos anos da década de 1990, sendo atualmente considerado o principal componente das ações de atenção básica à saúde. É voltado para o trabalho com equipes multiprofissionais, trazendo um novo modelo de operar o trabalho em saúde, tendo como principal foco a família.

O objetivo do programa foi implementar os princípios do SUS de integralidade, equidade, participação popular e universalidade. Em 1991 surge no cenário da saúde no país o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), configurando uma estratégia de proporcionar a população acesso e universalização ao atendimento à saúde, descentralizando as ações. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) exerce a função de elo entre a equipe e a comunidade, convivendo com seu cotidiano, ficando mais próximo dos usuários.

As principais responsabilidades das equipes do PSF são: conhecer a realidade das famílias e identificar os problemas mais comuns e situações de risco; executar os processos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica; garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, visando promover a saúde por meio da educação sanitária; promover ações intersetoriais e parcerias com as organizações existentes nas comunidades para o enfrentamento conjunto dos problemas; discutir junto com a equipe e com a comunidade o conceito de cidadania, enfatizando o direito à saúde; incentivar a formação e participação nos conselhos locais de saúde. (Brasil, 2000, p. 26)

Em relação à Gestão do PSF, Santos et al. (2009, p. 54) aponta que:

[...] o primeiro problema apresentado na sua organização diz respeito ao alto grau de denormatividade na sua implantação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde. Estas normas deverão ser seguidas [...] pelos municípios, sob pena daqueles que não se enquadrarem nas orientações ministeriais, ficam de fora do sistema de financiamento das equipes de PSF.

Desta forma, o Ministério da Saúde limita as construções de alternativas, engessando o programa diante de realidades distintas dos municípios e comunidades, centralizando a política de saúde. Ainda há que se considerar que não consegue desburocratizar o acesso aos serviços, não tendo como ponto forte o atendimento das urgências/emergências.

Vale ressaltar que, mesmo com todas as dificuldades, o PSF representa uma proposta de serviço humanizado de saúde, pois propõe uma mudança no modelo assistencial tradicional, uma vez que parte de ações voltadas para a família, ampliando o vínculo da população com os profissionais de saúde.

3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a construção deste trabalho foi pesquisa bibliográfica acerca do tema envolvido. Além disso, foi desenvolvido ainda, um levantamento de informações por meio de entrevistas semi-estruturadas com vinte usuários do PSF da cidade de Apicacá-ES. Este levantamento de informações nos permitiu identificar a forma como os usuários percebem a concretização dos seus direitos, ou a não efetivação dos mesmos.

A coleta dos dados foi realizada através de questionário com oito perguntas abertas e fechadas, em que foi respeitada a opinião dos usuários entrevistados sobre os serviços prestados pela instituição.

Neste estudo, pesquisa pode ser considerada como quantitativa e qualitativa simultaneamente. Segundo Zanella (2009, p. 75), a pesquisa qualitativa se caracteriza pela não utilização de instrumental estatístico na análise dos dados, tendo o pesquisador como instrumento chave e o ambiente natural como fonte de coleta de dados, é descritiva, pois, se preocupa em descrever os fenômenos por meio dos significados que o ambiente manifesta. Já na pesquisa quantitativa são utilizados instrumentos estatísticos, tanto na coleta quanto no tratamento dos dados, se preocupa em medir as relações entre as variáveis. (Ibid, p.77)

4. ESTUDO DE CASO

O município de Apicacá-ES está localizado ao sul do estado do Espírito Santo, possui uma população de aproximadamente 7.512 habitantes. No PSF da cidade há o atendimento da população através da equipe Estratégia Saúde da Família, que é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Há ainda profissionais, como psicólogo, assistente social, nutricionista, dentre outros, que dão suporte aos casos que chegam ao PSF, que são encaminhados de acordo com a necessidade individual. São ofertados serviços como consultas médicas, acompanhamento de pré-natal, puericultura, atenção a pessoa idosa. As consultas especializadas são oferecidas pela Unidade Básica de Saúde e aquelas que o município não fornece, são encaminhadas, assim como os exames de alta e média complexidade, que, quando não atendidos pelo município através de consórcios, são encaminhados para a Superintendência Regional de Saúde, em Cachoeiro de Itapemirim-ES.

Ao analisar os questionários aplicados, observa-se uma grande diferença de gênero quanto à procura dos serviços: 88,6% são mulheres e 11,4% são homens. A faixa etária dos usuários é bem diversificada, porém, a maioria (34,3%) encontra-se entre 19 e 29 anos de idade. No que tange a escolaridade, há um abandono da vida escolar, 57,2% não concluíram o Primeiro Grau. Os motivos são diversos, todavia, o fato de abandonar os estudos por necessidade de trabalhar é o que predomina. Há 20% dos usuários que não concluíram o Segundo Grau, os analfabetos são 8,5%, assim também estão os que possuem o Primeiro Grau completo. Alguns destes dados podemos visualizar nos gráficos abaixo:

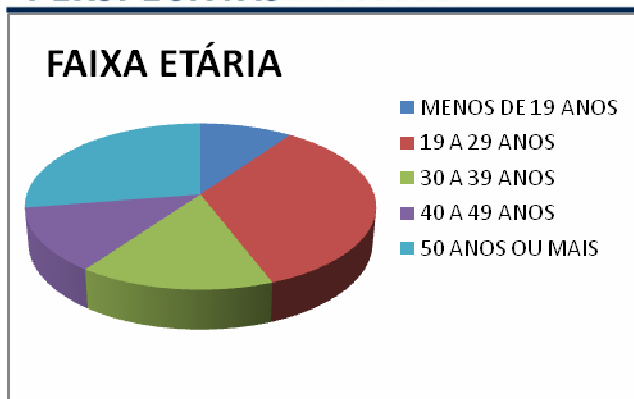


Gráfico 1: Faixa etária

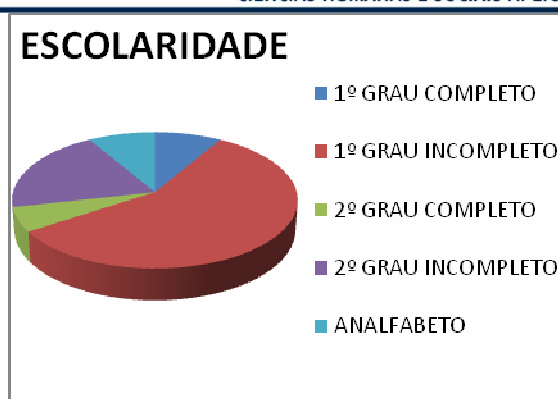


Gráfico 2: Escolaridade

Quando inquiridos sobre a qualidade desses serviços, 71, 5% dos usuários disseram ser bom, justificando da seguinte forma: “É bom conseguir o exame quando a gente precisa.” (Usuária M.); “Minha agente de saúde não vai sempre na minha casa.” (Usuário A.); “Uma vez eu precisei fazer uma mamografia, demorou muito, aí eu fiz particular, sem poder pagar.” (Usuária B.); “O doutor que me atende é bom, sempre levo as crianças nele.” (Usuária G.). Apenas 5,7% dos usuários disseram que o atendimento era regular: “Nem sempre eu consigo consultar com o médico de vista” (Usuária S.); “Acho injusto ter que esperar e ainda ir pra Cachoeiro, é muito demorado” (Usuário P.)

Diante dos depoimentos colhidos, pode-se concluir que os serviços de saúde são vistos pela população usuária como um favor, como benemerência, sem uma dimensão coletiva da concretização de um direito, e sim como uma benesse por parte do Estado. Para confirmar tal fato, foi questionado como o usuário vê o serviço recebido: 25,7% vêem como direito; 51,4% como uma ajuda do governo e 22,9% como uma caridade da instituição, como podemos observar no gráfico a seguir:



Gráfico 3: Olhar do usuário sobre o serviço oferecido

Por fim, todos os usuários entrevistados afirmaram que o PSF oferece um bom atendimento, mas mesmo assim poderiam atuar de maneira mais interventiva. Muitos— 63% não oferecem nenhuma sugestão, afirmam que os serviços prestados pela instituição são bem aplicados. Alguns garantem que é necessário diminuir a burocracia, totalizando 2,8%. Existe uma parcela de 5,8% dos usuários ouvidos que reforça a idéia de que é preciso aumentar a quantidade de consultas e exames, para atender a um número maior de pessoas. Dentre o restante dos entrevistados, 8,6% dizem que é preciso ampliar a verba para ajudar mais às pessoas e 2,8% relataram ser preciso ter mais conhecimento sobre os serviços de saúde oferecidos pelo PSF.

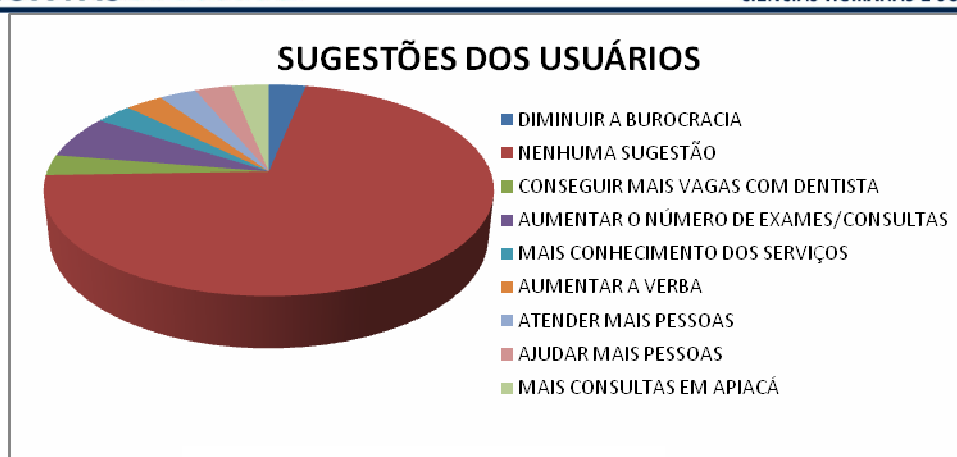


Gráfico 4: Sugestões dos usuários

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS foi definido em diretrizes como a universalização, equidade, participação da comunidade, hierarquização, integralidade, descentralização, entre outros. Apesar de não terem alcançado sua plenitude, não se pode negar os avanços obtidos em seu processo de consolidação, e uma de suas expressões é o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), que inaugura uma estruturação política, administrativa e técnica na organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, o presente trabalho traz uma reflexão do processo de construção do SUS e sua aplicabilidade, no sentido de garantir à população o direito de acesso à saúde. O potencial de mudança do Programa Saúde da Família encontra-se tanto nas diretrizes que norteiam o processo de trabalho dos profissionais quanto na reorganização de serviços e práticas que ele oferece. Ao delimitar o território como espaço privilegiado de atuação da Equipe Saúde da Família (ESF), pode organizar os serviços de saúde a partir da priorização dos problemas identificados, contribuindo para a organização da demanda aos demais pontos da rede de atenção.

Assim, foi realizado o estudo de caso na cidade de Apiacá-ES, com o objetivo de identificar a forma como os usuários percebem os serviços de saúde aos quais têm acesso. Dessa forma, podemos perceber que além do fortalecimento de vínculos entre os sujeitos, responsabilizações partilhadas e promoção da autonomia, se a ESF estiver inserida num processo de educação, contar com condições adequadas de trabalho, com uma rede de média e alta complexidade do sistema, tem condições de melhorar o acesso da população aos serviços públicos de saúde oferecidos pelos municípios, principalmente a parcela financeiramente mais excluída da sociedade.

É importante destacar que o presente artigo não tem a pretensão de esgotar o assunto tratado, uma vez que a realidade é dinâmica, podendo trazer novas concepções e opiniões a respeito do tema exposto. Na construção deste trabalho, ocorreram alguns obstáculos, como uma pequena quantidade de entrevistados, fato que poderá ser melhor explorado em trabalhos futuros.

Do ponto de vista da gestão em saúde, o programa pode ser considerado como um modelo de melhor atenção sanitária, todavia, há de se levar em conta que o PSF está inserido num processo articulado, para que sejam de fato efetivados os princípios do SUS que devem nortear o trabalho das equipes de ESF: integralidade, equidade, participação popular e universalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. *Lei n° 8.080 de 19 de Setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20/09/1990^a.

_____. *Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Coleção Leis da República Federativa do Brasil, Brasília, 75ov/dez, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria N° 258/199*. Norma Operacional Básica do SUS 01/1991.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria N° 234/1992*. Norma Operacional Básica do SUS 01/1992.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria N° 545/1993*. Norma Operacional Básica do SUS 01/1993.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria N° 1.742/1996*. Norma Operacional Básica do SUS 01/1996.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria N° 2203, de 05/11/1996*. Norma Operacional Básica do SUS 01/1998.

_____. Informes Técnicos Institucionais. *Programa Saúde da Família: departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde*. In: Revista de Saúde Pública. Ver. Saúde Pública vol.34 n.3 São Paulo, jun 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000300018. Acesso em: 07/05/2012.

BRAVO Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e a Ofensiva Neoliberal. In: *Política Social e Democracia*. Rio de Janeiro: Cortez, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A análise crítica das contribuições da saúde coletiva e a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (org.). *Democracia e saúde: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 2006.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, v.21, n.62, 2000, p. 35-72.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do serviço social na saúde nos anos 90. In: *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 74, jul. 2003, p. 85-117.

MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 3. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

REIS, Yaluska Almeida Coelho do0s. *Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)*. In: Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. vol. 10. Supl.1. Recife Nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500014. Acesso em: 03/04/2012.

SANTOS, Ideley Silva et al. *Os Avanços do programa Saúde da Família (PSF) no Brasil*. In: Saúde e Beleza, nov. 2009. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/os-avancos-do-programa-de-saude-da-familia-psf-no-brasil/21277/>. Acesso em: 07/05/2012.

VANDERLEI, Maria Iêda Gomes et al. *A concepção e prática dos gestores e gerentes da Estratégia de Saúde da Família*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S11413-8123007000200021>. Acesso em: 03/04/2012.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. *Metodologia de estudo e pesquisa em administração*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.