

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

Valéria Guedes Avila

**GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO DAS UNIDADES DE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ROSÁRIO DO SUL - RS**

Rosário do Sul, RS
2018

Valéria Guedes Avila

**Gestão de Saúde Pública: Um Estudo das Unidades de Estratégia de Saúde da Família
de Rosário do Sul - RS**

Artigo de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Pós
Graduação em Gestão Pública (EaD),
da Universidade Federal de Santa
Maria (UFSM, RS), como requisito
parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão Pública.

Aprovado em 04 de dezembro de 2018:

David Lorenzi Júnior
Professor, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Aletéia de Moura Carpes
Professora, Dra. (UFSM)
(Examinador)

Sirlei Galsenapp
Professora, Dra. (UFSM)
(Examinador)

Rosário do Sul, RS
2018

GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO DAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ROSÁRIO DO SUL - RS

PUBLIC HEALTH MANAGEMENT: A STUDY OF THE HEALTH STRATEGY UNITS OF THE FAMILY OF ROSÁRIO DO SUL - RS

VALÉRIA GUEDES AVILA

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família constitui um processo de mudança no modelo tradicional de assistência à saúde. O objetivo do presente estudo é analisar a situação apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Rosário do Sul - RS, realizando um paralelo entre a oferta de atendimento de saúde através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a disponibilidade de recursos para atender a demanda do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, sendo realizado um levantamento de dados em sites de busca e de transparência do Ministério da Saúde, a fim de fundamentar na literatura o tema abordado. Além dos atendimentos de demanda, a ESF tem papel fundamental nas políticas de saúde, na organização do serviço de saúde e ainda na promoção e prevenção, priorizando um serviço de qualidade que atue de forma eficiente e eficaz. Dentre os principais resultados, destaca-se a influência da redução dos repasses financeiros, repassados a ESF, sobre a população.

Palavra-Chave: Recursos; Saúde Pública; ESF.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is a process of change in the traditional model of health care. The aim of the present study is to analyze the situation presented by the Municipal Health Department of the municipality of Rosario do Sul, RS, making a parallel between the provision of health care through the Family Health Strategy (ESF) with the availability of resources for meet the demand of the Unified Health System (SUS). It is a descriptive and exploratory research, being carried out a survey of data in search sites and transparency of the Ministry of Health, in order to base the literature on the subject. In addition to the supply of demand, the FHS plays a fundamental role in health policies, in the organization of the health service, and in promotion and prevention, giving priority to a quality service that operates efficiently and effectively. Among the main results, the influence of the reduction of the financial onlendings, passed on to the FHS, over the population, stands out.

Keyword: Resources; Public health; ESF

1. INTRODUÇÃO

Assegurada na Constituição de 1988, a saúde passou a ser direito do cidadão e dever do Estado, desde então foram incorporados princípios de reforma sanitária e também determinado uma nova lógica organizacional, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com intuito de operacionalizá-lo, a gestão de serviços passou a se organizar de forma descentralizada, inserindo os municípios no papel de protagonista da gestão de saúde em seu território e ainda os tornando responsáveis pela Atenção Básica (AB), assumindo as ações e serviços de saúde (SOLLA, 2010).

Tendo em vista a Atenção Básica ser constituída por um conjunto de ações que dão consistência prática ao conceito de Vigilância em Saúde, admite-se, portanto, uma redefinição nas práticas em saúde, articulando e correlacionando as bases de promoção, proteção e assistência, priorizando assim a integralidade do cuidado (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Na tentativa de melhor atender a população o Ministério da Saúde implantou em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), destinado a atender os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), que contava com uma equipe mínima de profissionais como médico, enfermeiro e técnico em enfermagem. Em 2006, através da Portaria n° 648, de 28 de março passa a ser denominado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, voltado para a família e comunidade o qual se vale do trabalho de uma equipe interdisciplinar no âmbito da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2011).

A ESF é um modelo que procura reorganizar a Atenção Básica baseada nos preceitos do SUS (BRASIL, 1997), conta com o importante auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), estrutura vinculada a AB. Os objetivos principais do NASF estão centrados em ampliar e aperfeiçoar a atenção e gestão da saúde na ESF, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado (COSTA; CARBONE, 2009). A proposta da Estratégia Saúde da Família prevê a participação de toda a comunidade em parceria com a equipe de saúde, tendo como finalidade ampliar a resolutividade e também melhorar a maneira de fazer a coordenação do cuidado (COSTA; CARBONE, 2009). Concomitante, o trabalho da ESF consiste em identificar as causas dos problemas de saúde, definindo prioridades, acompanhando a avaliação de todo trabalho,

implantando ações de prevenções para intervir nos fatores de risco à saúde, a fim de prevenir o adoecimento.

Um dos pilares da ESF, que possibilita a realização de suas ações com êxito, é o trabalho em equipe, com interação constante e intensa entre os trabalhadores de diferentes categorias, com diversidades de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (PEDUZZI, 1998).

O município de Rosário do Sul-RS através da Secretaria da Saúde aderiu em 2004 à Estratégia da Saúde da Família, implantando cinco unidades de atendimento. No entanto percebe-se que nos últimos anos houve problemas relacionados a prestação de atendimentos a população que podem estar relacionados à menor disponibilidade de recursos financeiros, falta de profissionais em diversas áreas da saúde e demanda superior a realidade orçamentária.

O presente estudo procurou analisar a situação apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Rosário do Sul - RS, tendo em vista a oferta de atendimento de saúde através da Estratégia da Saúde da Família, no período de 2013 a 2017. Além de avaliar a disponibilidade de recursos humanos e financeiros para atendimento da demanda de pacientes oriundos do Sistema único da Saúde (SUS). Os objetivos do estudo centram-se em realizar uma relação entre o déficit de funcionários das Estratégias de Saúde da Família com a queda no repasse de recursos federais ao município e relacionando com a diminuição dos indicadores de saúde municipais, no período supracitado.

A situação de saúde no município de Rosário do Sul apresenta dificuldades de atendimento aos pacientes que fazem uso da Estratégia de Saúde da Família, pela falta de profissionais em diversas áreas e suas especialidades, o que faz com que a Secretaria Municipal de Saúde, deixe a desejar no atendimento, contrariando o que é previsto nos objetivos da Estratégia da Saúde pelo Sistema único de Saúde - SUS. Frente a essa situação, o presente trabalho respondeu: **Quais os resultados gerados ao atendimento das ESFs do município de Rosário do Sul devido à falta de funcionários, no período de 2013-2017?**

Com intuito de analisar o número de pacientes atendidos no município de Rosário do Sul-RS, através do programa Estratégia da Saúde da Família, no período de 2013 a 2017, conhecer os valores repassados pelo SUS com objetivo de melhor atender os pacientes da Estratégia no município de Rosário do Sul-RS; e ainda avaliar o

movimento do quadro de funcionários destinado ao atendimento da ESF na Secretaria Municipal de Saúde de Rosário do Sul, foram estabelecido os objetivos de pesquisa.

1.1 Justificativa

O Programa Saúde da Família foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1997, em substituição ao Programa da Saúde, com o objetivo de reorganização da atenção básica no país, seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica. Com intuito de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2006).

A ESF se constitui em uma proposta de mudança do modelo tradicional de assistência em saúde pautado no paradigma da ciência positivista, conhecido como biomedicina. Nesse contexto de mudanças que ocorreu e ainda vem acontecendo na saúde pública, é nítida a necessidade de aperfeiçoar os estudos e pesquisas em gestão de saúde.

Justifica-se a escolha do tema de pesquisa a partir do momento em que se teve contato com os relatórios dos dados que correspondem a Estratégia de Saúde da Família, disponibilizada nos sites de transparência do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e Prefeitura Municipal de Rosário do Sul. Conforme os relatórios, de 2013 a 2017, percebeu-se uma diminuição no recebimento de recursos federais para ESF, além disso os dados de profissionais cadastrados não condiziam com a realidade das unidades de saúde, e ainda verificou-se a queda nos indicadores de saúde municipais no que tange tal estratégia.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Nas últimas duas décadas houve muitas mudanças nas administrações públicas quando se trata de recursos humanos, principalmente na área da saúde. Os problemas que hoje conformam a situação de recursos humanos em saúde não são recentes, mas também não são das determinações intrínseca da área, apenas.

A demanda por profissionais especializados aumentou muito, devido a quantidade de programas Federais e Estaduais os quais o município pode aderir para melhor atender os cidadãos e também aportar mais recursos ao caixa das Secretarias

Municipais de Saúde (BRASIL, 2011). Tendo em vista essa necessidade, os gestores encontram a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e mais recentemente os “portais” de transparência, onde qualquer pessoa pode ter acesso a dados referentes a contas públicas e aplicação de recursos.

Para Casinato 2008, “com a LRF vem a exigência da gestão dos custos públicos, que mediante ações em que se previnam riscos e corrijam desvios, podem também afetar o equilíbrio das contas pública atrelando maior responsabilidade aos seus gestores, contribuindo para o ajustamento do controle dos gastos na gestão governamental”.

Desta forma, o administrador público precisa buscar o equilíbrio entre a responsabilidade fiscal e a prestação de atendimento de saúde de qualidade, o que na maioria das vezes não vem sendo alcançado. O processo de gestão em saúde é um conceito fundamental que deve ser colocado em prática, pois consiste em elaboração e execução de medidas de planejamento, alocação de recursos escassos, avaliação de desempenho, além de controle e direção do sistema (MEZOMO, 2001). No que tange a este conceito, o papel dos gestores está intimamente relacionado com a responsabilidade na resolução de grande parte dos problemas dos serviços de saúde, contribuindo para uma assistência e cuidado de qualidade. Dessa forma, é possível ver que gestão pública se refere à ordenação que envolve planejamento e controle dos serviços de governo nas três esferas (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de melhor atender a população brasileira na área da saúde foi criado, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) que no decorrer dos últimos anos foi ampliado e aprimorado, mais recentemente, conforme a Portaria N° 2.436 de 21 de setembro de 2017 que aprova a nova Política Nacional da Atenção Básica e nos traz no Artigo 2°:

“A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”.

Considerando o contexto da Atenção Básica, na concepção de Estratégia de Saúde da Família (ESF) verifica-se que o atendimento ao usuário deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar que visa a desenvolver ações de saúde à medida que

conhece as necessidades locais e individuais da população, estabelecendo um vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética (ARAÚJO e ROCHA, 2007). Promover o vínculo entre equipe e usuário, favorecendo a aproximação da unidade de saúde, para que assim a resolutividade de problemas seja mais eficiente e produza um impacto maior na saúde local. De uma maneira geral, a ESF prioriza a ideia de que a organização de trabalho das equipes seja centrada nas necessidades do usuário, bem como na busca contínua da melhoria da qualidade dos serviços ofertados (BRASIL, 2006).

É relevante ressaltar que essas ações são fundamentais para a consolidação desse modelo, no entanto é necessário que haja uma articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos para que assim possam ser enfrentados e resolvidos os problemas da coletividade (LEITÃO, 2011).

Para o atendimento à população em território adscrito, faz-se necessária uma equipe mínima, conforme Brasil, 2017:

“composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local”.

Uma equipe comprometida com o trabalho coletivo será benéfica aos usuários do serviço de saúde, esta deve contar com uma estrutura física e humana qualificada, disponibilidade de materiais e número de profissionais suficientes para atender à demanda (SAPAROLLI e ADAMI, 2007).

A atenção à saúde é alcançada com instrumentos de planejamento, coordenação, organização e controle, sendo exercida nos três âmbitos de níveis de governo. Sendo no âmbito da União, responsabilidade do Ministério da Saúde, no âmbito dos Estados e Distrito Federal responsabilidade das respectivas secretarias de saúde, assim como à nível municipal (BRASIL,1990). Neste contexto, cabe salientar a importância da política de gestão e aprimorar os meios de resolução dos problemas para melhora na qualidade de cuidado dos usuários.

O Ministério da Saúde normatiza todas as competências da esfera municipal de governo, constando ainda na Portaria 2436/17, no que se refere a recursos humanos:

“Art. 10 Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal: V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica; XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente; IX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção”.

O financiamento das equipes de saúde da família acontece através de repasses federais, conforme redação da Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007, o componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB) é formado por recursos financeiros, que são destinados ao financiamento das estratégias. Nesse sentido pode-se citar: saúde da família, agentes comunitários, saúde bucal, fator de incentivo de atenção básica aos povos indígenas e também atenção à saúde no Sistema penitenciário.

Os recursos do PAB serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam. É necessário salientar que os repasses mensais necessitam de ações fundamentais, para que assim ocorram. Dentre essas é preciso que as equipes da atenção básica mantenham atualizadas as informações para a construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, a alimentação do sistema de informações é feita de forma digital e deve em caráter de obrigatoriedade. No caso de não ocorrer a alimentação regular do banco de dados nacionais de informação, por parte dos municípios e do Distrito Federal, o ministério da saúde suspenderá o repasse de recursos da atenção básica (BRASIL, 2017).

Tendo em vista a alimentação do banco de dados ser uma responsabilidade das equipes da atenção básica, é de suma importância relacionar essa ação com a produtividade do município que influenciará diretamente no recebimento dos repasses e assim manutenção da estrutura humana e financeira da gestão da estratégia.

As unidades básicas de Saúde devem ter funcionamento de 40 horas semanais, mínimo de 5 dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando melhor acesso aos usuários (BRASIL, 2017). Caso, haja ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, ou ainda não envio de informações, produções, por meio de Sistema de

Informações da Atenção Básica por três meses consecutivos, da mesma forma ocorrerá a suspensão dos repasses (BRASIL, 2017).

Tendo em vista às equipes das ESFs, é importante conhecer o perfil destes profissionais integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços, adotando medidas, quando necessárias, de qualificação e reforço (BEINNER, 2004). Pois, proporcionarão melhor atuação no atendimento à população e conseqüentemente evitarão problemas de suspensão dos repasses.

Conforme Casinato 2008, já está sendo despertada na sociedade, dia a dia, a conscientização dos direitos e deveres, exercendo seu papel de contribuinte de forma eficiente e eficaz, exigindo dos governantes uma melhor gestão dos recursos públicos.

Quando se trata de absenteísmo, dando ênfase à correta aplicação do recurso público, destaca-se a responsabilidade do administrador em gerir esse recurso, de forma que o mesmo dê um retorno satisfatório à sociedade, com atenção a uma gestão eficiente e eficaz, capaz de atender as leis e normas estabelecidas pelos órgãos competentes e conservar a responsabilidade social (NASCIMENTO, 2003).

3. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, que consiste em observar, analisar e interpretar fatos e dados na forma e no local onde acontecem (VERGARA, 2005). Para a realização do estudo foi feito um levantamento consistente de dados por meio de instrumentos de coleta como sites de transparência do Ministério da Saúde, CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e FNS (Fundo Nacional de Saúde), da Secretaria Estadual de Saúde, Portal BI Saúde e do município de Rosário do Sul. Destes, foram retirados dados como: número de funcionários, repasses financeiros, atendimentos realizados pela ESF e assistência prestada pelos ACS, tendo em vista o município em questão. As buscas foram realizadas durante o mês de maio de 2018, e os dados coletados nortearam a análise, interpretação dos resultados, e a base de compreensão do estudo.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Ao longo do período estudado a redução de profissionais foi causada por uma tríade: exonerações a pedido dos próprios funcionários, licenças de saúde e

remanejamento de setor. Com isso, os cargos vagos, conseqüentemente, geraram a queda nos índices de saúde e redução nos recursos financeiros recebidos, considerando que esses são repassados de acordo com o número de atendimentos prestados à população. Nesse contexto, é provável que novas contratações ou nomeações não foram realizadas, por parte dos gestores, como medidas de contenção de despesas.

Conforme análise de dados do CNES e Portal de Transparência da Prefeitura de Rosário do Sul, verifica-se que em Rosário do Sul, no ano de 2013 havia cinco equipes de Estratégia da Saúde da Família implantadas, sendo três delas com a equipe mínima e para outras duas faltavam três profissionais: um agente comunitário de saúde, um auxiliar de saúde bucal e um auxiliar administrativo.

No ano de 2014 havia duas equipes de saúde completas, sendo que em uma delas foi agregada a equipe de saúde bucal (um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal), para as outras três faltavam três agentes comunitários de saúde, um auxiliar de saúde bucal e um técnico de enfermagem comunitário. Em 2015, permanecem duas equipes, com equipe mínima completa, faltando para as demais: quatro agentes comunitários de saúde e um técnico de enfermagem comunitário (CNES, 2018).

Seguindo o estudo, em 2016, somente uma das cinco equipes de saúde tinha equipe mínima completa, para as outras quatro faltavam seis agentes comunitários de saúde, um enfermeiro comunitário e um técnico de enfermagem comunitário. A exemplo do ano anterior, em 2017, somente uma equipe estava completa, para as demais faltavam seis agentes comunitários de saúde, um enfermeiro comunitário e um técnico de enfermagem comunitário.

Tabela 1- Quadro de déficit de funcionários e repasses financeiros

Anos	2013	2014	2015	2016	2017
Déficit de funcionários	4,83%,	4,64%	6,25%,	12,5%	12,5%
Repasso financeiro	104.050,00	R\$96.138,00	101.120,00	R\$107.380,00	R\$79.882,00

Fonte: AVILA (2018).

Nos dois primeiros anos do estudo as unidades operavam com a média de menos três profissionais técnicos, no terceiro ano esse déficit subiu para quatro e nos dois últimos anos aumentou, mantendo em média a falta de menos oito funcionários técnicos, conforme demonstrado na tabela 1 (CNES,2018).

Para o referencial de valores foi utilizado a última parcela repassada pelo Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, ao final de cada um dos anos, nos itens: Atenção Básica, Piso da Atenção Básica Variável para Saúde da Família e Agentes comunitários de Saúde. É necessário abordar que de 2013 para 2017 houve uma variação no recebimento dos repasses, conforme tabela 1 (FNS, 2018). No entanto, em 2016 houve um aumento no repasse de valores em relação à 2013 e o município recebeu 3,2% a mais e em 2017 ocorreu uma redução importante em relação ao primeiro ano do estudo, como demonstrado na tabela 1 (FNS,2018).

Tabela 2- Municípios atendidos pela ESF e Assistência dos ACS à população.

Ano	2013	2014	2015	2016	2017
Atendimento ESF	43,67%	42,25%	42,28%	42,31%	42,33%
Assistência dos ACS	49,49%	47,89%,	45,10%	45,13%	42,33%,

Fonte: AVILA (2018).

Quando analisados os indicadores de saúde relacionados à Saúde da Família, de acordo com o portal BI Saúde verificou-se que estes decrescem de 2013-2017, havendo uma pequena alteração no ano de 2016 tendo em vista, por exemplo, o ano de 2013, conforme tabela 2.

Em média, nos cinco anos, cerca de 3,16% da população foi prejudicada, pois perdeu sem o atendimento da ESF. Em relação as pessoas atendidas pelos agentes comunitários de saúde, verifica-se um decréscimo quando analisado o ano de 2013 e 2017, conforme demonstrado na tabela 2. Analisando ano a ano, de 2013-2014 o déficit foi de 3,26%, porém relacionando 2013-2017 verifica-se que 14,47% a menos da população recebeu as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde.

É papel da ESF humanizar as práticas de saúde promovendo um vínculo saudável entre profissionais e comunidade, buscando a integralidade do cuidado e promovendo ações de compromisso com a saúde da população (SOUSA,2012). Dessa forma, pode-se dizer que de acordo com a política nacional de atenção básica todo o trabalho da estratégia é baseado numa produtividade que alimenta um banco de dados, logo quanto mais produção, mais recursos financeiros serão investidos. A ação dos gestores nesse processo é de suma importância, tendo uma visão clara, responsável e determinada

sendo responsáveis pelas decisões que solucionarão grande parte dos problemas do serviço de saúde (MEZOMO, 2001).

É visível que o déficit de funcionários para atender a demanda do município e ainda a redução nos repasses influenciou de modo negativo a assistência à população. Ao passo que uma população perde o atendimento da estratégia fica desassistida, assim como ao não receber visitas domiciliares. Desta forma, não são necessários somente gestores para resolver estes graves problemas, mas sim gestores capacitados para implantar políticas e novos modelos de atenção com competência, ressaltando que a atenção à saúde é uma finalidade no trabalho do gestor (PERES e CIAMPONE, 2006).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da família(ESF) não só se centraliza na assistência à doença, mas prioriza a promoção da qualidade de vida e ainda os fatores que colocam em risco essa qualidade, para que a estrutura de trabalho funcione é essencial a forte interação entre Ministério da Saúde, as secretarias estaduais, municipais e comunidade local, para que assim proporcione benefício para toda a população.

Além de envolver as três esferas de governo, a ESF contribui num processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, visando a organização dos modelos municipais de saúde e uma avaliação no desempenho do serviço de saúde. Neste contexto, ressalta-se que são muitas as famílias cadastradas e dependentes do serviço da ESF, assim como da equipe formadora.

De acordo com os resultados supracitados, o déficit é um indicador e ainda existem grandes desafios na consolidação da atenção básica no país, contornar essa dificuldade é uma das ações necessárias. No entanto, ainda é preciso outras melhorias como de gestão, maior integração com a rede de serviço de saúde, financiamento, resolutividade e outras características que garantem um atendimento integral e eficaz.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, os valores transferidos variam segundo a modalidade da equipe, carga horária dos profissionais, categoria do NASF e número de agentes comunitários de saúde registrados. Esses valores destinados as equipes de saúde da família são transferidas a cada mês, tendo como base o número de ESF registrado no sistema de cadastro nacional, estando o valor relacionado com a produção da equipe. Percebe-se que após a vigência da nova PNAB (21/09/2017), os

recursos diminuíram muito provavelmente pelo fato de que os municípios só recebem pelos atendimentos e procedimentos realmente prestados.

A ESF tem várias atribuições importantes para a população, como: as políticas envolvendo a saúde do idoso, saúde da mulher, saúde mental, cuidado com usuários de substâncias psicoativas, além de ações que incentivem ao autocuidado, autonomia e a educação em saúde (PIRES, 2011). Para que a organização do serviço e de todas as suas ações sejam realizadas de forma eficiente e eficaz é preciso produzir para chamar a atenção dos gestores.

À medida que os investimentos são reduzidos, a população sofre as consequências de serviços mais reduzidos ou ainda faltosos. É visível a desmotivação por parte dos profissionais, dentre esses destacam-se os ACS's, que muitas vezes perdem direitos importantes, como a insalubridade. Apesar da atenção básica apresentar boas políticas, muitas vezes o empecilho para o funcionamento dessas é a falta de funcionários e a falta de investimentos. Logo, quanto mais a ESF produzir, mais investimentos financeiros serão repassados para a realização das atividades da estratégia e assim será possível um trabalho de qualidade, evitando déficits.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** *Ciência saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.455-464, abr.2007.

BEINNER, MA, Beinner RPC. **Perfil de profissionais nas áreas de saúde e educação atuando em suas comunidades.** *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 1:77-83.

BRASIL. (1990). **Lei nº 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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, DF, 1997

BRASIL. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

BRASIL. **Portaria Nº 3.462, de 11 de novembro de 2010.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html

BRASIL. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab>

CARBONE, E. M. A; COSTA, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

CASINATO, A. M. **Custo do Absenteísmo na Pública: O Caso da Secretaria de Saúde de São Felipe D'Oeste-RO.** Cacoal, 2008.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/> Acessado em 06/05/2018.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada> Acessado em 08/05/2018.

LEITÃO, G.C.M. **Reflexões sobre gerenciamento. Texto e contexto enfermagem,** UFSC, v. 10, n. 53, p. 104-115, 2011.

MEZOMO, J. C. (2001). **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.** Barueri: Manole.

Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/financiamento.php>

NASCIMENTO, G. M. **Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma Unidade Básica e Distrital de saúde do município de Ribeirão Preto/SP – USP-2003**

PEDUZZI, M. **Trabalho e equipe. Dicionário da Educação Profissional em Saúde,** p. 271-276. 1998.

PERES, A. M. & CIAMPONE, M. H. T. (2006). **Gerência e competências gerais do enfermeiro.** *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul./set.

PIRES, Maria R.G. M. **Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia.** *Rev. esc. enferm. USP,* São Paulo, v. 45, n. 2, p. 110-150, fev. 2011.

PORTAL BI SAÚDE – Perfil Gestor Municipal. Disponível em: <https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm> Acessado em 10/05/2018.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA PREFEITURA MUNICIPAL DE ROSÁRIO DO SUL. Disponível em: <http://177.1.139.93:8080/pronimtb/index.asp> Acessado em 15/05/2018.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. **Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens.** Saúde e Sociedade, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. **Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família.** Acta Paulista Enfermagem, v. 20, n. 1, p. 55-61, 2007

SOLLA, J. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008.** São Paulo: Hucitec, 2010.

SOUSA, M. F. **A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF.** Rev. Bras. Enferm, v. 53, n. 2, p. 25-30. 2012.

VERGARA, Sylvia C. **Métodos de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 2005.