

**AVANÇOS E RETROCESSOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE NOVO BARREIRO/RS:  
estudo de reflexão**

**Silvia Regina Rossetto de Quadros**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em  
Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS,  
como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em  
Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof<sup>a</sup> MsC. Leila Mariza Hildebrandt  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marinês Tambara Leite

**Palmeira da Missões/RS  
2011**

**Universidade Federal de Santa Maria - UFSM  
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização  
Pública em Saúde EaD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a  
Monografia de Conclusão de Curso**

**AVANÇOS E RETROCESSOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE NOVO BARREIRO/RS: estudo de  
reflexão**

elaborada por  
**Silvia Regina Rossetto de Quadros**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista**

**Comissão Examinadora**

---

**Leila Maria Hildebrandt, Msc.**  
(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

---

**Maria Inês Tambara Leite, Dra.**  
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

---

**Luciane Miritiz, Msc.**  
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

**Palmeira das Missões, 2 de julho de 2011.**

## SUMÁRIO

<b>ARTIGO CIENTÍFICO - AVANÇOS E RETROCESSOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE NOVO BARREIRO/RS: estudo de reflexão.....</b>	<b>01</b>
Resumo.....	04
Abstract.....	05
Introdução.....	06
1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO ESF EM NOVO BARREIRO/RS.....	08
1.1 Contextualização do serviço público da saúde de Novo Barreiro/RS.....	09
1.2 Analisando o funcionamento do ESF no município.....	10
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	17

## RESUMO

Monografia de Especialização  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte  
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

### **AVANÇOS E RETROCESSOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE NOVO BARREIRO/RS: estudo de reflexão**

AUTORA: SILVIA REGINA ROSSETTO DE QUADROS  
ORIENTADORA: LEILA MARIA HILDEBRANDT  
Data e Local da Defesa: Constantina, 2 de julho de 2011.

O objetivo deste trabalho é discorrer sobre os avanços e retrocessos no processo de vigência da Estratégia de Saúde da Família de Novo Barreiro/RS, analisando as características de sua implantação e as razões das mudanças, com o intuito de contribuir na busca de alternativas que possam qualificar os serviços municipais de saúde. Apresenta o resgate histórico do programa desde a sua implantação e as transformações ocorridas, uma análise desta experiência à luz das normas do Ministério da Saúde relativa à saúde pública e considerando a concepção de saúde comunitária. O sistema de saúde local é preponderantemente público, possui avanços e estrangulamentos do programa, desde seu início até a atualidade com a reorganização do modelo de atenção à saúde pelo Sistema Único de Saúde. Assim, entende-se que o acolhimento é uma das formas de organizar o serviço de saúde, na busca da integralidade, proporcionando ao usuário resolutividade diante do problema apresentado, envolvendo os profissionais de modo responsável no processo de cuidar.

**Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Saúde Pública. Gestão.**

## **ABSTRACT**

Monografia de Especialização  
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte  
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

### **PROGRESS AND SETBACKS OF FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE CITY OF NOVO BARREIRO / RS: a study of reflection**

AUTORA: SILVIA REGINA ROSSETTO DE QUADROS  
ORIENTADORA: LEILA MARIA HILDEBRANDT  
Data e Local da Defesa: Constantina, 2 de julho de 2011

The objective is to discuss the advances and setbacks in the process in force of the Strategy for Family Health in Novo Barreiro/ RS, analyzing the characteristics of its implementation and the reasons for the changes, in order to contribute to the search for alternatives that can qualify the municipal health services. Presents the historical review of the program since its implementation and the changes, an analysis of the experience in the light of the rules of the Health's Ministry on public health and considering the concept of community health. The local health system is predominantly public, has advances and bottlenecks in the program since its inception to the present with the reorganization of health care by the Unified Health System. Like this, means that the host is a form of organize the health service in search of integrality providing the user before solving the problem presented, involving professionals in a responsible manner in the care process.

**Keywords: Family Health Strategy. Public Health. Management.**

## INTRODUÇÃO

Os aspectos relativos à saúde pública vêm sendo, nos últimos tempos, tema de debates, discussões e busca de alternativas para todos os comprometidos com a mudança da situação em que ela se encontra. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), antigo Programa Saúde da Família (PSF), foi gestada como uma política pública para contribuir no processo de melhoria da saúde pública, num viés da prevenção, acrescentando à atenção básica uma visão de cuidado direcionado à família, com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida por meio de ações de proteção, promoção e recuperação à saúde (BRASIL, 2004) <sup>1</sup>.

Nesse sentido, o estudo pretende, à luz dos pressupostos da medicina comunitária, dialogar com as constatações em face da implementação e funcionamento da ESF em Novo Barreiro/RS<sup>2</sup>. O município implantou esse programa em 2000, resultado de um amplo debate na comunidade, mediado pelo Conselho Municipal de Saúde. Desde sua implantação, constatam-se inúmeras alterações no funcionamento, com avanços e estrangulamentos de ações que outrora fluíam.

A ESF que ora se analisa, sintoniza como um modelo de medicina alternativa que tem raízes históricas na Conferência de Alma-Ata, em 1978, quando se entendia a saúde numa lógica diferenciada para a medicina cientificista, sendo definida como:

Cuidados essenciais, baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação (SILVA, 1998, p.53).

Assim, a saúde comunitária foi pensada pelo médico inglês Bertrand Dawson que criou o modelo de Medicina Comunitária. Esse propôs que o Estado fosse o provedor e controlador das políticas de saúde e aos serviços caberiam ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas. Dawson criticava a separação entre medicina preventiva e a medicina curativa e “propunha uma atuação

---

<sup>1</sup> Passada mais de uma década da implantação do PSF no País, o Ministério da Saúde realizou uma avaliação normativa do processo de implantação do programa.

<sup>2</sup> Município localizado na região noroeste do RS, com 3.978 habitantes, segundo IBGE (2010) e uma área de 123 Km.

coordenada por meio de médicos generalistas, capazes de atuar sobre os indivíduos e sobre as comunidades” (SILVA, 1998, p. 54).

Desse modo, a medicina comunitária possui a função integradora por meio da qual há intervenção social sobre os grupos marginalizados, servindo de base para programas que interessam à estrutura econômica, como o programa de planejamento familiar. Porém, as práticas curativas ou preventivas continuam centradas no ato médico, oferecendo cuidados primários para os segmentos menos favorecidos e a Medicina flexneriana<sup>3</sup> para os segmentos mais abastados. Além disso, os recursos de maior tecnologia e complexidade são utilizados pela população dos centros urbanos, devido à dificuldade de deslocamento da população da periferia (SILVA, 1998).

No Brasil, as concepções em torno das políticas de saúde pública a partir da construção da Rede Básica de Saúde remontam a décadas passadas. A Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) estabeleceu novos paradigmas relativos a direitos e deveres da população e, dentre eles, o direito a saúde pública de qualidade. O texto *A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas*, enfoca o processo histórico desta evolução no País e marca o período como determinante na mudança de direção de um sistema de saúde, centrado na terapia, para outro, cujo papel é a promoção e a proteção à saúde coletiva (MERHY, 1997). Neste sentido, as políticas públicas relativas à saúde foram desencadeadas e articuladas ao processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), pautando-se pela necessidade da promoção da saúde coletiva, da descentralização e do suporte estratégico de mudança nas práticas de saúde. A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dá o suporte legal para isto (BRASIL, 1990).

Ainda, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), para entender a gestão do SUS, o conjunto de estratégias para desencadear o Programa da Saúde da Família, na época, ocorreu por meio da implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde pública, em que suas competências e estrutura de funcionamento são norteadas por princípios e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde. De forma genérica, as ações se voltam para

---

<sup>3</sup> De acordo com Silva (1998), o Relatório de Flexner de 1910 é o marco da Medicina Científica, que pressupõe um modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde, por meio da expansão de clínicas, especialmente hospitais, associando-se a assistência médica a expansão dos laboratórios e a indústria farmacêutica, portanto, com ênfase na medicina curativa.

a promoção da saúde, prevenção, recuperação e manutenção da saúde das comunidades (BRASIL, 2003). Por sua vez, a democratização e participação das comunidades na gestão da saúde pública estão dispostas na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual institui as conferências e os conselhos de saúde como instâncias que fomentam a participação, estes últimos em caráter permanente e deliberativo (BRASIL, 1990).

Considerando-se que a saúde da família resulta de um conjunto de fatores que vão desde as condições básicas, de alimentação, moradia, educação, saneamento, dentre outras, é relevante que o serviço de saúde cumpra com a função de um atendimento integrado de serviços de orientação, prevenção e assistência, com profissionais qualificados. Neste viés, este estudo visa discorrer sobre os avanços e retrocessos no processo de vigência da ESF de Novo Barreiro/RS, analisando as características de sua implantação e as razões das mudanças, com o intuito de contribuir na busca de alternativas que possam qualificar os serviços municipais de saúde.

## **1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO ESF EM NOVO BARREIRO/RS**

O processo da Estratégia de Saúde da Família no município tem origem com a emancipação política administrativa de Novo Barreiro em 1992. Para isso, os administradores tiveram a preocupação de debater com os usuários a questão da saúde preventiva. Nesse cenário, dentre outras ações, houve contratação de agentes municipais de saúde, que foram capacitados pelos profissionais da área da saúde, especialistas em medicina geral comunitária.

Em 1998, o município implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), serviço este sob a coordenação de uma enfermeira<sup>4</sup> instrutora/supervisora que tinha seu foco principal a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Em 2000, o Programa Saúde da Família foi implantado, após várias discussões nas comunidades no ano anterior, com a coordenação do Conselho Municipal de Saúde e dos profissionais da saúde: médico, enfermeira,

---

<sup>4</sup> A enfermeira realiza em 1998, treinamento introdutório e especialização na Unijuí, em Saúde Pública.



agentes de saúde, técnicos de enfermagem e secretário municipal de saúde. Na sequência, o projeto foi explanado e debatido pelos usuários e profissionais numa Conferência Municipal de Saúde, concluindo que seria um complemento para a secretaria de saúde, tanto na questão da proposta do programa como no incentivo financeiro que seria repassado para o município.

O PSF deixa de ser um programa e passa a ser ESF de acordo com a portaria N.º 648, de 28 de março de 2006, ou seja, o Ministério da Saúde justifica a necessidade de transformação do programa em estratégia e, portanto, uma estratégia de reorganização da atenção primária à saúde pública, sem previsão de finalizar esta reorganização:

“Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil; Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil” (BRASIL, 2006, p. 1).

## **1.1 Contextualização do serviço público da saúde de Novo Barreiro/RS**

Primeiramente é necessário situar o trabalho desenvolvido e o contexto da saúde pública do município em questão. É importante considerar que, ao longo da construção do SUS e da saúde da família, há um saber construído pelos profissionais que atuam na ponta do sistema, que é o nível local, lugar onde concretamente um número significativo dos profissionais da saúde atua juntamente com a população. Nesse sentido, o Pacto firmado entre os gestores do SUS pressupõe a adesão do município (BRASIL, 2006).

Neste sentido, saber ouvir, valorizar e qualificar esses saberes é uma importante tarefa para os gestores na construção do projeto coletivo da saúde. No serviço de saúde, a participação na rede em estudo é de atender às necessidades básicas pré-existentes da população/usuários, mediante o planejamento e considerando as atribuições específicas de cada profissional envolvido no trabalho da equipe ligada à saúde da família.

A Secretaria Municipal de Saúde é o único prestador de serviço de saúde municipal, assim, todas as ações dependem exclusivamente do setor público. O

município conta com duas equipes de saúde da família (ESF1 e ESF2)<sup>5</sup>, incluindo o serviço de saúde bucal. A Estratégia de Saúde da Família possui cobertura de 100%, sendo uma localizada na área urbana do município, que possui 2.614 habitantes atendidos e outra equipe atende o meio rural, que conta com 1.350 pessoas. Existem recomendações e critérios para definir a população atendida por uma ESF. Por esses critérios, cada equipe de Saúde da Família é responsável por um número determinado de famílias. Há recomendação de que cada ESF acompanhe entre 600 e 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4500 pessoas (BRASIL, 2006).

## **1.2 Analisando o funcionamento do ESF no município**

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) determinou na Agenda de Compromisso pela Saúde três eixos fundamentais: O pacto em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o pacto em defesa da vida e o pacto de gestão. Uma das macroprioridades, no pacto em defesa da vida, que se destaca é o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados pelo SUS com ênfase para qualificação Estratégica da Saúde da Família (BRASIL, 2006).

A ESF foi pensada como uma maneira de mudar o modelo tradicional centrado no médico-paciente, buscando inserir nas unidades básicas de saúde a implantação de equipes multiprofissionais. Cada equipe tem uma área de abrangência municipal delimitada com 4.500 pessoas, de acordo com as normas e diretrizes do programa, sendo responsável pelo acompanhamento das famílias correspondidas nesta área. No ano de 2006, foram revisadas as respectivas normas e diretrizes por meio da Portaria nº. 648, em que os requisitos para o funcionamento da ESF necessitam de equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentre outros; consultório médico, odontológico e de enfermagem para os profissionais que atuam na atenção básica. Os agentes de saúde são o elo entre os usuários e o serviço de saúde, realizando visitas domiciliares diariamente, acompanhando uma média de

---

<sup>5</sup> A equipe da ESF1 funciona na sede do município e a ESF2 funciona na Linha Biriva, interior do Município de Novo Barreiro (RS).

750 pessoas por agente comunitário de saúde (ACS) na sua área de abrangência. (BRASIL, 2006).

O objetivo do programa é desenvolver ações voltadas basicamente na prevenção, promoção da saúde, recuperação, reabilitação de doenças principalmente de prevalência local e manutenção da saúde da comunidade. Uma das prioridades do programa é a visita domiciliária às famílias, sendo realizada por todos os integrantes da equipe. No entanto, o programa não funciona dentro das normas e diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, pois comumente os usuários do meio rural procuram o serviço situado na área urbana do município, por ele ter melhor estrutura física e de recursos humanos, como sala de vacinas e a secretaria de saúde estar inserida na própria unidade.

Em relação à infra-estrutura para o funcionamento da ESF é necessário área de recepção, local para registros e arquivos, sala de cuidados básicos de enfermagem e sala de vacinas e sanitários, por unidade; equipamentos e materiais adequados ao elenco das ações propostas de forma a garantir a resolutividade da atenção básica (BRASIL, 2006). Constata-se, então, que a unidade localizada na área rural não atende a estas prerrogativas.

A distribuição da população por grupo etário atendida nas respectivas unidades é assim feita: 38 pessoas menores de 01 ano; 184 com faixa etária entre 01 a 04 anos; 905, entre 05 e 19 anos; 1648 entre 20 a 49 anos; 546 entre 50 a 59 e 643 acima de 60 anos de idade, conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)<sup>6</sup>. Considerando-se a reduzida demanda de atendimento, o funcionamento de duas equipes ultrapassa a necessidade, portanto o serviço prestado poderia ter melhor resolutividade.

Os serviços e ações de saúde desenvolvidos na rede básica em foco pelos profissionais eram, no início do programa, realizados da seguinte forma: os usuários que chegavam à unidade recebiam uma senha, distribuída pela secretária, para as consultas médicas, sendo que esta também encaminhava os demais usuários para os outros serviços solicitados. Os usuários eram avaliados por um técnico de enfermagem, que verificava os sinais vitais antes de ser encaminhado para a consulta médica ou para a consulta enfermagem. Todavia, estas práticas foram alteradas e desqualificaram o processo de triagem, visto que atualmente são

---

<sup>6</sup> O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) constitui-se a partir do conjunto de dados informados pelas equipes de saúde da família ao Ministério da Saúde.

destinadas quinze fichas para consulta médica, acrescidas de emergências necessárias.

Outro retrocesso, diz respeito às visitas realizadas pela equipe aos domicílios. Pode-se citar como referência a utilização exclusiva do veículo para este fim e para o trabalho com os grupos nas comunidades do interior e que, na atualidade, é corriqueiramente utilizado para transporte de pacientes para outros municípios. Apesar da continuidade do programa, outro retrocesso da ESF no município é a ausência do prontuário. Quando ocorreu a emancipação política administrativa de Novo Barreiro, foi realizado pelos agentes de saúde um cadastro familiar, com dados sócio-econômico e dados relacionados a saúde e doença da família.

Com a implantação do PSF, em 2000, esses cadastros continuaram inclusive por ser um cadastro familiar e por conter o registro de toda a história pregressa do usuário, servindo inclusive como documento. Porém, após a mudança da linha política do governo municipal, os gestores e alguns profissionais optaram pela implantação do SEPIN (Sistema de Gestão de Informações de Saúde), que é um programa informatizado com registro dos atendimentos por vários profissionais e procedimentos realizados pelos pacientes, que veio a abolir o prontuário. Por várias reuniões de equipe, solicitou-se a retomada do prontuário e até então não houve resolução. A argumentação dos gestores é da proposição de informatização dos consultórios para que o profissional médico registre cada paciente atendido, alegando não haver necessidade do prontuário.

As consultas são realizadas pelos dois médicos das ESF, nas respectivas unidades nos dois turnos. Atuam ainda, um ginecologista, uma psicóloga e uma fonoaudióloga na unidade básica de saúde num turno, estes profissionais não são vinculados a ESF. A enfermeira realiza consultas de enfermagem, coleta de material para exames citopatológicos, pré-natal, puericultura, teste do pezinho e trabalhos de prevenção nas escolas e comunidade. Além destes atendimentos, coordena a equipe de enfermagem, a estratégia de saúde da família e a parte administrativa dos demais programas e ações em saúde. Enfim, desempenha atividades de enfermagem, especificamente aquelas de responsabilidade da enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde que possui em sua operacionalização a Estratégia da Saúde da Família, no município do Novo Barreiro/RS.

É de competência da Secretaria Municipal de Saúde assegurar o atendimento integral, isto é, com a disponibilidade de carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais da equipe de saúde da família, da equipe de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. No entanto, alguns destes não cumprem este dispositivo, decorrente de acordo interno com os gestores municipais da saúde ou negligência destes, o que incorre num problema tanto de qualidade do trabalho, quanto de cunho administrativo.

Cada equipe desenvolve o programa de hipertensão e diabetes, no qual é realizado o atendimento de grupos, em que se realizam atividades como: verificação de pressão arterial, exercícios físicos, distribuição de medicamentos e palestras com assuntos abordados pelos profissionais da equipe. O encontro é realizado mensalmente. Também, encontra-se em funcionamento o grupo de gestantes, o programa de saúde da mulher e da criança, nos quais são realizadas palestras e o acompanhamento das gestantes e das crianças com uma reunião mensal. O serviço de odontologia funciona por meio de agendamento, totalizando o atendimento de doze usuários por dia e, também, às urgências que emergem. O odontólogo também faz parte da ESF e desenvolve ações de promoção da saúde bucal nas escolas do município.

No capítulo II da Portaria 648, do Ministério da Saúde consta como um dos princípios gerais da ESF e que embasa o seu funcionamento em nível local:

“(...) atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando cuidados dos indivíduos e da família ao longo do tempo, mantendo postura pró-ativa frente aos problemas saúde-doença da população” (BRASIL, 2006, p.7).

Também, é necessário ressaltar a importância e necessidade do processo avaliativo no funcionamento da ESF. A equipe inicialmente reunia-se quinzenalmente para reunião de equipe com o intuito de avaliar o trabalho realizado, estudar sobre assuntos diversos de interesse da equipe, bem como planejar o que seria trabalhado em visitas domiciliárias pelos agentes comunitários de saúde e também nos grupos nas comunidades. Esse momento não ocorre sistematicamente, e quando acontece, não está direcionado e específico a este programa, restringindo-se a questões administrativas e de informações relativas a gestão de saúde municipal..

Ainda, prevalece a visão do atendimento à saúde, pelos gestores locais, como um atendimento de demandas no viés da política assistencialista. Portanto, é questionável a postura dos gestores que, muitas vezes, se omitem ou dificultam ações e planejamentos de cunho preventivo, de promoção e de equidade no atendimento à saúde. A participação efetiva na contribuição destas atribuições prioriza acima de tudo a humanização e qualidade de vida de todo e qualquer usuário, a atenção à saúde é centrada no sujeito do cuidado, saber agir compartilhado com trabalho em equipe com ação voltada para as necessidades de saúde, integralidade do cuidado, valorização do processo saúde-doença com planejamento das ações e capacidade de atuação compartilhada entre a equipe multidisciplinar, buscando a intersetorialidade (BRASIL, 2006).

Existem alguns fatores que facilitam a construção das redes como a cooperação da equipe e a participação da estratégia da saúde da família preconizando a integralidade das ações, universalidade nos atendimentos enfim o que o SUS estabelece. Um caminho efetivo fundamental para a gestão dos serviços e gestão do cuidado é o caminho da educação permanente em saúde tendo como compromisso de gestores e trabalhadores cuidar melhor da saúde das pessoas, das famílias e da população pela qual a equipe é responsável, procurando algumas definições importantes como transparência do projeto da instituição da saúde (BRASIL, 2006).

O desafio posto é a necessidade de fortalecer a rede básica, fazendo modificação completa na organização do serviço, dando qualidade e resolutividade, primando pelo acolhimento do usuário. Uma das principais características da organização do sistema de saúde é o acolhimento, ou seja, a porta de entrada aonde o usuário vem até o serviço de saúde e é acolhido para o atendimento, primeiramente para atenção primária e nos casos em que não há resolutividade do problema são encaminhados ao centro de atendimento especializado ou em nível hospitalar (SOARES, 2008).

Alguns pressupostos relevantes acerca do acolhimento como uma rede de conversação na rede básica de saúde. O primeiro nível de atenção corresponde ao acolhimento, produção de serviços e porta de entrada, garantindo o acesso e tendo qualidade e preparo dos profissionais para o atendimento básico. O acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância no campo médico-sanitário, inclusive

busca qualificar o acesso e a recepção dos usuários nos atendimentos. A rede corresponde a um encontro, um momento de conversa que envolve usuários e os profissionais no serviço de saúde e o funcionamento dela vai depender do desempenho de quem está na recepção para atender o usuário no serviço, sempre buscando suprir as necessidades apresentadas por ele (TEIXEIRA, 2010).

Outra característica do sistema de saúde é a organização do trabalho: em equipe, integrada e interdependente. Os sistemas organizados de prestação de serviços nas redes prestam uma continuidade no atendimento à população e se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população que o servem. No Pacto de gestão pelo SUS, sugere-se para a superação da fragmentação das políticas e dos programas de saúde, a construção de uma gestão calcada numa rede solidária, que se organize de forma regionalizada, no sentido de qualificar as ações e os serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Atualmente, após duas décadas de existência, o Sistema Único de Saúde vem se consolidando e qualificando-se na democratização do serviço de saúde pública, percebido pela evolução na descentralização e municipalização de suas ações e serviços, demonstrando a viabilidade da construção de uma rede de saúde democrática, universal, efetiva, eficiente e de viés preventivo (BRASIL, 2006).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considera-se que a ESF tem como principal finalidade desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e de reabilitação tanto na saúde individual quanto na coletiva, o estudo apontou alguns entraves em nível de funcionamento desta estratégia no município de Novo Barreiro.

Em relação à ESF2, constatou-se que o serviço de saúde não atende às expectativas do programa, visto que a maioria dos usuários não a procura pela dificuldade de acesso, pela falta de equipamentos, de estrutura física, de recursos humanos e por não estar em funcionamento a sala de vacinas. Além disso, numa das microáreas de abrangência desta ESF não há acesso rodoviário para o

deslocamento até a unidade de saúde, logo, os usuários têm mais facilidade para conduzir-se a unidade de ESF1, sobrecarregando portanto, a unidade central.

Pode-se destacar que a suspensão da triagem realizada pelos técnicos de enfermagem, utilizando critérios de urgência e emergência, foi um retrocesso gritante, pois os usuários recebiam algum tipo de atendimento, ou seja, consulta de enfermagem e eram orientados a retornar no dia seguinte para posterior consulta médica, se a conduta não obtivesse resolutividade.

Assinala-se como outro percalço, a realização esporádica das visitas domiciliárias, devido à falta de disponibilidade de transporte para o deslocamento dos profissionais de saúde, sendo que a maioria das visitas é na zona rural e é de difícil acesso à área geográfica. O Ministério da Saúde disponibilizou recurso para aquisição de veículo desde a sua implantação para ser utilizados exclusivamente para as visitas domiciliárias, no entanto não vem sendo utilizado para esta finalidade. É importante ressaltar que o processo de construção de uma concepção no viés da saúde comunitária e preventiva passa a ser relegada a segundo plano.

A ausência do prontuário é um obstáculo não somente para o funcionamento do programa, como também no sentido de registrar uma série de informações pertinentes ao paciente e sua doença, servindo inclusive de documento. Cabe aos gestores garantir a operacionalização disso, como forma de qualificação do trabalho desenvolvido e como garantia e respaldo legal, tanto aos pacientes quanto aos profissionais da saúde.

Além destes estrangulamentos citados podem existir situações inesperadas como adoecimentos, afastamentos, licença gestante dentre outras, pois a equipe não dispõe de funcionários suficientes para realizar a substituição em alguns destes casos. Logo os gestores deverão ter o compromisso de substituí-los sob pena de levar a suspensão do programa, haja visto que os profissionais da ESF não podem ficar afastados por período superior a 90 dias.

Diante desse quadro, postam-se grandes desafios e possibilidades: a necessidade de formação continuada para a equipe de saúde; a realização de um processo avaliativo diagnóstico e de planejamento coletivo para a reestruturação de funcionamento, utilizando-se os canais institucionais ou pelo debate político. Há também a possibilidade da denúncia formal, quando se esgotam os caminhos do



diálogo na execução mínima do funcionamento e da garantia dos direitos dos usuários.

A Conferência Municipal da Saúde constitui-se num espaço privilegiado para esta *práxis*, apesar de ser obrigatório aos gestores a sua proposição, é um canal relevante para a participação popular na avaliação e proposição de alternativas para a saúde pública na concepção comunitária em nível local. As políticas públicas são decorrentes das concepções que os gestores possuem, no entanto a pressão popular pode e deve exigir no mínimo a manutenção dos direitos conquistados e previstos na lei.

## **BIBLIOGRAFIA**

BRASIL, **Constituição Federal de 1988**. Título VIII - Da ordem social. Capítulo II. Seção II, Da Saúde. Art. 196, 197, 198,199 e 200. Brasil, 1988.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para 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, v. 128, n. 182, p. 18055-18059, Seção I, pt. 1, set. 1990 (a).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 68, n. 249, p. 25694, Seção I, dez. 1990 (b).

BRASIL. CONASS. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília CONASS, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação Normativa do Programa da Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família – 2001/2001**. Brasília: Editora MS, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Atenção Básica. Modelo de qualificação da estratégia saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004

BRASIL. Diário Oficial da União. **Portaria Nº 648/GM de 28 de Março de 2006**. Brasília, n. 61, 29/03/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Série Pacto pela Saúde, pela Vida e de Gestão**. Brasília, 2006.

BRASIL. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponibiliza estatística e publicações. Brasil, 2010. Disponível no site: <http://www.ibge.gov.br>, acessado em mai 2011.

MERHY, E.E. **A Rede Básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas**. In: MERHY, E.E ONOCKO, R.(orgs) Agir em saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

SOARES, Marcos Hirata. **A inserção do enfermeiro psiquiátrico na equipe de apoio matricial em saúde mental**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.). 2008, vol.4, n.2, pp. 00-00. Disponível no site: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>, acessado em mar 2011.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde O debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Ed.Hucitec,1998.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações (24/09/2010)**. Disponível no site: <http://www.corposem.org/rizoma/acolhiconversa.htm>, acessado em 25 mai 2011.