

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA – UNIARA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E
MEIO AMBIENTE**

ANGÉLICA AUGUSTA CAMARGO

**O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MATÃO-SP: UMA
ANÁLISE A PARTIR DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS BENEFICIÁRIOS**

**ARARAQUARA
2015**

ANGÉLICA AUGUSTA CAMARGO

**O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MATÃO-SP: UMA
ANÁLISE A PARTIR DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS BENEFICIÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Exame de Qualificação do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Políticas públicas e Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Manoel de Moraes Camargo Almeida

**ARARAQUARA
2015**



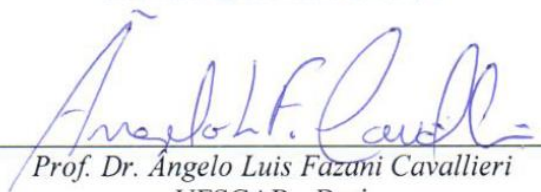
FOLHA DE APROVAÇÃO

NOME DO ALUNO: *Angélica Augusta Camargo*


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, curso de Mestrado, do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA – como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente.

Área de Concentração: Dinâmica Regional e Alternativas de Sustentabilidade.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Angelo Luis Fazani Cavallieri
UFSCAR - Buri



Prof. Dr. Oriowaldo Queda
UNIARA - Araraquara



Prof. Dr. Luiz Manoel Moraes Camargo Almeida
UNIARA - Araraquara

Araraquara – SP, 23 de abril de 2015.

FICHA CATALOGRÁFICA

C175p Camargo, Angélica Augusta

O Programa Saúde da Família no município de Matão-SP: uma análise a partir das condições de saúde dos beneficiários/Angélica Augusta Camargo. – Araraquara: Centro Universitário de Araraquara, 2015.

70f.

Dissertação (Mestrado) - Centro Universitário de Araraquara
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e
Meio Ambiente

Orientador: Prof. Dr. Luiz Manoel de Moraes Camargo Almeida

1. Políticas públicas. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Saúde da Família. 4. Gestores. I. Título.

CDU 504.03

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus,

Pela vida e por me conduzir ao caminho do bem, mesmo que em alguns momentos eu tenha pensado em desistir, me acolheu nos braços e me fez crer que eu seria capaz.

À minha mãe,

Discretamente me enveredei aos caminhos do saber, conduzida por sua energia e seu orgulho, que com toda sua simplicidade transmitiu no olhar um carinho mudo, que sem entender muito bem o processo, me deu a certeza que eu venceria.

Aos meus irmãos,

Que de longe acompanharam a minha jornada, transmitindo-me segurança e carinho nos momentos de angústia e incertezas.

Ao meu pai Dario Camargo (*in memoriam*),

Que, embora não mais entre nós, deixou a essência de caráter e dignidade para a minha jornada.

À minha companheira Renata Pezzolato,

A quem eu tenho um grande amor, que soube me entender em momentos conflituosos e mal humorados, que esteve comigo a todo instante, me proporcionando condições para amenizar a grande batalha e que muitas vezes em silêncio deixou sussurrar que estaria comigo em qualquer circunstância.

À Solange Lattaro Gonçalves,

Minha grande amiga a qual com certeza devo cada instante deste aprendizado, que esteve comigo nos pequenos e grandes desafios deste trabalho e que muitas vezes em momentos que deixei de acreditar, caminhou por mim para aliviar o meu cansaço devolvendo-me a segurança necessária para continuar.

À equipe multidisciplinar do ESF do Jardim Paraíso, em especial os agentes comunitários.

Aos companheiros alunos do Programa de Mestrado, em especial à Eliana de Almeida, pela troca.

Às enfermeiras Elisete Trovão de Sá e Lucele Schiavetto, pelo apoio e contribuição.

À gestora municipal Maria Alice Garcia Capparelli (Mara Capparelli), pela confiança e disponibilidade.

À gestora hospitalar Denise Paolinetti da Camara Minelli, pelo auxílio e disponibilidade.

Ao professor coorientador Dr. Oriowaldo Queda, por sua disponibilidade e contribuições no decorrer deste trabalho.

Ao mestre e orientador Dr. Luiz Manoel de Moraes Camargo Almeida, pela sabedoria na orientação e por sua compreensão, auxílio, exemplo, generosidade, paciência, disponibilidade e, sobretudo, por acreditar em mim.

“Muitas vezes nessa vida, nós somos o remédio da vida de outras pessoas! Quantas vezes você já curou uma pessoa com o seu abraço, uma visita inesperada, um sorriso, uma palavra, um carinho, ou até mesmo um e-mail enviado? Sua presença alegre a vida das pessoas, é um poderoso remédio contra a tristeza, a depressão, a dor e os sofrimentos da alma. Estar presente na vida das pessoas que amamos é milagre poderoso, que pode transformar-se em processos de cura absoluta.”

"A gratidão é o único tesouro dos humildes".

(William Shakespeare)

RESUMO

A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu o ano de 1994 como o ano Internacional da Família com a intenção de fomentar mudanças comportamentais no meio acadêmico e, principalmente, nos meios em que os gestores de políticas públicas atuam em relação à importância da família nos processos de viver e ser saudável. A construção do Sistema Único de Saúde avançou de forma substantiva nos últimos anos e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da atenção primária à Saúde. Entretanto, a capacidade de resposta dos sistemas de saúde às necessidades da população é questionável, em especial dentro do modelo centrado no médico e no hospital. O objetivo do presente trabalho é analisar a eficácia, os entraves e as efetividades sociais da Estratégia da Saúde da Família (ESF), em três bairros – Jardim Paraíso, Silvânia e Horto Florestal, no município de Matão-SP, com base nas atividades desenvolvidas pela ESF, que envolve a gestão e as condições de saúde de seus usuários. A pesquisa configura-se enquanto um estudo de caso, de objetivo exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa. Foram realizadas entrevistas com 150 pessoas que participam do programa e com o gestor hospitalar e secretário municipal, por meio de roteiros com questões abertas. Os resultados finais apresentam pontos negativos, que ainda necessitam de alguns ajustes, do ponto de vista orçamentário e estrutural; e pontos positivos em relação à organização e ao atendimento oferecido pelo programa de acordo com a proposta do Ministério da Saúde (MS), que é a de garantir os direitos dos cidadãos quanto à universalidade, equidade e integralidade.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Sistema Único de Saúde. Saúde da Família. Gestores.

ABSTRACT

The Organization of United Nations (OUN) declared 1994 as the International Year of the Family with the intention of promoting behavioral changes in the academic world and especially in the media in which policymakers act on the importance of the family in processes of living and being healthy. The construction of the National Health System has advanced in a substantive way in recent years and every day to strengthen the evidence of the importance of primary health. However, the responsiveness of health systems to people's needs is questionable, especially within centered model of doctor and hospital. The objective of this study is to analyze the effectiveness, barriers and social effectivities of the Family Health Strategy (FHS), in three neighborhoods – Jardim Paraíso, Silvânia and Horto Florestal, in Matão-SP, based on the activities developed by the ESF, which involves managing and conditions health of its members. The research sets up as a case study, an exploratory objective, with quantitative and qualitative approach. Interviews were conducted with 150 beneficiaries and the hospital and city manager, through scripts with open questions. The final results are negative points which still need some tweaking, the budget and structural point of view; and strengths in relation to the organization and customer service offered by the program according to the proposal of the Ministry of health (MS), which is to guarantee the rights of citizens with regard to universality, fairness and completeness.

Keywords: Public Policies. Family Health. Health System. Managers.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização para Internação Hospitalar
APS – Atenção Primária à Saúde
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CER – Colegiado de Gestão Regional
CFM – Conselho Federal de Medicina
CIB – Comissões Intergestores Bipartite
CIT – Comissões Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DRS – Departamento Regional de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
GAPI – Grupo de Análise de Políticas de Inovação
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Normas Operacionais Básicas de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PDR – Plano de Desenvolvimento Regional
PSF – Programa Saúde da Família
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica
SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Organograma da gestão do SUS.....	15
Figura 2: Demonstrativo do Pacto pela Saúde.....	15
Figura 3: Cronologia das Conferências Nacionais de Saúde.....	29
Figura 4: Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde.....	35
Figura 5: Região administrativa do município de Matão/SP.....	38
Figura 6: Mapa territorial desenvolvido pela Equipe de Agentes Comunitários de Saúde do ESF de Matão.....	43
Figura 7: Arquivo de prontuários divididos por cores conforme as micro áreas.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Histórico da cobertura do PSF.....	35
Tabela 2: Número de famílias atendidas pelo ESF Matão.....	42
Tabela 3: Distribuição dos usuários do Programa Saúde da Família segundo o Bairro.....	45
Tabela 4: Distribuição do usuário, segundo faixa etária.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Questões e grupos de referência em relação aos usuários da ESF Matão.....	46
Quadro 2: Questões e grupos de referência em relação aos gestores da ESF Matão.....	46
Quadro 3: Principais entraves e efetividades da ESF em Matão (Usuários).....	52
Quadro 4: Principais entraves e efetividades da ESF em Matão (Gestão).....	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Relação dos investimentos da Saúde com outros Ministérios em 2013.....	34
Gráfico 2: Meta e evolução do número de equipes de Saúde da Família implantadas.....	36
Gráfico 3: Evolução da População Coberta por Equipes de ESF Implantadas.....	36
Gráfico 4: Distribuição dos usuários do Programa Saúde da Família segundo o Bairro.....	50
Gráfico 5: Distribuição do usuário, segundo faixa etária.....	51

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
APRESENTAÇÃO DO TEMA	13
OBJETIVOS	18
ASPECTOS METODOLÓGICOS	19
ESTRUTURA DO TRABALHO	19
1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	21
1. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	22
2 HISTÓRICO E RELEVÂNCIA DAS AÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	25
3 UNIVERSO EMPÍRICO E CAMINHOS DA PESQUISA	37
3.1 LOCAL DE ESTUDO	38
3.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	45
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO: ENTRAVES E EFETIVIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MATÃO-SP	48
4.1 AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS	49
4.2 AVALIAÇÃO DOS GESTORES	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	65
APÊNDICE A: ROTEIRO BASE PARA A ENTREVISTA COM BENEFICIÁRIOS DA ESF	65
APÊNDICE B: ROTEIRO BASE PARA A ENTREVISTA COM OS GESTORES MUNICIPAL E HOSPITALAR.....	66

INTRODUÇÃO

Apresentação do tema

A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu o ano de 1994 como o Ano Internacional da Família com a intenção de fomentar mudanças comportamentais no meio acadêmico e, principalmente, nos meios em que os gestores de políticas públicas atuam em relação à importância da família nos processos de viver e ser saudável.

A experiência brasileira do modelo de atenção voltado para a saúde da família tem proporcionado possibilidades de mudanças nas relações entre os profissionais de saúde e destes para com a população, tanto na estruturação dos serviços de saúde quanto no padrão de assistência oferecidos pelo sistema público.

Para isso, é necessário o exercício de uma nova prática baseada em outra racionalidade, partindo de uma premissa solidária e construída de forma democrática e participativa que, por isso, seja capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos protagonistas do seu processo de desenvolvimento (CENTRO PAULA SOUZA, 2009).

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) avançou de forma substantiva nos últimos anos e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo. Os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas (federal, estaduais e municipais), dos estudos acadêmicos, dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm ao encontro do consenso de que ter a APS como base dos sistemas de saúde é essencial para o bom desempenho destes.

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tomados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando à atenção a saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção contínua a saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

Como estratégia de transformação dos modelos assistenciais vigentes, o Ministério da Saúde (MS) elegeu o Programa Saúde da Família (PSF) como um dos caminhos de enfrentamento do desafio posto pela realidade, a saber; o de adotar medidas concretas no

sentido de conquistar uma nova dimensão à saúde que envolva novos âmbitos físicos de atenção profissional e social (BRASIL, 2001).

O estudo pretende fornecer subsídios para o aprimoramento das ações desse programa considerado tão relevante para as condições de saúde da população, a partir de uma visão dos usuários para com a gestão do programa. Com isso, refere-se à necessidade de adotar a humanização como diretriz de Política Transversal, aqui entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema, caracterizando uma construção coletiva em que o Programa Saúde da Família (PSF) “é um elo cultural que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e do saber popular” (BRASIL, 2001).

Entretanto, a capacidade de resposta dos sistemas de saúde às necessidades da população é questionável, em especial dentro do modelo centrado no médico e no hospital. Alguns exemplos nesse sentido são pesquisas que apontam que “uma redução de cerca de seis a doze meses na expectativa de vida da população dos Estados Unidos pode ser creditada à iatrogenia médica, sendo essa a terceira causa de óbitos naquele país” (BRASIL, 2011a, p. 11). Por isso, há que se garantir a universalização do acesso, com maior atenção ao consumo indiscriminado e mercadológico de tais serviços (BRASIL, 2001).

Com a implantação do SUS e a implementação das diretrizes de descentralização, o Ministério da Saúde (MS) passa a desenvolver projetos direcionados para a melhoria no SUS, já que vários trabalhos e pesquisas desenvolvidas apontam claramente a não totalidade de suas metas com relação à eficácia. Neste processo, a saúde tem sido pauta de intensos debates e constantes movimentos que visam assegurar a garantia do acesso à integralidade da atenção e o equilíbrio entre recurso e demanda (BRASIL, 2006; ANDRADE, 2007 apud OHARA; SAITO, 2008, p 21).

Para o processo de organização deste sistema, o artigo 196 da Seguridade Social da Constituição de 1988, define como diretrizes a descentralização com direção única em cada esfera do governo, o atendimento integral e a participação da comunidade.

Na sequência da promulgação do SUS, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de 19/09/1990 teve por finalidade disciplinar a descentralização política administrativa; a LOS nº 8.142 de 28/12/1990, a de assegurar a participação da comunidade na gestão do SUS e definir os critérios para transferências de recursos financeiros na área da saúde. Essas são consideradas leis infraconstitucionais, que não estão incluídas na norma constitucional, referentes à Sessão II – DA SAÚDE (ANDRADE, 2007, apud OHARA; SAITO, 2008, p. 23).

A efetivação de um SUS cujos princípios são universalidade, integralidade e a equidade traduzem-se em um desafio de grande ordem ao considerarmos que o país compõe-se de mais de 5.500 municípios com diversidades política, socioeconômica, cultural, educacional estrutural, exigindo o estabelecimento de diretrizes que possibilitem adequação ao perfil desses municípios (MERHY; ONOCKO, 2002 apud OHARA; SAITO, 2008, p 23).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) visam dar sustentabilidade aos enunciados Constitucionais e às LOS, compondo um conjunto de Leis, decretos e Normas Operacionais que culminaram nas Normas Operacionais da Assistência 2001 e 2002 e no Pacto pela Saúde em 2006 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006, apud OHARA; SAITO, 2008, p. 24).

O organograma abaixo mostra a organização das ferramentas para a efetivação do SUS:

Figura 1: Organograma da gestão do SUS

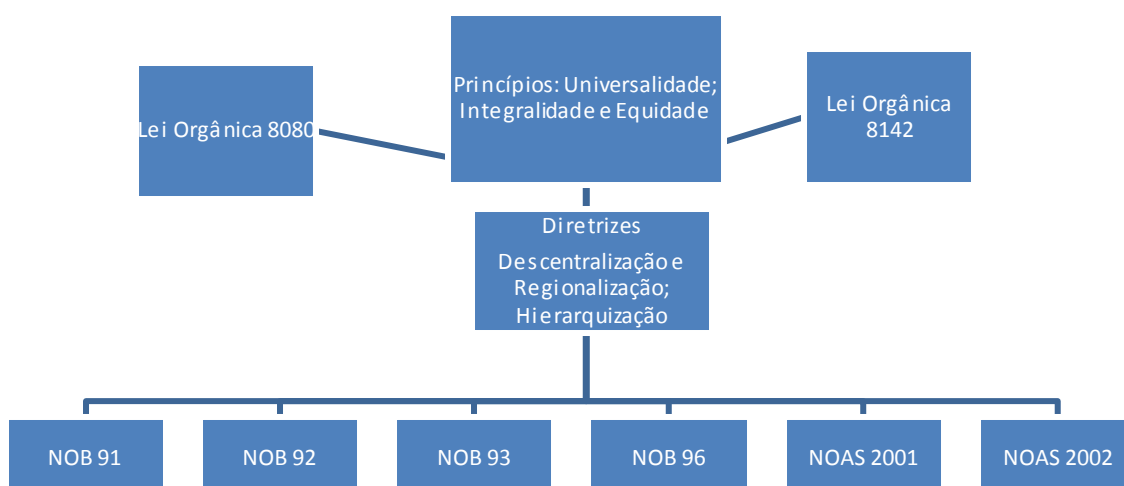
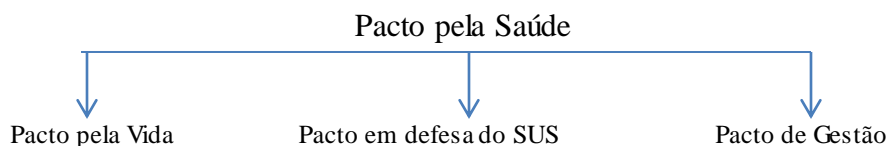


Figura 2: Demonstrativo do Pacto pela Saúde



Fonte: Elaboração do autor, 2014.

De modo geral, as NOBs representam um conjunto de instrumentos com a finalidade de efetivar e auxiliar na construção do SUS. A NOB 01/91 define os critérios de distribuição de Autorização para Internação Hospitalar (AIH), o quantitativo para os estados e os critérios de transferências para a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA).

A NOB 01/92, que marca o início do movimento municipalista, precursora do documento “ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (BRASIL, 1992).

A NOB 01/93, por sua vez, propõe estimular a descentralização, reformular o modelo assistencial hegemônico; também, eliminar a corrupção, orientar participação de secretários de saúde municipais e estaduais nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) no âmbito estadual e Tripartite (CIT) no Federal, definir as instâncias para a participação da comunidade sendo estas constituídas pelo Conselho de Saúde nos seguintes níveis: Nacional, Estadual e Municipal. Ainda, tem as competências das três esferas do Governo nas modalidades de gestão: incipiente, parcial e semiplena (BRASIL, 1993).

Finalmente, a NOB 01/96 estabelece a municipalização como estratégia do funcionamento do SUS, levando a um redirecionamento das ações voltadas à saúde coletiva ou individual da população, priorizando a assistência domiciliar. De acordo com as Normas Operacionais Básicas de Assistência à Saúde (NOAS) de 01/2001, deve-se:

- Ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica;
- Estabelecer o processo de regionalização (como estratégia de hierarquização);
- Criar mecanismos de fortalecimento da Gestão do SUS;
- Atualizar os critérios habilitação/debilitação de estados e Municípios.

A regionalização sistematizada na NOAS/2001 e NOAS/2002 estabelecem competências das secretarias estaduais e do Distrito Federal para a elaboração do Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) e contribui com a organização do sistema, apontando a estratégia de regionalização como eixo principal.

Com a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, o município passa a gerenciar todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em seu território e recebe recursos por habitante/ano. São acrescentadas estratégias mínimas como condição para habilitação tais como: Clínica Médica; Pediatria; Ginecologia; Cirurgia Geral; Serviços de Vigilância Sanitária; Ações de Epidemiologia (controle de tuberculose, diabetes, hipertensão, eliminação de hanseníase, saúde da mulher, da criança e bucal).

Nesse sentido, a contribuição do presente estudo funciona no sentido de subsidiar o aprimoramento das ações desse programa considerado tão relevante para as condições de saúde da população, a partir de uma visão dos usuários para com a gestão do programa.

A partir desta discussão, foram elaboradas as seguintes perguntas com a finalidade de orientar a análise dos dados: (1) Tendo em conta a importância da ESF, em que medida os beneficiários reconhecem os avanços nas suas condições básicas de saúde? Quais são os

entraves presentes? E qual a natureza das dificuldades elencadas? (2) Como os gestores avaliam a eficácia da ESF? Tendo em conta o caráter preventivo da Estratégia, em que medida reconhecem os avanços nesta avaliação, sobretudo pensando na desospitalização? (3) Como os gestores relatam ter conhecimento e familiaridade com a ESF enquanto uma política pública, bem como seus procedimentos e alcances? (4) Em que medida os depoimentos dos gestores municipal e hospitalar mostram aspectos de como se dá a relação entre estes dois diferentes âmbitos institucionais? Qual a efetividade de tal necessária articulação?

OBJETIVOS

O objetivo do presente trabalho é analisar a eficácia, os entraves e a efetividade social da Estratégia Saúde da Família (ESF) em um bairro no município de Matão-SP. Nessa perspectiva, a investigação pretende olhar o conjunto de atividades desenvolvidas pela ESF, identificando a eficácia do programa na questão da gestão e sua efetiva contribuição para as condições de saúde de seus beneficiários.

Para tanto, apresentam-se como objetivos específicos:

- Construir variáveis analíticas para avaliação de eficácia de gestão e de efetividade social para os beneficiários;
- Mostrar os entraves organizacionais e institucionais e a eficácia da gestão;
- Apontar o redirecionamento dos Programas a partir de uma proposta de integração dos mesmos;
- Analisar comparativamente se houve ou não a desospitalização a partir da implantação do PSF.

Aspectos metodológicos

A pesquisa trata-se de um estudo de caso, de objetivo exploratório e com abordagens qualitativas e quantitativas.

Os atores escolhidos para participar na pesquisa serão os membros da equipe multidisciplinar da ESF de Matão, os usuários e os gestores que atuam no município. Atualmente a equipe atende 962 famílias cadastradas na ESF, totalizando um público de 5.516 pessoas.

Foram realizadas entrevistas com 150 usuários da ESF, com o gestor municipal e com o gestor hospitalar, a partir de roteiros de entrevista com perguntas abertas (Apêndices A e B), além do diário de campo, a fim de analisar os efeitos da implantação da ESF tanto em âmbito institucional quanto em âmbito familiar.

Estrutura do trabalho

O trabalho está dividido em 4 Capítulos, além da Introdução, Considerações preliminares, Referências e Apêndices.

O Capítulo 1 apresenta o referencial teórico da pesquisa, a partir dos aspectos conceituais de políticas públicas e de uma de suas dimensões aqui em foco: avaliação de políticas públicas.

O Capítulo 2 trata do tema específico do trabalho: histórico das ações voltadas para a saúde da população brasileira, neste caso, o Programa Saúde da Família.

O Capítulo 3 aborda detalhadamente o universo empírico e os procedimentos metodológicos utilizados no desenvolvimento da pesquisa: caracterização do município de Matão-SP, a pesquisa de campo, bem como a coleta e análise dos dados.

O Capítulo 4 apresenta os resultados e discussões a respeito das principais efetividades e dos entraves da ESF em relação aos usuários e aos gestores do programa local, por meio de uma análise qualitativa e quantitativa dos dados. Por fim, são tecidas as considerações finais.

1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

1. Avaliação de políticas públicas

O trabalho de Belloni, Magalhães e Souza (2001 apud TRALDI 2011) procura descrever uma metodologia de avaliação em políticas públicas com base em uma experiência na educação profissional, ou seja, apresentam concepções e distinções entre a avaliação educacional, institucional e de políticas públicas. Portanto, o conceito de avaliação adotado refere-se à análise de processos, produtos ou resultados de atividades ou ações desenvolvidas, ou seja, de programas ou políticas. Para eles, esta modalidade carece de maior aprofundamento teórico e metodológico.

Segundo os autores, a avaliação de políticas públicas é uma área ainda rudimentar do ponto de vista conceitual e metodológico, devido às poucas experiências de avaliação de desempenho, de efeitos e de implementação de políticas, bem como pelas metodologias em geral utilizadas, que se concentram em resultados de impacto quantitativo e imediato das ações desenvolvidas. Essa metodologia é relevante quando se quer alcançar objetivos quantificáveis e de curto prazo, mas não oferece subsídios para a “apreciação” das consequências ou resultados mais amplos de ações que são difusas, como o caso de políticas.

Assim, os mesmos autores que enfatizam que a avaliação deve abranger o processo de formulação e implementação das ações e os resultados, tornando-se instrumento fundamental para o aperfeiçoamento ou reformulação das ações desenvolvidas. Do mesmo modo como apresenta Almeida (2008), onde a avaliação tem sido instrumento de gestão valioso para o conhecimento e a viabilização de programas e projetos, para o redirecionamento, quando se fizer necessário, de seus objetivos, até mesmo para a reformulação de rumos e propostas, fornecendo subsídios para tomadas de decisão.

A avaliação de políticas públicas não é simplesmente um instrumento de aperfeiçoamento ou redirecionamento dos programas empreendidos pelo governo, mas especialmente, uma ferramenta capaz de prestar contas à sociedade das ações governamentais. Também não podemos restringir a avaliação de políticas públicas apenas à aferição de suas metas quantitativas, mas devemos nos reportar à qualidade do resultado atingido. É dessa forma que os conceitos de eficiência, eficácia e impacto se revelam importantes, ao subsidiarem a tradução da avaliação do planejamento, do desenvolvimento e da execução da política pública como um todo (ALMEIDA, 2008, p. 49).

Os critérios analíticos ou avaliativos básicos usualmente propostos para avaliação de política pública são: eficiência, eficácia e efetividade social. Segundo Belloni, Magalhães e Souza (2001, p. 61-62 apud TRALDI, 2011) “a eficiência diz respeito ao grau de aproximação e à relação entre o previsto e o realizado, no sentido de combinar os insumos e implementos necessários à consecução dos resultados visados”. E abrange ainda metodologias, procedimentos e instrumentos de planejamento, projeção e tratamento.

Já a eficácia “é a relação entre alcance de metas¹ e tempo ou, em outras palavras, é grau em que se alcançam os objetivos² e metas do programa, em um determinado período de tempo, sem considerar os custos implicados” (CUNHA, 2006, p. 8 apud TRALDI, 2011). E corresponde ao resultado de um processo, ou seja, o resultado efetivamente alcançado, mas não pode restringir-se simplesmente à aferição de resultados parciais. Se expressa pelo grau de qualidade do resultado atingido e, depende da eficiência para ser atingida.

A efetividade social³ procura acompanhar os resultados tanto econômicos quanto sociais da política pública. Quando os critérios de avaliação focam os aspectos econômicos, as necessidades e interesses dos trabalhadores são consideradas indiretamente; por outro lado, quando são enfatizadas as dimensões sociais, o foco da política pública centraliza-se predominantemente nos interesses e nas necessidades dos trabalhadores.

No caso da pesquisa avaliativa de política pública, as hipóteses podem derivar de três origens: relativas às dimensões teóricas ou conceituais (voltadas a área de política pública ou ao objeto da política pública); relativas à gestão de políticas; e relativas aos resultados da política implementada. As variáveis ou categorias de análise⁴ na pesquisa avaliativa são formuladas a partir das hipóteses, e para a verificação de sua evolução e comportamento é preciso elaborar *indicadores* quantitativos e qualitativos (TRALDI, 2011), os quais serão descritos a seguir.

Segundo Almeida (2008), a definição de um indicador ou de seu conjunto objetiva identificar as características essenciais de uma determinada realidade e expressá-las na forma de valores quantificáveis e/ou qualificáveis. No entanto, nenhum sistema de indicadores, por

¹ É a dimensão quantitativa, temporal e espacial do objetivo.

² É a situação que se deseja obter ao final da implementação do programa, mediante a aplicação dos recursos e da realização das ações previstas.

³ A efetividade social refere-se às consequências da qualificação junto ao trabalhador, sem sua vida profissional e pessoal.

⁴ São aspectos significativos do ponto de vista dos valores, princípios e objetivos da política. O processo de construção dos indicadores parte da conceituação das categorias de análise selecionadas com base na bibliografia existente e nos princípios e diretrizes definidas pela política para, em seguida, se definir os elementos, indicadores e variáveis. Os elementos são as partes essenciais de cada categoria, que a estruturam em termos de valores, princípios e objetivos definidos (ALMEIDA, 2008).

mais complexo e sofisticado que seja, será capaz de representar a realidade exatamente como ela é, ou seja, sempre se perderá algum elemento desta realidade. Contudo, o autor afirma que essa perda pode ser compensada considerando-se um sistema de indicadores capaz de evidenciar os elementos determinantes das configurações social, econômica, cultural e política desta realidade, e assim, contribuir com subsídios para mudanças desejadas como, por exemplo, no caso deste trabalho, no aprimoramento da execução das políticas públicas.

Os indicadores podem ser metodologicamente agrupados segundo diferentes classificações, as quais expressam diferenças entre as fontes de origem dos dados e informações geradoras do indicador, as técnicas usadas na sua construção ou a finalidade de sua aplicação (ALMEIDA, 2008). Para avaliação dos resultados da eficácia há um conjunto de indicadores que permite entender e avaliar o resultado concreto da política através de:

- *Indicadores quantitativos* (objetivos): valores quantificáveis, como cifras absolutas, taxas, proporções, médias, índices ou distribuições por classes, que permitem mensurar os efeitos (respostas) concretos da ação da Política, e;
- *Indicadores qualitativos* (subjetivos): que dizem respeito a uma apreciação, a um juízo de valor que um indivíduo ou um grupo de pessoas faz da ação da Política.

2 HISTÓRICO E RELEVÂNCIA DAS AÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O atendimento de saúde era extremamente restrito no Brasil nos primeiros séculos do período colonial. O primeiro hospital, pequeno e feito de taipa, foi a Santa Casa de Misericórdia em Salvador, construído em 1559 e dividido nas seções que cuidavam dos militares e marinheiros; a seção da caridade era ligada à Igreja Católica e voltada aos pobres.

Os chamados boticários, em pouco número e concentrados nas cidades maiores, acumulavam de maneira informal os papéis de médicos, enfermeiros e farmacêuticos, realizando atendimentos nos colégios de religiosos, em suas boticas ou em domicílio.

Em 1799 foi criado o Hospital Real Militar da Bahia, ocupando um antigo convento jesuíta de 1551. Com a chegada da família real portuguesa, as necessidades da corte forçaram a criação do Hospital Real Militar do Rio de Janeiro e, logo, das primeiras instituições de formação em saúde do país. Para a produção de medicamentos rudimentares foi criado, em 1810, o Real Laboratório Farmacêutico em prédio anexo ao Hospital (LUZ, 1991).

Depois destas medidas foram criados postos avançados ou anexos destes hospitais nas cidades de Salvador e Rio de Janeiro até que, em 1900, criou-se o Instituto Soroterápico que tinha como diretor-técnico o bacteriologista Oswaldo Cruz, responsável pela deflagração de memoráveis campanhas de saneamento, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, a partir do uso do instituto como base de apoio técnico-científico.

O Instituto de Higiene de São Paulo, criado em 1918, teve como médico e mais ativo empreendedor o Dr. Geraldo Horácio de Paula Souza que, hoje, dá nome à atual Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). A partir daí criaram-se vários departamentos de saúde no Brasil, inclusive o Ministério da Saúde instituído em 1953, com a Lei nº1920 com grande relevância na história da Saúde Pública.

Nos anos 40, o modelo de Saúde Pública baseado em grandes hospitais foi adotado como uma política pública em detrimento do atendimento mais próximo da comunidade que passou a ser realizado por profissionais de saúde com formação generalista, uma vez que se dava grande concentração de profissionais nos grandes centros, o que contribuiu para inaugurar a subdivisão de especialidades entre os profissionais da saúde.

Em 1944 foi inaugurado o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, que viria a se tornar o maior complexo de saúde da América Latina, com 2.200 leitos e ocupando uma área de 350 mil metros quadrados.

Nessa época, período de 1945 a 1964, o país passava pela crise do regime populista vigente e desde a década de 1930, pela tentativa de implantação de um projeto de desenvolvimento econômico industrial. Em meio a isso, a condição de saúde da maioria da população piorava e surgiam propostas, por parte do movimento social, reivindicando reformas de base imediatas no início dos anos 60 (entre elas uma reforma sanitária), tendo a reação política do setor conservador conduzido o país a um golpe militar em 1964 (LUZ, 1991).

A influência norte-americana na área da saúde refletiu-se na construção de um modelo semelhante aos seus padrões, no qual a construção de grandes hospitais concentra o atendimento médico de toda uma região, colocando em segundo plano a rede de postos de saúde, os consultórios e os ambulatórios que apresentam, por sua vez, custos bem menores em nome de uma tendência à construção de hospitais cada vez maiores em quantidade e extensão. Foi a partir desta situação que surgiu a medicina de grupo (convênios), ou seja, empresas particulares que têm por finalidade prestar serviços médicos direcionados aos funcionários das empresas contratantes (SÃO PAULO, 1992).

Em 1966 o governo unifica os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em um sistema único, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passa a concentrar todas as contribuições previdenciárias, incluindo a dos trabalhadores do comércio, da indústria e do setor de serviços. Com esta unificação, a arrecadação da previdência aumenta tanto que passa a ser quase igual à do orçamento nacional, mas o INPS, responsável por gerir todas as aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores, preservará seu perfil assistencialista, sem nenhum controle das classes assalariadas (COHN; ELIAS, 1996).

A Previdência Social passa, então, por sua maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e no volume de recursos arrecadados durante a década de 70. Possuindo o maior orçamento de sua história, a verba é utilizada sem controle pelo governo militar para financiar hospitais particulares, obras faraônicas e permitir fraudes uma vez que não havia fiscalização dos serviços médicos executados pela rede privada. Em contrapartida, os diversos serviços de Saúde Pública são obrigados a fechar ou a trabalhar com um número mínimo de recursos (SÃO PAULO, 1992).

No final da década de 70 e início de 80, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, questionando a saúde e as políticas de saúde no Brasil. Acadêmicos, cientistas e "tecnocratas progressistas" debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida da população. A discussão tomou força com os movimentos populares (associação de moradores, de mulheres, sindicatos, igreja e partidos políticos), que passaram a exigir soluções para os problemas criados pelo regime autoritário (LUZ, 1991).

Na década de 80 surgem vários projetos que pretendiam estender a cobertura dos serviços de saúde para toda a população, com ênfase na saúde pública. Em todos eles havia uma ideia de integração da Saúde Pública com a assistência médica individual, motivo pelo qual foram combatidos pelos grupos médicos privados e pela própria burocracia do INPS. Corroborava tal cenário o forte crescimento das indústrias médicas e da medicina de grupo no final dos anos oitenta, crescimento que não pactuava com o interesse de um sistema público de saúde acessível a todos, uma vez que o que agradava essa classe era uma assistência médica privatizada onde se pudesse agir sem maiores escrúpulos e obtendo lucros cada vez maiores (SÃO PAULO, 1992).

A partir de 1983, a sociedade civil organizada reivindicou novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde, visto também como dever do Estado. É também uma ocasião em que os profissionais da área da saúde reivindicam uma transferência efetiva de responsabilidade, com poder de decisão para estados, municípios e distritos, contrariando a tendência centralizadora, historicamente dominante desde o início do século (LUZ, 1991).

Com essa nova visão e percepção sociais da descentralização institucional em saúde, ter-se-ia a possibilidade de superar a concepção puramente geopolítica do processo e a tendência a limitar a descentralização aos aspectos meramente executivos da política institucional. Para evitar esses limites, o projeto de reforma sanitária propunha, em 1986, a criação de "conselhos municipais" e "interinstitucionais" de gestão dos serviços de atenção médica. Conselhos estes que supunham a participação popular por meio de representantes da "comunidade organizada" no planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde (LUZ, 1991).

Além do que foi citado por Luz (1991), desde os anos 30, diversas conferências foram realizadas para discutir o tema saúde de maneira ampla. Instituídas em 1941, até o momento foram realizadas um total de 14 conferências.

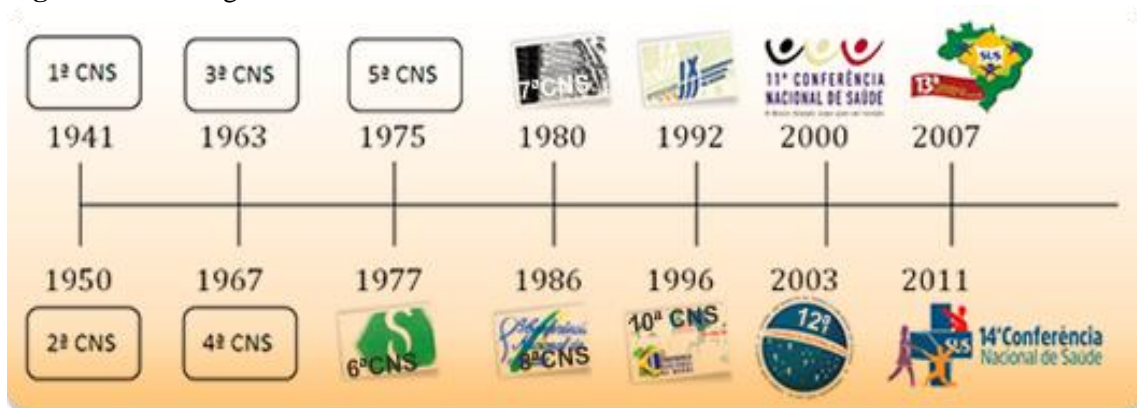
A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no período de 17 a 23 de março de 1986, na cidade de Brasília, tinha como temas cruciais os seguintes itens: "Saúde como dever do Estado e direito do cidadão", "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde" e "Financiamento setorial", sendo o grande marco na história das Conferências de Saúde no Brasil.

Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência e suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal de 1988 como nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000

delegados impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária e que propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação. O processo que culmina com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde acima de tudo, foi o resultado de um grande movimento de âmbito nacional em defesa da saúde.

A seguir, pode ser observada a cronologia das Conferências Nacionais de Saúde, 1941 – 2011.

Figura 3: Cronologia das Conferências Nacionais de Saúde



Fonte: SIAB, 2001.

Cada Conferência Nacional de Saúde (CNS) volta-se para pontos de discussão específicos como os delineados a seguir (CNS, 2013):

- 1ª CNS – Teve como foco a organização sanitária estadual e municipal, a ampliação e a sistematização das campanhas nacionais contra Tuberculose e Hanseníase a favor do desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção materno-infantil;
- 2ª CNS – O tema concentrou as discussões nas condições de higiene e de segurança no trabalho, na prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes; também, na temática da malária;
- 3ª CNS – Trataram da situação sanitária da população brasileira, distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, municipalização dos serviços de saúde e fixação de um plano nacional de saúde;
- 4ª CNS – Única conferência com tema específico: recursos humanos;
- 5ª CNS – Tema central: sistema nacional de saúde (Lei 6229/75);

- 6ª CNS – Discutiu a situação das grandes endemias, a operacionalização das novas leis básicas aprovadas pelo governo, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional do setor;
- 7ª CNS – Tema central: “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”;
- 8ª CNS – Marco histórico-conceitual do sistema de saúde brasileiro;
- 9ª CNS – Tema: “Saúde: municipalização é o caminho”;
- 10ª CNS – Tema: “SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”;
- 11ª CNS – Tema: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”;
- 12ª CNS – Tema: “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos o SUS que queremos”;
- 13ª CNS – Tema: “Saúde e Qualidade de Vida”;
- 14ª CNS – Tema: “SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro”.

A Carta Magna de 1988 garante a saúde como direito de todos e um dever do Estado, tendo os usuários acesso igualitário e universal às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Enuncia-se ainda as seguintes garantias para a sistematização das ações e dos serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva:

- Saúde como um direito de cidadania e dever do Estado;
- A relevância pública das ações e serviços de saúde;
- A universalidade da cobertura e do atendimento, tendo como princípio a equidade da assistência;
- A descentralização da gestão administrativa com garantia de participação comunitária;
- A integração da rede pública de serviços num sistema único;
- A possibilidade de participação complementar do setor privado de serviços no sistema público de saúde;
- O cofinanciamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- A direção única nas esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios);
- A saúde como resultante de políticas socioeconômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

O grande desafio do Movimento de Reforma Sanitária passou a ser a promoção da transição do sistema *desintegrado*, no que diz respeito à articulação das esferas de governo, e *centralizado*, ora em serviços médicos hospitalares privados, ora em programas verticalizados, para outro sistema com comando único em cada esfera de governo, um esforço não mais de resistência e sim uma tarefa construtiva.

Como estratégia na forma de mudança de assistência à saúde, o Ministério da Saúde cria, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) na tentativa de superar as deficiências do setor. A origem do PSF remonta à criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, como parte do processo de reforma do setor de saúde, desde sua constituição e com a intenção de aumentar a acessibilidade à atenção primária, incrementando as ações de prevenção e promoção da saúde (Políticas Públicas de Saúde, 1994)

A concretização da doutrina do SUS ocorreu por meio dos seus princípios organizativos: a descentralização do poder entre os três níveis de governo, o Federal, o Estadual e o Municipal, de forma soberana e autônoma, aproximando a gestão e a execução dos serviços de seus usuários, ao responsabilizar o Município pela saúde de seus cidadãos.

O PSF no Brasil, conhecido hoje como Estratégia da Saúde da Família (ESF), por não se tratar mais de um “programa”, teve início em 1994 como uma proposta do Governo Federal aos municípios para implementar a atenção primária, dividindo as responsabilidades das Esferas Gestoras:

- **Federal**
 - a. Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica;
 - b. Cofinanciar o sistema de atenção básica;
 - c. Ordenar a formação de recursos humanos;
 - d. Propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica;
 - e. Manter as bases de dados nacionais.

- **Estadual**
 - a. Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território;
 - b. Regular as ações intermunicipais;
 - c. Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território;
 - d. Cofinanciar as ações de atenção básica;

- e. Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.
- **Municipal**
 - a. Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território;
 - b. Acompanhar o trabalho em atenção básica;
 - c. Manter a rede de Unidades Básicas de Saúde em funcionamento (gestão e gerenciamento);
 - d. Cofinanciar as ações de atenção básica;
 - e. Alimentar os sistemas de informação;
 - f. Avaliar o desempenho das equipes de gestão básica sob sua supervisão.

A ESF visa, portanto, a reversão do modelo assistencial vigente, em que predomina o atendimento emergencial ao doente na maioria dos grandes hospitais. A partir dessa política, a família passa a ser objeto de atenção no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença.

Observa-se que a ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011a). Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe pela ESF, de forma que os saberes se somem e possam concretizar-se em cuidados efetivos dirigidos às populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária.

Na ESF, o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade 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 (FIGUEIREDO, 2004).

Com observação e racionalidade no pilar acima mencionado, buscamos investigar qual a efetividade das políticas públicas diante da real necessidade do usuário; também, o retrato que este sujeito realiza em relação à implantação da ESF em seu cotidiano e se de fato ocorreu a desospitalização no município.

O conceito de Estratégia diz respeito à forma como uma política é implementada; nesse sentido, constitui comportamentos organizacionais destinados ao manejo de situações em que seja preciso superar obstáculos que se oponham a conquista de um

objetivo. O termo também pode ser compreendido como “um caminho para realizar uma política”, que significa, em última análise, uma dada redistribuição de poder no setor saúde e/ou na sociedade (TESTA, 1992).

Como expusemos anteriormente, a implantação do PSF pelo Ministério da Saúde em 1994 visava à mudança das práticas de assistência à saúde como estratégia para a reorganização do SUS, na tentativa de melhorar o sistema por meio da prática da desospitalização (conjunto de ações que evitem as internações e a sobrecarga desses procedimentos emergenciais) superando, assim, as deficiências do setor, a insatisfação da população e a desqualificação profissional tão presentes nos dias de hoje e em meio às grandes manifestações de ruas que tomaram conta do país.

Segundo o Presidente da Associação Paulista de Medicina (APM) Florisval Meinão (RAPM, 2013):

O resultado é que até agora não se conseguiu alocar 600 (seiscentos) médicos nas periferias e cidades do interior, e com muitas dificuldades muitos já desistiram, constatando ser praticamente impossível exercer a medicina em locais em que não há postos e PSFs estruturados, faltam remédios, não existem equipes multidisciplinares, dentre tantos outros agravantes.

O Presidente do Conselho Federal de Medicina Roberto Luiz d’Avila reforça (CFM, 2013, p 12):

Cabe ao governo proporcionar um sistema formador em condições de atender essa demanda reprimida e os futuros egressos das escolas. Todos devem ter a possibilidade de aperfeiçoar a sua formação, o que resultará em benefícios diretos para o paciente e a sociedade.

Ao terem acesso ao aprimoramento e atualização por meio de uma política de educação continuada dirigida à eles ou mesmo à especialização tardia, esses profissionais poderiam suprir carências localizadas do sistema de saúde, inclusive na atenção primária.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), a saúde representa somente 8% do total de investimentos públicos no país. Dentre os órgãos do Executivo, aparece em 5º lugar na lista de prioridades no chamado “gasto nobre”. Para o CFM, isso significa que as obras em rodovias, estádios, mobilidade urbana e até armamento militar como blindados, aviões caças e submarinos nucleares ficaram à frente da construção, ampliação e reforma de unidades de saúde e da compra de equipamentos médico-hospitalares para atender o SUS.

O Conselho Federal de Medicina apoia o projeto de lei de saúde popular Saúde +10, que vincula 10% da renda bruta da União para o setor.

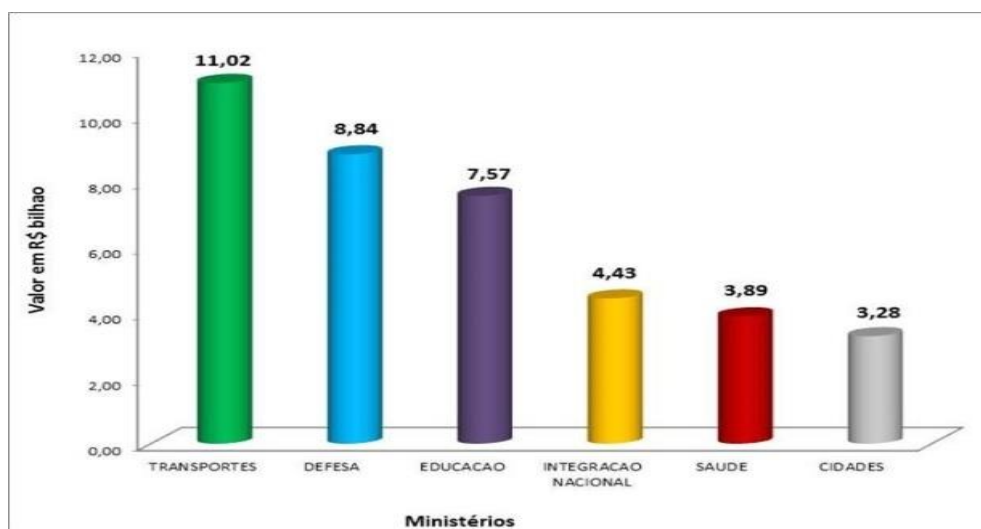
Com base em dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI), o Conselho Federal de Medicina apresenta o que chama de “resultado da falta de qualidade da gestão financeira em saúde”. Do total de R\$9,4 bilhões disponíveis para o investimento em unidade de saúde em 2013, o governo desembolsou somente R\$3,9 bilhões, incluindo os restos a pagar quitados (compromissos assumidos em anos anteriores rolados para o exercício seguinte).

Os valores foram bem inferiores aos investimentos dos transportes (R\$11 bilhões), defesa (R\$8,8 bilhões), educação (R\$7,6 bilhões) e integração (R\$4,4 bilhões).

Até compreendemos a necessidade de proteção da soberania nacional. No entanto, milhões de profissionais de saúde e pacientes enfrentam uma guerra real nas filas das urgências e emergências de todo o país, onde vidas são ceifadas diariamente por falta de equipamentos para cirurgias, diagnósticos e leitos”, acrescentou o vice-presidente do CFM, Carlos Vital. Para 2014, R\$ 9,9 bilhões estão previstos para investimentos na Saúde (UNIVERSO ONLINE, 2014).

No gráfico 1 estão os valores desembolsados:

Gráfico 1: Relação dos investimentos da Saúde com outros Ministérios em 2013



Fonte: UNIVERSO ONLINE, 2014.

Os dados apurados pelo CFM mostram ainda que, nos últimos 13 anos (2001 a 2013), foram autorizados R\$ 80,5 bilhões específicos para este fim. No entanto, apenas R\$ 33 bilhões foram efetivamente gastos e outros R\$ 47,5 bilhões deixaram de ser investidos.

A tabela 1, abaixo apresenta os gastos relativos à cobertura do PSF.

Investimentos Ministério da Saúde*			
Ano	Dotação Autorizada	TOTAL PAGO**	TOTAL PAGO - Dotação Autorizada
2001	7.459.780.323,29	3.037.391.932,96	-4.422.388.390,32
2002	5.368.371.794,08	4.150.344.442,80	-1.218.027.351,28
2003	2.579.319.830,22	1.233.137.547,85	-1.346.182.282,38
2004	4.124.665.049,01	2.008.889.630,36	-2.115.775.418,65
2005	4.036.913.152,10	1.494.711.651,23	-2.542.201.500,87
2006	5.083.045.587,63	2.338.612.074,06	-2.744.433.513,57
2007	6.876.138.115,63	2.035.461.431,16	-4.840.676.684,47
2008	5.166.114.574,41	1.624.668.086,13	-3.541.446.488,27
2009	5.491.206.814,49	2.080.112.079,84	-3.411.094.734,65
2010	5.588.995.279,72	2.776.670.549,32	-2.812.324.730,40
2011	6.466.850.119,68	2.675.293.700,22	-3.791.556.419,47
2012	12.881.102.956,33	3.713.428.530,36	-9.167.674.425,97
2013	9.382.218.738,00	3.889.387.748,08	-5.492.830.989,92
TOTAL	80.504.722.334,60	33.058.109.404,37	-47.446.612.930,23

Fonte: SIAFI / Elaboração: CFM. * Valores atualizados pelo IGP-DI, da FGV.
** Inclui os restos a pagar pagos

Tabela 1: Histórico da cobertura do PSF

Fonte: UNIVERSO ONLINE, 2014.

Na figura 4, observa-se, segundo a legenda, que houve um empenho por parte dos governantes na implantação das equipes por todo o território brasileiro. No entanto, nota-se uma precariedade na implantação das equipes na região sudeste e sul.

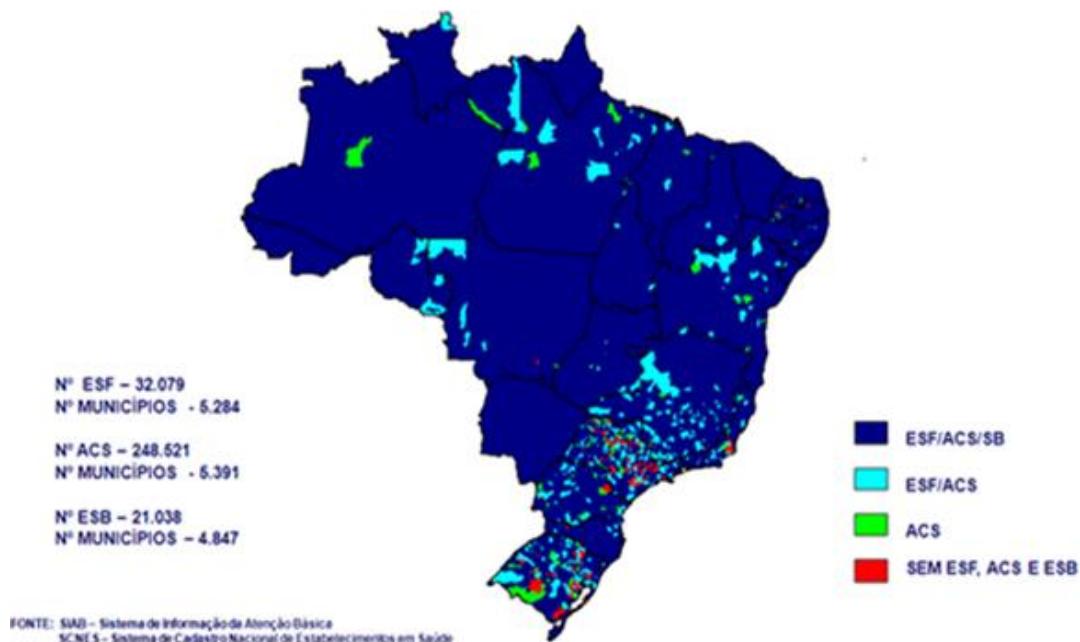
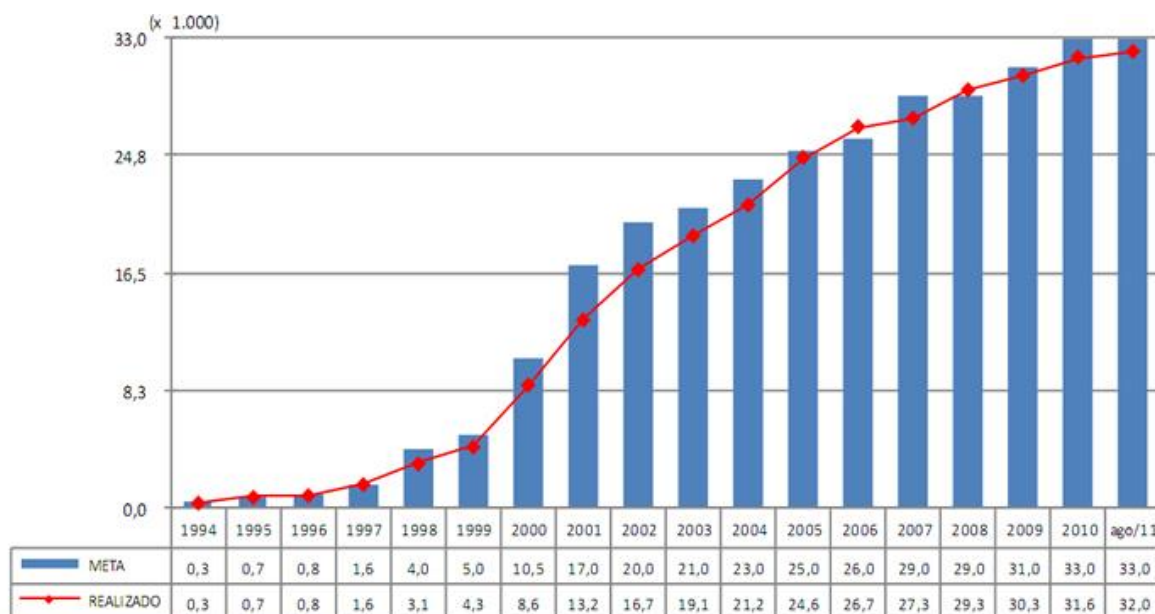


Figura 4: Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde.

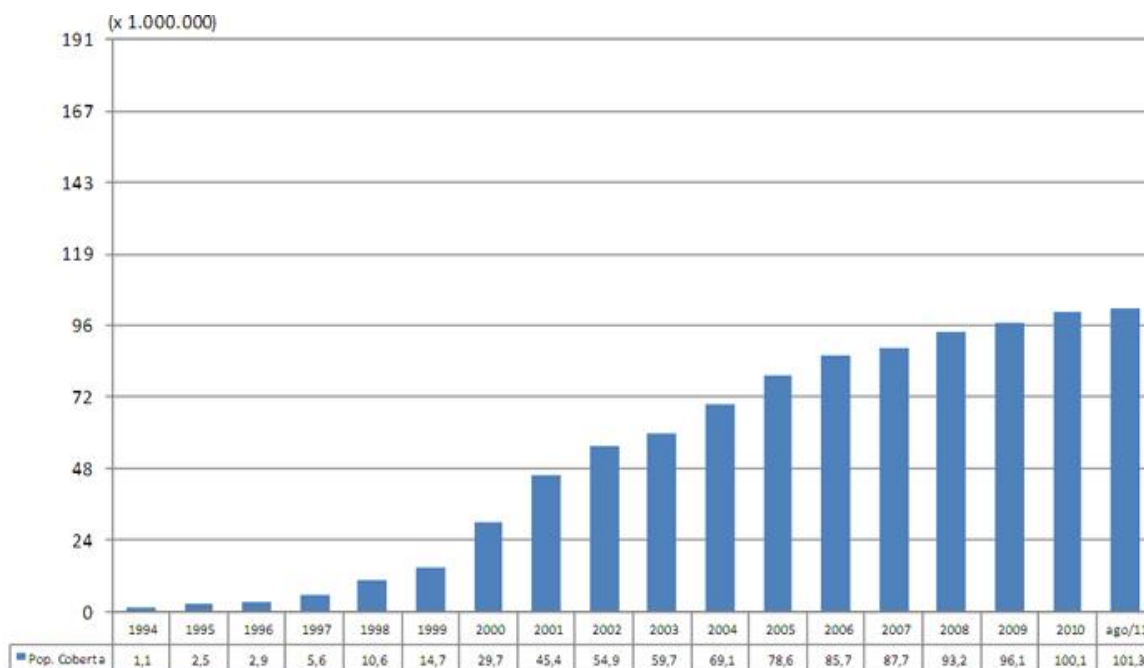
Fonte: BRASIL, 2001.

Observa-se no Gráfico 2 que a meta de implantação de equipes de saúde da família obteve um resultado satisfatório, porém as metas não foram atingidas na sua totalidade.

Gráfico 2: Meta e evolução do número de equipes de Saúde da Família implantadas

FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: BRASIL, 2001.

Gráfico 3: Evolução da População Coberta por Equipes de ESF Implantadas

FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: BRASIL, 2001.

Segundo o gráfico acima da população atendida por equipes de ESF, há um aumento significativo a partir de 1999, demonstrando uma eficácia na implantação dos programas, surtindo um efeito expressivo até 2011.

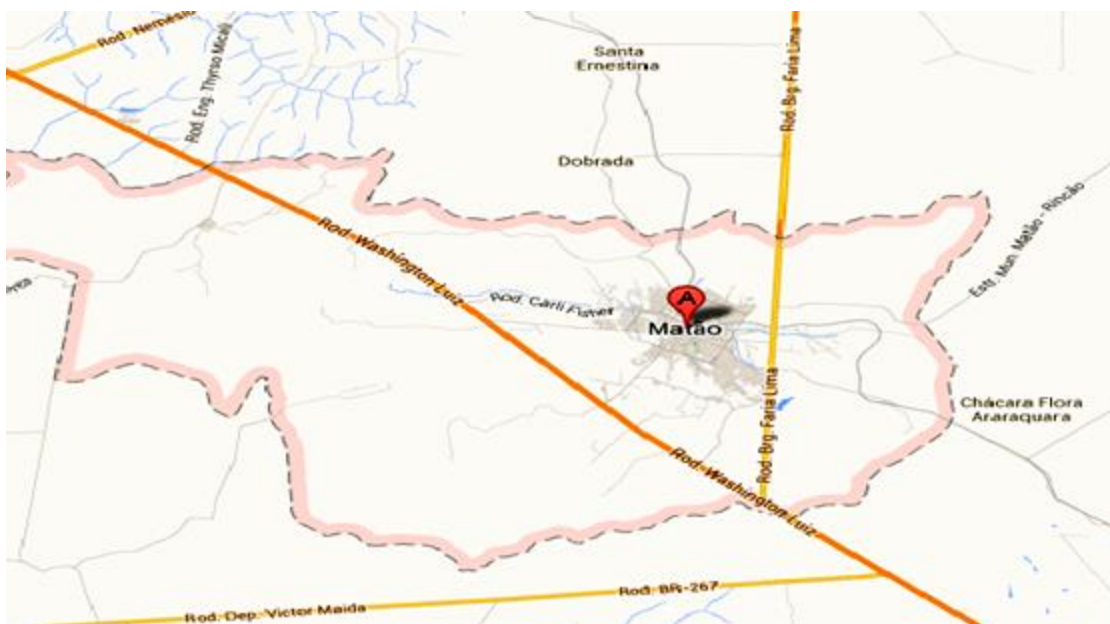
3 UNIVERSO EMPÍRICO E CAMINHOS DA PESQUISA

3.1 Local de estudo

O município de Matão localiza-se na região Nordeste do Estado de São Paulo e possui aproximadamente 80.000 habitantes, de acordo com dados do Censo de 2010 (IBGE, 2011), integrando a 12ª Região Administrativa, pertencente ao Departamento Regional de Saúde III (DRS-III), e participando do Colegiado de Gestão Regional (CGR) Norte. Sua economia é centrada na fabricação de implementos agrícolas, máquinas industriais e processamento de sucos.

Encontra-se dividido da seguinte forma: zona urbana, um distrito, um Bairro rural e um assentamento. Situa-se proximamente a grandes centros, como Ribeirão Preto, Araraquara, Campinas, São José do Rio Preto e Bauru. Também, está localizado a aproximadamente a 200 km do Aeroporto Internacional de Viracopos e a 370 km do porto de Santos, servindo-se de duas das mais importantes rodovias de São Paulo: o entroncamento da Rodovia Brigadeiro Faria Lima com a Rodovia Washington Luiz, e apenas a 12 km do novo Polo aeroespacial da EMBRAER, em estrada projetada.

Figura 5: Região administrativa do município de Matão/SP



Fonte: GOOGLE MAPS, 2013.

Na cidade existe o Hospital 'Carlos Fernando Malzoni. É referência regional na prestação de serviços médico-hospitalares, com profissionais capacitados no âmbito da saúde. Também conhecido tradicionalmente como Hospital de Caridade, recebeu suas instalações da Diretoria Executiva presidida pelo empresário e cidadão matonense, Francisco Malzoni. (Site Hospital de Matão).

Após 2009, a unidade de saúde matonense ampliou ainda mais espaços e recursos, chegando à marca de 10.500 m² de área construída e contando, atualmente, com mais de 500 colaboradores diretos, além de corpo clínico formado por 81 médicos e serviços diversos nas áreas de diagnóstico e análises clínicas. Suas instalações abrigam 184 leitos e oferecem atendimento nas áreas internação hospitalar e ambulatorial, clínica médica, pediátrica, ortopédica, obstétrica e cirúrgica em geral. A instituição possui ainda uma moderna Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral, com 10 leitos, UTI Neonatal e Pediátrica com 10 leitos, Centro de Hemodiálise, centro cirúrgico dotado de 8 salas, sendo 2 destinadas à obstetrícia e sala de recuperação com 9 leitos. Dentro dos propósitos de atender Matão e região, dispõe também de serviços de atendimentos de urgência e emergência no Pronto-Socorro, único no município, atendendo uma média de 200 a 250 consultas por dia.

Na premissa de proporcionar atendimento de qualidade com humanização, o Hospital Carlos Fernando Malzoni implantou em 2014 o Centro Integrado de Humanização (CIH) que trabalha para oferecer bem estar à população. Neste tocante da relação direta entre cliente e instituição, a unidade hospitalar envida esforços para permitir ao internado condições psicológicas mais confortáveis por meio dos contatos com familiares, de forma a minimizar os efeitos causados pelos problemas de saúde. Em geral, as visitas acontecem diariamente e seguem instruções durante o seu procedimento, com o propósito de obter informações sobre os internados. (Site Hospital de Matão)

Neste processo, a unidade hospitalar ainda garante benefícios por meio de iniciativas do Grupo de Trabalho Humanizado (GTH), buscando excelência na cultura de prover o bem estar na estadia do paciente durante seu período de tratamento. Algumas ações como "Chá para Gestantes", "Curso de Gestantes" e "Treinamento para Acompanhantes" aproximam a instituição da paciente que busca segurança no momento do parto. Outras ações implantadas como extensão nos horários de visitas nos postos e UTI, aumentando o acesso de familiares e amigos aos pacientes e possibilitando um maior conhecimento dos procedimentos realizados durante a internação.

O Centro Integrado de Humanização (CIH), somado ao trabalho já realizado pela Ouvidoria e GTH, é mais uma maneira de identificar problemas e otimizar os serviços do

cotidiano hospitalar e atendimento ao usuário. A instituição mantém ativas comissões de infecção hospitalar, de prontuários, ética médica, farmacologia e comissão de ética de enfermagem, promovendo cursos, atualizações e capacitações, embasadas nas diretrizes da educação permanente e continuada, que garantem a satisfação dos usuários.

Com um investimento de R\$1,5 milhões em parceria com o governo do estado de São Paulo, foi inaugurada a UTI Neo Natal e Pediátrica com tecnologia e uma equipe especializada onde são atendidos centenas de bebês de todo o estado de São Paulo.

A Unidade de Hemodiálise atende hoje mais de 50 pacientes de Matão e região. Com um investimento de R\$1,2 milhões, todo o equipamento foi adquirido e instalado pela equipe médica que gere a unidade e auxílio do Governo Federal e da Secretaria Regional de Saúde de Araraquara que prestaram imensa colaboração ao serviço, autorizando de imediato o credenciamento na rede no SUS.

A inauguração da Unidade Hemodinâmica instalada no Edifício José Alberto Marchesan, marcou o centenário do hospital. Foram realizados investimentos na ordem de R\$ 3 milhões com a construção de um edifício com três pavimentos. O equipamento instalado foi importado da Alemanha a um custo final de um milhão de dólares e que permite intervenções cardíacas, neurológicas e vasculares.

O Hospital Carlos Fernando Malzoni também presta serviços de:

Agência Transfusional, Ambulatório para gestantes de alto risco, BERA (Audiometria de Tronco Cerebral), Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica, Colonoscopia, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Eletroencefalografia, Eletroneuromiografia, Endoscopia Digestiva, Hemodiálise, Home Card, Laboratório, Polissonografia, Pronto Socorro - Relatório de Atendimentos, Serviço de Radiologia, SESMT (Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho).

Com médicos especializados em:

Anestesiologia, Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia e Trauma Buco-Maxilo, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Endocrinologia, Endoscopia, Ginecologia, Hematologia, Infectologia, Medicina Intensiva, Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia, Radioterapia e Urologia.

Gerido por empresários matonenses, o Hospital 'Carlos Fernando Malzoni' tem em sua administração uma Diretoria Executiva e um Conselho de Administração, atuando em parceria com a comunidade, levando bem-estar, saúde e melhor qualidade de vida à população de Matão

e região, valendo-se do profissionalismo e ética de seus colaboradores. (Fonte: Site do hospital de Matão (www.hospitalmatao.com.br - acesso em 09/01/2015)

No município de Matão, ainda contamos com os serviços de atenção básica de saúde que é composta por nove postos de saúde (UBS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Atenção Psicossocial, um Ambulatório de Saúde Mental (CAPS) e um Centro de Reabilitação Infantil. Compõem as nove UBS: Jardim Popular; Distrito de São Lourenço do Turvo; Jardim Las Lomas; Centro de Saúde IV Centenário; Vila Pereira; Jardim Paraíso; Distrito de Silvânia; Vila São José e Bairro Alto. Inseridas nestas unidades, estão às especialidades médicas que são distribuídas das seguintes maneiras: seis pediatras, oito ginecologistas, nove clínicos geral, quatro gastroenterologistas, um oncologista, um nefrologista, dois vasculares, cinco ortopedistas, quatro cardiologistas, dois neurologistas, três dermatologistas, cinco psiquiatras, dois pneumologistas, dois endocrinologistas e um geriatra. Há também, onze equipes de Estratégia da Saúde da Família que estão distribuídas nos seguintes Bairros: Jardim Paraíso, Silvânia, Nova Cidade, Parque Aliança, Bom Jesus, Jardim Popular, São Lourenço do Turvo, Residencial Cadiolli e que em conjunto representam uma cobertura de 73,18% da população assistida no município.

A partir do ano de 2014, foram contratados dezenove médicos do Programa mais Médicos que, segundo a secretária de saúde Mara Cappareli, os atendimentos aumentaram para 608 consultas a mais diariamente, representando um aumento de dez mil atendimentos mensais.

Em 2013 foram realizadas cerca de 170 mil consultas para a população nas mais diversas especialidades médicas representando duas consultas por habitantes. Ainda segundo a secretária de saúde, no mesmo ano, foram investidos mais de três milhões na compra de medicamentos que foram entregues à população gratuitamente. “Outros números relevantes sobre a atuação da Prefeitura na área de Saúde Básica, tomando 2014 como parâmetro, são os seguintes: 620 mil atendimentos de enfermagem, desde aferição de pressões até inalações e mais de 70 mil atendimentos ambulatoriais, 50 mil atendimentos individuais na área odontológica, 40 mil exames radiológicos, 900 ressonâncias magnéticas, 1.500 tomografias, 16.000 ultrassons e 170 mil exames laboratoriais.”, encontra-se também em construção a sede de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) situada no Bairro Alto, que ainda não tem previsão de término, afirma Secretária de Saúde do município de Matão.

No município de Matão, o PSF foi implantado no ano de 2001 com o objetivo preliminar de atender a população do Assentamento do Horto Florestal e o bairro rural de Silvânia. Dado o pequeno número de pessoas, insuficientes para a implantação do Programa, foram adicionados ao Programa os moradores do bairro Jardim Paraíso.

A equipe, na época, compunha-se de um médico, uma enfermeira e seis agentes comunitários alocados em uma casa alugada e adaptada no bairro Jardim Paraíso. Todos dispunham de um veículo de transporte coletivo, uma “perua”, que conduzia todos aos atendimentos nas diferentes localidades. A dinâmica da equipe previa a realização de reuniões semanais para a discussão dos problemas físicos, sociais e emocionais trazidos pela comunidade e contava com a participação de um psicólogo voluntário que auxiliava na condução do grupo.

Nos dias de hoje, o Programa permanece no mesmo local com discretas melhorias na estrutura física e uma ampliação significativa na equipe multidisciplinar composta, atualmente, por um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta, uma gerontóloga, um dentista, um nutricionista, um auxiliar de enfermagem, um técnico administrativo, um auxiliar de serviços gerais e oito agentes comunitários de saúde responsáveis pelo atendimento especializado; além disso, essa equipe também proporciona serviços de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, pré-natal, exames de Papanicolau, atividade física e oficinas de artesanato e de memória nas regiões do Horto Florestal, Silvânia e Jardim Paraíso, onde o número de famílias atendidas pelo programa aparece na tabela 2, abaixo.

Tabela 2: Número de famílias atendidas pelo ESF Matão

Local	Número de famílias	Média de pessoas por família	Total (pessoas)
Horto Florestal	40	5	200
Silvânia	72	3	216
Jardim Paraíso	850	6	5100
TOTAL	962	-	5516

Fonte: PESQUISA DE CAMPO, 2013.

As figuras 5 e 6 demonstram que, embora estejamos no século XXI, com grandes avanços tecnológicos, nota-se uma “criatividade” na forma de organização das informações territoriais pelos agentes comunitários, já que não apresentam um sistema informatizado no programa.

Figura 6: Mapa territorial desenvolvido pela Equipe de Agentes Comunitários de Saúde do ESF de Matão



Fonte: PESQUISA DE CAMPO, 2013.

Figura 7: Arquivo de prontuários divididos por cores conforme as micro áreas



Fonte: PESQUISA DE CAMPO, 2013.

É importante salientar que o PSF está longe de ser um programa estático e limitado, mas constitui uma estratégia de atendimento à saúde da família, não devendo ser entendida como uma proposta marginal, mas como uma forma de garantir os princípios doutrinários e organizacionais do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização, descentralização, participação social. Todos estão voltados, acima de tudo, à defesa da vida.

Portanto, o PSF é de grande relevância para o município de Matão, que tem priorizado a descentralização dos atendimentos emergenciais com enfoque em uma nova estratégia no atendimento local e em domicílio.

O município segue as normas e as regras preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Vigilância Epidemiológica, adaptando-as à sua realidade local e buscando, assim, atender prioritariamente usuários que sejam moradores dos bairros. Ainda segundo o Ministério da Saúde, as equipes devem ser capazes de:

- Conhecer as realidades das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco ao qual a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um planejamento local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- Resolver, por meio da adequada utilização do sistema de referência e contra referência, os principais problemas detectados;
- Desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- Promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados nos indivíduos, nas famílias e em seu entorno;
- Realizar visitas domiciliares programadas ou pontuais, definidas a partir de critérios epidemiológicos e de situações de risco, com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias e dos indivíduos, de forma racionalizada;
- Promover internação domiciliar, quando as condições clínicas e familiares do paciente permitir, com intuito de humanizar e garantir conforto ao paciente, sem, no entanto, substituir a hospitalização sempre que esta se mostrar necessária;
- Estimular a participação em reuniões coletivas, discutindo temas relativos ao diagnóstico e alternativas para resolução dos problemas identificados como prioritários pela comunidade.

O desafio é aspirar além do que nos é preconizado pela Estratégia; devemos buscar o elo de uma cadeia ampla de cuidados e realidades.

3.2 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi composta por 3 fases: (1) a observação direta; (2) entrevista semiestruturada com os usuários; (3) entrevista com os gestores.

Na primeira fase foi realizada a observação direta com a aplicação de teste piloto em 10 domicílios, o que possibilitou verificar como se dava o atendimento da ESF e de que forma os agentes comunitários desenvolviam seu trabalho em âmbito domiciliar; também permitiu a adequação das questões do roteiro de entrevista.

A segunda fase, como apresenta a Tabela abaixo, iniciou-se a partir das entrevistas com 150 usuários, com roteiros semiestruturados já adequados. A amostra de usuários para aplicação da entrevista semiestruturada foi composta pelo acompanhamento do agente comunitário durante 5 dias da semana, nos períodos matutino e vespertino, nas visitas de abrangência do agente sem o conhecimento do entrevistador, ou seja, de forma aleatória.

Tabela 3: Distribuição dos usuários do Programa Saúde da Família segundo o Bairro

Bairros	Família	Amostra	Porcentagem
Bairro Horto	40	20	50%
Bairro Silvânia	72	30	41,67%
Bairro Paraíso	850	100	11,76%

Fonte: Elaboração do autor, 2013.

Na terceira fase foram realizadas entrevistas abertas com 2 gestores (hospitalar e municipal), após contato prévio para agendamento e esclarecimentos sobre a pesquisa.

Os roteiros das entrevistas encontram-se nos Apêndices A e B ao final do trabalho.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de fevereiro e março de 2014; tiveram entre 15 e 20 minutos de duração, sendo registradas em diário de campo⁵ e posteriormente transcritas. Os quadros abaixo mostram como as questões se articularam com os objetivos do trabalho e sua relevância social e de intervenção. Nelas constam as questões que nortearam as entrevistas, classificando suas variáveis em seis grupos de referência:

⁵ O diário de campo é um instrumento utilizado pelos investigadores para registrar/anotar os dados recolhidos susceptíveis de serem interpretados, ou seja, é uma ferramenta que permite sistematizar as experiências para posteriormente analisar os resultados.

Quadro 1: Questões e grupos de referência em relação aos usuários da ESF Matão

SUJEITOS DE PESQUISA: USUÁRIOS		
Questão nº	Questões que pautaram a entrevista	Grupo
1	Como era feito o atendimento às famílias antes da implantação da Estratégia da Saúde da Família? Houve mudanças com o Programa?	1
2	O Programa, hoje uma Estratégia, foi criado com o objetivo de trazer atendimento primário ao beneficiário. A família passa a ser o fator de maior atenção no ambiente em que vive. Quais os benefícios ou melhoras que a Estratégia trouxe para as famílias do bairro?	1
3	Qual obstáculo ou dificuldade encontrada em relação a esse atendimento para com os beneficiários?	2
4	Como é feito o atendimento ao usuário?	3
5	O que você como usuário pode apontar como positivo ou negativo dentro desta Estratégia?	1 e 3
6	Você faz parte do Programa Bolsa Família? Sim ou Não? Qual o benefício que a bolsa trouxe à sua família?	5

Fonte: Elaboração do autor, 2013.

Quadro 2: Questões e grupos de referência em relação aos gestores da ESF Matão

SUJEITOS DE PESQUISA: GESTOR MUNICIPAL E HOSPITALAR		
Questão nº	Questões que pautaram a entrevista	Grupo
1	Como vocês gestores, veem a Estratégia da Saúde da Família?	1
2	Em sua visão quais benefícios você percebe com a implantação ESF em relação aos usuários? Quais vantagens e desvantagens na saúde da população?	1
3	Você acredita que com a implantação da ESF houve uma diminuição na procura por atendimento emergencial e internações?	1
4	Há recursos financeiros destinados exclusivamente para a Estratégia?	2 e 4
5	Existe alguma parceria entre a ESF e o atendimento emergencial?	2 e 4
6	Existe algum projeto para mudanças na infra-estrutura na atual sede da ESF?	3 e 4
7	Quantas famílias são atendidas por mês pelo programa?	3 e 4
8	Quais as doenças mais comuns atendidas pelo programa? Na sua visão, os familiares que recebem Bolsa Família se diferenciam dos que não recebem o benefício, em relação saúde-doença?	5

Fonte: Elaboração do autor, 2013.

As questões que se enquadram no **Grupo 1** dizem respeito, sobretudo, aos efeitos da ESF enquanto uma política pública, buscando relatos e antecipações sobre possíveis efeitos positivos no sentido de prevenir doenças e, por conseguinte, caminhar rumo à desospitalização. Nesse sentido, tal inquirição se deu em dois níveis: primeiramente, em relação aos beneficiários, buscando relatos sobre os potenciais efeitos da ESF; posteriormente, temos a visão dos gestores, que representa aspectos de relações institucionais, também importantes para a nossa vida.

Já as questões referentes ao **Grupo 2** buscam um julgamento e mapeamento mais apurado das condições de trabalho da ESF, abrangendo também os recursos que estão ou não disponíveis. Uma vez que buscamos apontar direcionamentos neste contexto da ESF, que se inscreve em uma realidade com poucos recursos é importante conhecer os entraves, investigando também a natureza que os compõem.

No **Grupo 3** tem também uma temática a respeito da natureza dos entraves encontrados; no entanto, agora estamos aventando a possibilidade de relatos sobre um possível tratamento mais humanizado nesta prática da ESF, baseado em uma outra racionalidade, de caráter preventivo e que também tem muito a ver com o trato afetivo que pode existir entre estes sujeitos. A ESF, em sua essência, envolve tais relações e vínculos entre os servidores públicos e beneficiários, encontro este que instaura a atenção personalizada e antepõe-se a uma proposta de medicina que tem por objetivo apenas remediar.

O **Grupo 4**, por sua vez, também busca avaliar efeitos da ESF, à mesma maneira que o primeiro grupo; entretanto, estas questões são mais pontualmente institucionais, ainda que digam respeito, também, à constituição do âmbito familiar: para tecer encaminhamentos para essa importante política pública, inquiremos os gestores sobre questões e entraves estruturais de integração entre família, hospital e município.

Finalmente, o **Grupo 5** diz respeito a um mapeamento necessário de outra política pública que também tem efeitos importantes para a situação que analisamos, referindo-se ao beneficiamento ou não pelo programa Bolsa Família. Uma vez que se trata de um contexto de poucos recursos, é importante pontuar possíveis aspectos positivos deste Programa na questão da saúde dos beneficiários.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO: ENTRAVES E EFETIVIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MATÃO-SP

4.1 Avaliação dos usuários

Segundo os usuários, o atendimento anterior à implantação do programa se dava através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo referenciada ao Pronto Socorro quando necessário, havendo um acúmulo de atendimento de pessoas com necessidades primárias que poderiam se sanadas com o Programa de Saúde da Família.

Com a implantação de ESF os resultados mostraram, através dos indicadores qualitativos, a organização e a caracterização do atendimento e da clientela, demonstrando que na visão dos usuários tratam-se a rapidez, agilidade e resolutividade.

Os usuários se sentem acolhidos pelos agentes comunitários, observando que há entre eles um forte vínculo; nota-se também que há uma confiabilidade e entrega à equipe multidisciplinar, vindo ao encontro da proposta do Ministério da Saúde que é de garantir os direitos dos cidadãos quanto à universalidade, equidade, integralidade definidos pela carta magna brasileira de 1988.

Ainda de acordo com os usuários, há uma satisfação geral no atendimento da população com relação à ESF, pois segundo eles o acompanhamento domiciliar é bastante relevante na identificação de como prevenir possíveis manifestações de doenças e/ou garantir o cuidado médico domiciliário no início dos sintomas, evitando assim o avanço da doença, prevenindo a hospitalização. Os entrevistados dizem, ainda, que quando há um diagnóstico específico, a ESF, agiliza o encaminhamento do usuário para a especialidade em questão ou para o atendimento emergencial, evitando assim agravos das doenças.

Portanto, a Estratégia Saúde da Família como ponto positivo para os usuários; sua atuação vai ao encontro da política de atendimento do município, que tem priorizado a descentralização dos atendimentos emergenciais com enfoque em uma nova estratégia no atendimento local e em domicílio.

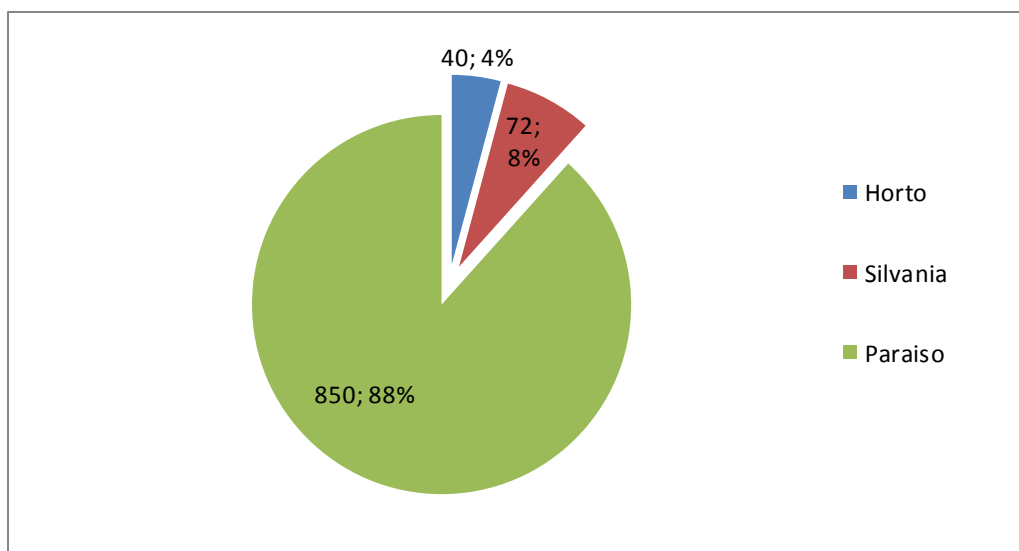
Um dos entraves manifestados pelos usuários, que é visto como um ponto negativo do programa é a não substituição do Agente Comunitário quando está em férias ou de licença, desencadeando a quebra de vínculos e deixando os usuários inseguros e expostos. Segundo a visão dos mesmos, há complicações inerentes à saúde neste período, obrigando o usuário a procurar atendimento direto na sede. Ainda em relação ao atendimento, é relatado por todos os

usuários, que as visitas domiciliares dos agentes comunitários deveriam ser feitas de quinze em quinze dias e não mensalmente como determina a estratégia, pois acreditam que são muitas famílias atendidas por um único agente comunitário.

Outra dificuldade encontrada e manifestada por quase todos os entrevistados é que no bairro existe uma UBS que tem por finalidade dar suporte avançado a ESF; no entanto, a UBS é apontada com descrédito e relutância na procura, pois não há um acolhimento humanizado por parte da equipe de enfermagem, em seu atendimento direto com a população. Observa-se que este entrave é tão forte e significativo para os usuários que os mesmos evitam utilizar a Unidade Básica de Saúde do bairro, independentemente da premência da sua necessidade, deslocando-se para as outras unidades de saúde, sobrecarregando-as e inviabilizando os processos de territorialização.

De acordo com a entrevista de campo, verificou-se com os usuários que a grande maioria não faz parte do Programa Bolsa Família, já que esta população se encontra fora da faixa etária exigida por esta política pública, (que tem como prioridade as mulheres em idade fértil e que tenham crianças matriculadas em escolas), descaracterizando a proposta de auxílio às condições socioeconômicas das famílias em questão. No entanto, há que se averiguar se há um problema de focalização no território ou se realmente a população estudada não se caracteriza enquanto família em situação de pobreza ou extrema pobreza.

Gráfico 4: **Distribuição dos usuários do Programa Saúde da Família segundo o Bairro**

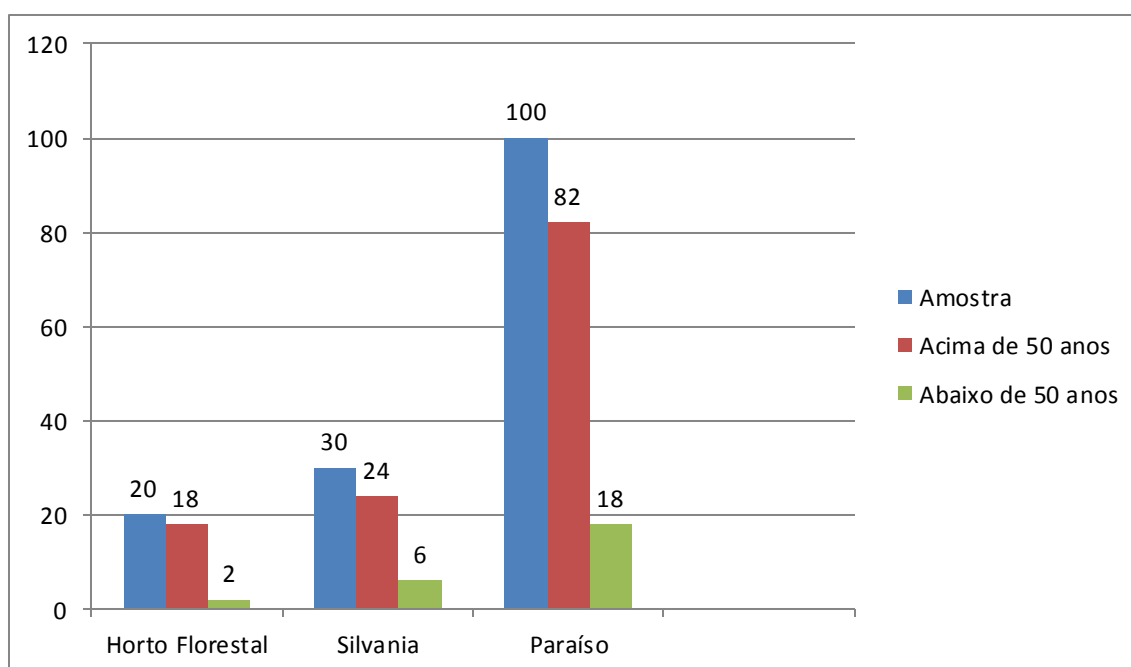


Fonte: Elaboração do autor, 2014.

Tabela 4: Distribuição do usuário, segundo faixa etária

Bairro	Amostra Família	Acima de 50 anos	Abaixo de 50 anos
Horto Florestal	20	18	2
Silvânia	30	24	6
Paraíso	100	82	18
TOTAL	150	124	26

Fonte: Elaboração do autor, 2013.

Gráfico 5: Distribuição do usuário, segundo faixa etária

Fonte: Elaboração do autor, 2013.

Constata-se que há um maior número de pessoas com idade acima de 50 (cinquenta) anos, em torno de 80% a 90% da população, demonstrando-se assim a importância da implantação da ESF nesse território de abrangência, pois quanto mais velho, maior é a necessidade de cuidados de saúde.

Quadro 3: Principais entraves e efetividades da ESF em Matão (Usuários)

ENTRAVES	<p>A não substituição do Agente Comunitário quando está de férias ou de licença, acarretando na quebra ou interrupção do vínculo.</p> <p>O número de visita domiciliar pelos Agentes.</p> <p>Muitas famílias atendidas por um único agente comunitário.</p> <p>A insatisfação total com a equipe da UBS no acolhimento humanizado.</p>
EFETIVIDADES	<p>Com a implantação ESF houve mais rapidez, agilidade e resolutividade no atendimento aos usuários.</p> <p>A existência de vínculos (acolhimento, confiança) entre usuários e Agentes Comunitários.</p> <p>O bom acompanhamento familiar (atendimento local e domiciliar) e rápido encaminhamento nas situações urgentes.</p>

Fonte: Elaboração do autor, 2013.

4.2 Avaliação dos gestores

A análise demonstrou que a gestora hospitalar vê na ESF como forma positiva de atendimento à população, embora teça algumas considerações com relação à resolubilidade dos problemas. A unidade hospitalar apresenta resultados que mostram que a procura para resolução final dos procedimentos ainda está acontecendo no PS, em função do número elevado de consultas. Sugere-se que a rede de saúde do município (incluindo as ESFs) sejam mais eficazes e eficientes, o que colaboraria para a desospitalização e otimizaria o hospital para os atendimentos de urgências/emergências, cirurgias eletivas e procedimentos de alta complexidade.

Na opinião da gestora hospitalar a proximidade da equipe com o usuário é muito benéfica por acompanhar o atendimento familiar neste mesmo espaço.

Outra vantagem da ESF é a possibilidade de prevenção, detecção e acompanhamento das doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão e o diabetes, as obesidades e a oportunidade de identificar patologias mais complexas que exigem uma avaliação mais aprofundada. A gestora hospitalar não aponta desvantagens se houver meios de realizar o trabalho conforme preconizado pelo programa, com o comprometimento de todos os envolvidos. Dessa forma ocorre uma economia de recursos, garantindo menos internações, menos exames subsidiários e medicamentos de alto custo.

Em sua opinião, os recursos financeiros não são suficientes para a contratação de equipes multidisciplinares que atendam todas as necessidades da população. Ao ser indagada sobre a possível diminuição de internações e atendimentos de urgência provinda da área de

abrangência da ESF estudada, a gestora hospitalar relata que não houve diminuição de atendimentos a essa população específica, baseado nas fichas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que consta a queixa do usuário, ou seja, os sintomas que o fez procurar o pronto atendimento, a qual leva à conclusão que são doenças primárias que poderiam ser tratadas em UBS e ESF.

Na questão de parcerias entre o gestor municipal e o hospitalar em relação aos atendimentos de urgência, a gestora hospitalar aponta a inexistência de protocolos de atendimento entre a equipe de ESF estudada e o hospital, embora relate existir um levantamento de queixas do usuário no momento da procura do pronto socorro com posterior análise estatística sobre o número de procedimentos que poderiam ter sido atendidos na rede básica. Com relação a mudanças na infraestrutura para a ESF estudada, a gestora hospitalar alega ter um conhecimento superficial de que haverá melhoras. Sobre o número de famílias atendidas pela ESF, a gestora hospitalar diz ter conhecimento sobre as normas, porém desconhece o número exato de pessoas atendidas pelo programa. Quando indagada sobre as doenças mais comuns nas 962 famílias atendidas no programa, afirmou desconhecer esses parâmetros. Uma das questões formuladas diz respeito ao recebimento do benefício Bolsa Família, que a gestora hospitalar relata desconhecer se a população desse local recebe ou não esse recurso e conseqüentemente não saberia dizer se interfere ou não na questão saúde-doença.

Segundo a gestora municipal, a ESF é uma excelente estratégia, pois trouxe benefícios não só quanto ao processo de cura, mas principalmente quanto à prevenção das doenças, embora com alguns entraves relativos ao trabalhador médico, no que diz respeito à contratação e cumprimento de carga horária, dificuldade que a gestora espera minimizar com a chegada da estratégia do Programa Mais Médico, e ainda com a nova proposta de que os médicos que utilizaram recursos do FIES na sua formação trabalhem dois anos após a formação nas equipes das ESFs.

A gestora municipal aponta a questão do financiamento atual das equipes como um fator de limitação, pois recebe do Governo Federal o montante de R\$7.290,00 (sete mil, duzentos e noventa reais) por equipe por mês e gasta o equivalente a R\$23.000,00 (vinte e três mil reais) no mesmo período. Acredita, ainda, que com a vinda do profissional médico financiado pelo governo federal poderá redirecionar os gastos do cofre municipal, podendo investir na ampliação da estratégia de atendimento à população com mais equipes de ESF, pois no seu entendimento a proximidade do trabalhador e do serviço com a população resulta em enormes benefícios.

Segundo a gestora municipal, houve diminuição nas internações e atendimentos de urgência, embora não tenha sido apresentado um controle sistematizado sobre esses eventos, cuja responsabilidade no âmbito municipal, seria de avaliar o desempenho das equipes de gestão básica sob sua supervisão. Quando indagada sobre a existência de parcerias entre a ESF estudada e a unidade hospitalar, a gestora entendeu que esta parceria existe pela complementação dos serviços de suporte municipais, como o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e ambulâncias. A gestora municipal afirma que há recursos financeiros autorizados e depositados para melhorar a infraestrutura da ESF, com planejamento de início em breve.

No quesito número de famílias atendidas e doenças mais comuns dessa área, o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), apresenta a hipertensão como patologia de maior prevalência, de modo que o número de famílias comprometidas é de 962 (novecentos e sessenta e duas). A gestora municipal acredita que o recebimento de benefício financeiro do Programa Bolsa Família, cuja exigência é manter a vacinação de crianças até 7 anos e o acompanhamento de mulheres até 44 anos e de gestantes e nutrízes, em si, não interfere diretamente na questão saúde-doença, mas o cumprimento dessas condicionalidades influencia na prevenção de alguns processos de saúde doença.

Quadro 4: Principais entraves e efetividades da ESF em Matão (Gestão)

EFEITOS	Gestor Hospitalar	Gestor Municipal
ENTRAVES	<p>Aponta a inexistência de protocolos de atendimento entre a equipe de ESF estudada e o hospital.</p> <p>Afirma que os recursos financeiros não são suficientes para a contratação de equipes multidisciplinares que atendam todas as necessidades da população.</p> <p>Não houve diminuição de atendimentos a essa população específica.</p> <p>Desconhece sobre as principais doenças e a relação do Programa Bolsa Família com o compromisso da saúde.</p>	<p>Problemas com a contratação e cumprimento de carga horária em relação ao trabalhador médico.</p> <p>Acusa a limitação dos recursos públicos para financiamento das equipes, pois se gasta muito mais do que recebe.</p> <p>Afirma que a interação com a gestão hospitalar acontece por meio do SAMU.</p>
	A proximidade da equipe da ESF com o usuário é muito	Trouxe benefícios quanto ao processo de cura e

EFETIVIDADES	benéfica por acompanhar o atendimento familiar neste mesmo espaço. Possibilidade de prevenção, detecção e acompanhamento de doenças crônicas degenerativas.	principalmente quanto à prevenção das doenças Relata haver diminuição nas internações e atendimentos de urgência. Soube responder em relação ao número de atendimentos (962 pessoas) e de principais doenças (hipertensão), além de mencionar a relação entre o Programa Bolsa Família e o acompanhamento da saúde pelo programa.
---------------------	--	---

Fonte: Elaboração do autor, 2013.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando o propósito é avaliar os entraves e a eficácia da gestão com enfoque nas condições de saúde, é necessário ter em mente a variedade de vetores que integram e que mostram a intenção dos programas e políticas na área de saúde, como é o caso da ESF. É fundamental observar as premissas e objetivos de uma política pública desde sua formulação até a sua aplicação, que deve ter como finalidade trazer benefícios à organização e ao público que se quer beneficiar.

Entretanto, para conseguirmos obter aprendizado com a avaliação é importante que ela faça sentido para todos os atores envolvidos. Para Trochim (2009 apud SOUZA, 2014), uma Política de Avaliação é uma regra ou princípio que um grupo ou organização usa para guiar suas decisões e ações ao realizar a avaliação.

Nesse sentido, é possível observar na fala dos usuários da ESF que ao avaliarem os serviços prestados relatam satisfação com a rapidez, agilidade e resolução das necessidades de saúde da população, embora essa mesma população apresente como entrave na continuidade desses processos o momento em que o agente comunitário necessita afastar-se por motivos legais ou pessoais, demonstrando que a quebra do vínculo da população com seu agente comunitário prejudica a continuidade da assistência, causando no usuário a sensação de abandono. Embora se observe na fala dos mesmos uma deficiência dos usuários no cumprimento de datas, agendamentos, orientações; acarretando a quebra da continuidade do tratamento, bem como a sua prevenção.

Sob este foco, o município poderia minimizar tal desconforto, contratando os agentes comunitários por concurso em vez de processos seletivos temporários, organizar as visitas nos períodos de férias ou afastamentos do agente de uma determinada área, distribuindo os usuários referentes a esse agente entre os agentes das outras áreas, permitindo assim a continuidade das visitas domiciliares e o controle e prevenção das doenças. Com relação a falta de comprometimento da população com a ESF, poderia promover campanhas de orientação quanto à importância da responsabilidade da comunidade com o tratamento e prevenção.

É interessante observar que o usuário da ESF refere-se à necessidade de mais de uma visita mensal, o que não é preconizado pelo programa. Também, que há dificuldade em se aproximar da sua unidade de saúde de referência, pois esta possui uma postura prescritiva, autoritária, médico-centrada e hostil. Sob este aspecto, deve ser considerado quanto da análise dos serviços de saúde, implicando discutir em primeira instância a humanização da atenção à

saúde, visto que os usuários e gestores consideram este item de grande relevância na procura por assistência, considerando que o acolhimento tanto da ESF como das UBSs são os mediadores entre os usuários e a humanização dessa rede.

A ESF iniciou com objetivo de unir trabalhadores da saúde com usuários em espaços como domicílios, ruas, dentre outros como uma atenção primária que pode modificar os padrões de utilização ou procura de serviços de saúde. A atuação do agente comunitário de saúde, em particular ao se construir o elo entre o domicílio e o serviço de saúde, pode contribuir para uma menor procura de serviços de emergências, sem que isso signifique necessariamente diminuição no acesso ou desassistência, pois as necessidades podem estar sendo atendidas por seu intermédio, sem que seja preciso ir até a unidade de saúde.

É fato que quando se pretende focar a saúde como qualidade de vida, portanto saúde também com efetividade social, sinaliza-se para a integração das políticas públicas em todas as instancias sejam governamentais ou não; isso significa quebrar paradigmas, deslocar os polos opostos, ou seja, transformar doença em saúde, prevenção em promoção, trabalhar os sujeitos e não os objetos, as multiculturas e o subjetivo da população.

Portanto, produzir saúde com efetividade social passa a ser o grande desafio para a gestão e todos os atores, que devem rever a forma de organizar os serviços e as ações de saúde e repensar seus processos de trabalho.

É importante destacar que a ESF deve ser revista periodicamente com base na discussão política da administração municipal em conjunto com a equipe multidisciplinar local e fundamentalmente com a comunidade beneficiária, gerando assim projetos sociais compatíveis com cada demanda, garantindo a participação efetiva de todos os atores envolvidos para a melhoria do setor.

O monitoramento e avaliação são fundamentais para que se reorganizem sistemas e serviço de saúde, e podem ser compreendidos como processos permanentes e sistemáticos, identificando problemas, reorientando estratégias, fornecendo elementos que subsidiem transformações e possam mensurar o impacto das intervenções nas condições de saúde da população e na organização de serviços (SOUZA, 2014). O monitoramento deve contribuir de forma adicional para a democratização dos processos de decisão engajando e conscientizando a população em torno das questões da saúde.

A gestão municipal e hospitalar deve aplicar instrumentos válidos e de forma sistematizada que permitam avaliar a melhora nas internações e atendimentos na área coberta pela ESF em questão. As gestoras hospitalar e municipal em questão avaliam a ESF como excelente estratégia, mas não apresentam instrumentos efetivos de avaliação. Na opinião da

gestora municipal, o entrave para efetivar o ESF está no trabalhador médico, e aponta o Programa Mais Médico e a proposta do FIES como uma possível “Caixa de Pandora” da mitologia grega: a caixa que retém a esperança, para solucionar os problemas existentes. O real impacto poderá ser medido após um tempo efetivo de trabalho e com instrumentos que possibilitem uma avaliação sistemática e interligada a outros fatores sociais predeterminantes da saúde individual e coletiva.

Neste trabalho, ressaltou-se as condições vigentes na implementação da atual proposta de trabalho na ESF repensando a atuação dos múltiplos profissionais para garantir a produção da saúde, a partir de uma reflexão que estimula a ação intersetorial, bem como a participação da sociedade na gestão.

Fica evidenciado nas respostas da gestora hospitalar o desconhecimento sobre os programas sociais existentes na região de atendimento da ESF em questão, o que deixa transparecer a necessidade de diálogo das instituições de saúde hospitalar com as demais instituições, sejam elas sociais, educacionais ou organizações populares na região de atuação.

No contexto de produção de saúde comparam-se diferentes sujeitos e, portanto, diferentes interesses e necessidades, sendo um dos grandes desafios na execução do programa unir distintas pessoas no compromisso de defender a vida no individual e na coletividade.

Aqui fica evidenciado a necessidade dos diferentes sujeitos de interagirem e estabelecerem os protocolos que são ditos inexistentes para que se efetive o papel do hospital como executor dos procedimentos de maior complexidade. Ainda, é necessário clarificar o entendimento sobre as relações de parcerias e complementações de serviços que aparece na fala das gestoras municipal e hospitalar.

Com relação a avaliação financeira, observa-se que tanto a gestora municipal como a gestora hospitalar reconhecem a deficiência de recursos do governo, estadual e federal, para atender todas as necessidades de saúde, levando a descaracterizar a proposta inicial da ESF no município.

Por meio deste estudo, podemos constatar que o trabalho de todos os envolvidos na Atenção Básica deve ser constituído por procedimentos, cuja combinação de uso, possa atender as finalidades do processo de gestão e cuidado, seja ele individual ou coletivo, sendo essenciais para a reorganização da Atenção Básica em Saúde, com força para contribuir com a implementação efetiva dos princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. M. M. C. **Estrutura de Governança e Gestão das Redes e Programas de Segurança Alimentar: Análise Comparativa entre Municípios Paulistas**. Campinas: UNICAMP/ Faculdade de Engenharia Agrícola, 2008. 220 p. Relatório Técnico - Científico de Bolsa de Pós-Doutorado no país.

ÁVILA, R. L. Especialização é inacessível a 88 mil médicos. **Conselho Federal de Medicina**. 224. Setembro 2013.

BAZZANI, R. et al. **Construindo pontes entre a pesquisa e a política a extensão da proteção social em saúde na América Latina e no Caribe: a estratégia de cooperação conjunta**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.

BELUCCI, D. G. P. **Programa Saúde da Família II: Manual para o dia a dia das equipes de saúde da família**. 2a. ed. Pirassununga, SP: Lawbook, 2010.

BRASIL. **Decreto 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. Portal Planalto. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)**. 2001. Brasília, DF: MS, 2001. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>>. Acesso em: ago. 2013.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **História das Conferências de Saúde**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em agosto 2013.

_____. _____. **Portaria nº. 234, de 7 de fevereiro de 1992**. Normaliza a assistência à saúde no SUS; estimula a implantação, o desenvolvimento do sistema e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Brasília, DF: MS, 1992. Disponível em: <<http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt054520051993.html>>. Acesso em: ago. 2013.

_____. _____. **Portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, DF: MS, 1993. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: ago. 2013.

_____. **Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde. 1994**
<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf> Acesso em: ago. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Sistema Único de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Coleção Para entender a Gestão do SUS. v.3. Brasília, DF: Conass, 2011a. Disponível em:
<http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em: ago. 2013.

_____. Sistema Único de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção Para entender a Gestão do SUS. v. 3. Brasília, DF: Conass, 2011b. Disponível em:
<http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_13.pdf>. Acesso em: ago. 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. **Descrição do Programa Bolsa Família**. Disponível em:
<<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: ago. 2013.

CENTRO PAULA SOUZA. Etec Sylvio de Mattos Carvalho. **Plano de curso do técnico do agente comunitário de saúde**. Matão: Centro Paula Souza/Etec, 2009.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

FIGUEIREDO, E. N. de. **A Estratégia da Saúde da Família na atenção Básica do SUS**. 2004 Disponível em <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/169>. Acesso em agosto de 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos e pesquisa**. 3a. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GOOGLE MAPS. **Região de Matão**. 2013. Disponível em:
<<https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=zSQf7NOKUu3s.k7llqCUw4Kv4&msa=0>>. Acesso em: ago. 2013.

HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI. **Matão/SP**. Disponível em:
<<http://www.hospitalmatao.com.br/informacoes-servicos/16/pronto-socorro-relatorio-de-atendimentos>>. Acesso em: 09 jan. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Censo2010 – Matão/SP**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: set. 2013.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1. 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (Orgs.). **Saúde da Família: Considerações teóricas e Aplicabilidade**. Martinari, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados primários de Saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Portugal: OMS, 1979. Disponível em: www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf. Acesso em: ago 2013.

RELATÓRIO DA ONU SOBRE ANO DA FAMÍLIA. Disponível em: www.ibdfam.org.br/imprensa/noticias-do-ibdfam/detalhe/503. Acesso em: set. 2013.

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (RAPM), 2013. Disponível em: <http://www.apm.org.br/revista-apm.aspx>. Acesso em: ago 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. **História das Políticas de Saúde no Brasil**. Centro de Formação dos Trabalhadores de Saúde. TAPAJÓS, R. (dir.; rot.). Tapiri Vídeo produções. 1992.

SELTZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; STUART, C. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**. São Paulo: EPU, 1974.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, RS, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 06 jul. 2009.

SOUZA, M. F. de; FRANCO, M. da S.; MENDONÇA, A. V. **Saúde da Família Nos Municípios Brasileiros: Os Reflexos dos 20 anos no Espelho do Futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014. SECRETARIA DA SAÚDE – Município de Matão/SP – Boletim de informações.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRALDI, D. R. C. **Efetividades e entraves do Programa Bolsa Família no município de Araraquara/SP**: um olhar sobre a segurança alimentar e nutricional dos beneficiários. 2011. 192 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente) - Centro Universitário de Araraquara (UNIARA), Araraquara. 2011.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNIVERSO ONLINE. **UOL Notícias**: Saúde Pública. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2014/02/24/saude-representa-so-8-do-total-de-investimentos-publicos-no-pais-diz-cfm.htm>. Acesso em: 15 abr. 2014.

YIN, R. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

Apêndice A: Roteiro base para a entrevista com beneficiários da ESF

- 1) Como era feito o atendimento às famílias antes da implantação da Estratégia da Saúde da Família? Houve mudanças com o Programa?
- 2) O Programa, hoje uma Estratégia, foi criado com o objetivo de trazer atendimento primário ao beneficiário. A família passa a ser o fator de maior atenção no ambiente em que vive. Quais os benefícios ou melhoras que a Estratégia trouxe para as famílias do bairro?
- 3) Qual obstáculo ou dificuldade encontrada em relação a esse atendimento para com os beneficiários?
- 4) Como é feito o atendimento ao usuário?
- 5) O que você como usuário pode apontar como positivo ou negativo dentro desta Estratégia?
- 6) Você faz parte do Programa Bolsa Família? Sim ou Não? Qual o benefício que a bolsa trouxe à sua família?

Apêndice B: Roteiro base para a entrevista com os Gestores Municipal e Hospitalar

- 1) Como vocês gestores veem a Estratégia da Saúde da Família?
- 2) Em sua visão quais benefícios você percebe com a implantação ESF em relação aos usuários? Quais vantagens e desvantagens na saúde da população?
- 3) Você acredita que com a implantação da ESF houve uma diminuição na procura por atendimento emergencial e internações?
- 4) Há recursos financeiros destinados exclusivamente para a Estratégia?
- 5) Existe alguma parceria entre a ESF e o atendimento emergencial?
- 6) Existe algum projeto para mudanças na infra-estrutura na atual sede da ESF?
- 7) Quantas famílias são atendidas pelo programa?
- 8) Quais as doenças mais comuns atendidas pelo programa? Na sua visão, os familiares que recebem Bolsa Família se diferenciam dos que não recebem o benefício, em relação saúde-doença?