



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA-UFRB
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS-CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

UM ESTUDO SOBRE ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX-BA:
conhecendo a necessidade da implantação do programa Mais Médicos no território.

ADENILTON MARQUES DA SILVA

CACHOEIRA-BA
2016

ADENILTON MARQUES DA SILVA

UM ESTUDO SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX-BA:
conhecendo a necessidade da implantação do programa Mais Médicos no território.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao colegiado de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia como requisito para obtenção de título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr. Lúcia Maria Aquino de Queiroz.

CACHOEIRA-BA
2016

Cachoeira – BA, aprovada em 25/02/201

BANCA EXAMINADORA

Lúcia Maria Aquino de Queiroz
Prof.^a Dr.^a Lúcia Maria Aquino de Queiroz
(Orientadora – UFRB)

Francisco Henrique da Costa Rozendo
Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo
(Membro Interno – UFRB)

Valéria dos Santos Noronha Miranda
Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Membro Externo – UFBA)

A todos aqueles que fizeram do meu sonho real, me proporcionando forças para que eu não desistisse de ir atrás do que eu buscava para minha vida. Muitos obstáculos foram impostos para mim durante esses últimos anos, mas graças a vocês eu não fraquejei. Obrigado!

AGRADECIMENTOS

Hoje, vivo uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência, perseverança e ousadia para chegar até aqui, e nada disso eu conseguiria sozinho. É hora de relembrar os caminhos percorridos e agradecer a todos aqueles que diretamente ou indiretamente, contribuíram para essa conquista de crescimento profissional.

Ao CRIADOR, pelo dom da vida e pela força a mim concedida onde pude superar os obstáculos e poder alcançar mais uma vitória em minha vida.

Meu agradecimento especial aos meus PAIS, exemplo de amor e carinho, por todo apoio incondicional.

Aos meus sobrinhos, Laura, Enzo e Nicolle, amores do tio.

Aos meus Amigos, em especial Jéssica, Elielma, Pate, Marcelo, Taísa, Nanda, Renata, Cris, Iori, Juci e Natalia que me fizeram crescer dividindo força para lutar, amizade e solidariedade nas horas de tristeza e alegria.

Ao grupo de pesquisa da Prof^a Valéria Noronha, onde pude me apaixonar pela temática escolhida e obter mais conhecimento. E também as meninas: Leyde, Eliane e Mayse por toda a troca de conhecimento.

Ao corpo docente do curso de Serviço Social da UFRB, por esta profissão tão nobre e desafiadora. Em especial a minha orientadora Prof.^a Dr^a Lúcia Aquino, por sua confiança, incentivo e competência.

Aos amigos da turma e em especial a Renata Baião (Martins), Arleide, Pate, Mayse, Jule, Rafa, Cristiano, Joseane, Mary, Bruna, Angela e Gabhy por compartilharem os prazeres e as dificuldades dessa jornada com os quais convivemos por todos esses anos.

A Secretaria Municipal de Saúde do município de São Félix e os funcionários da unidade básica por terem se disponibilizado a dar entrevistas.

A minha supervisora Acadêmica Albany Mendonça por acreditar no meu potencial e por contribuir de forma significativa no meu crescimento e por todo o seu comprometimento.

A toda a equipe de Assistente Social da UEFS e a minha comissão de formatura por todo companheirismo e competência.

Aos professores e demais servidores da UFRB, por toda dedicação e aprendizado construído durante todos esses anos de convivência.

A todos vocês a minha eterna Gratidão!

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente, é coragem...”
(Guimarães Rosa).

RESUMO

Este trabalho surge da importância de conhecer o Programa Mais Médicos (PMM) que foi instituído pela Lei Nº12. 871, de 22 de outubro de 2013, uma Medida Provisória assinada pela presidenta Dilma Rousseff e regulamentada por portaria conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação, para, dentre outros propósitos, equacionar os problemas existentes na assistência médica das Unidades Básicas de Saúde; também, para conhecer as relações estabelecidas entre esses profissionais e a gestão de atenção básica no município de São Félix-BA e suas principais deficiências. O objetivo geral da pesquisa é estudar a lógica de organização e funcionamento da Gestão de Atenção Básica (GAB) em São Félix, identificando centralmente a necessidade da implantação do PMM no território e verificando como este programa vem sendo percebido pelos gestores de saúde no município. Sendo assim, o trabalho é estruturado com a introdução, onde são apresentados os aspectos gerais da temática e a metodologia do estudo, o primeiro capítulo que consiste na contextualização histórica, onde será abordado o que havia no Brasil enquanto serviços de saúde antes e depois da Reforma Sanitária, os princípios e operacionalidade do SUS. O segundo capítulo traz algumas considerações em relação à Atenção Básica de Saúde, o trabalho da gestão e o Programa Mais Médicos enquanto estratégia de fortalecimento da Atenção Básica de Saúde. No terceiro e último capítulo são apresentados os resultados da pesquisa, e, por fim, as considerações finais.

Palavras-Chave: Atenção Básica. Programa Mais Médicos. Gestão da Atenção Básica

ABSTRACT

This work arises from the importance of knowing the More Doctors program (PMM) which was established by Law 12. 871, of October 22, 2013 a Provisional Measure signed by President Rousseff and regulated by joint decree of the Ministries of Health and Education, for, among other purposes, to equate the problems in medical care in Basic Health Units; also, to know the relations between these professionals and primary care management in São Félix-BA and its main weaknesses. The overall objective of the research is to study the logic of organization and functioning of the Primary Care Management (GAB) in Sao Felix, centrally identifying the need for PMM deployment in the territory and at how this program has been perceived by health managers in the city. Thus, the work is structured with the introduction, in which the general aspects of the subject and methodology of the study are presented, the first chapter is the historical context, which will be discussed what was in Brazil as health services before and after Health reform, the principles and operation of the SUS. The second chapter presents some considerations in relation to primary health care, work management and the Program More Doctors while strengthening strategy of primary health care. In the third and final chapter search results are presented, and finally, the closing remarks.

Keywords: Primary Care. More Doctors program. Primary Care Management

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| TABELA 1 – Serviços de Saúde Municipal da Atenção Básica..... | 44 |
| TABELA 2 – Serviços de Saúde Municipal de Média e Alta Complexidade..... | 44 |

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AIS - Ações Integradas de Saúde
APS- Atenção Primária a Saúde
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
CAP's- Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS- Conselho Regional de Serviço Social
CNS- Conferência Nacional de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CIB- Comissão Intergestora Bipartite
CRM- Conselho Regional de Medicina
CS - Centros de Saúde
DIREs- Diretorias Regionais de Saúde
DSEIS- Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ESF- Estratégia Saúde da Família
ESFR-Equipes de Saúde da Família Ribeirinha
ESFF- Equipe de Saúde da Família Fluvial
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL- Fundo de Assistência e Previdência do Trabalho Rural
IAP's- Institutos de Aposentadoria e Pensões
IAPAS-Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social
INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social
LOS- Lei Orgânica da Saúde
MPAS-Ministério da Previdência e Assistência Social
MRS- Movimento de Reforma Sanitária
MS - Ministério da Saúde
NASF- Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NOAS - Normas Operacionais de Assistência a Saúde
NOB- Normas Operacionais Básicas
OMS- Organização Mundial de Saúde
PACS- Programas de Agentes comunitários de Saúde
PDR- Plano Diretor de Regionalização
PECS- Programa de Extensão de Cobertura
PIASS- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PAB- Piso da Atenção Básica
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM - Programa Mais Médicos
PNAN- Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PREV-SAÚDE Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROVAB- Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF- Programa Saúde da Família
RAS- Redes de Atenção a Saúde
RH- Recursos Humanos
RJU- Regime Jurídico Único
TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido
SAMU-Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBPC- Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SESAB- Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SIAB-Sistema de Informação de Atenção Básica
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UBSF-Unidade Básica de Saúde da Família
UPA-Unidades de Pronto Atendimento 24 horas
USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 APRESENTANDO O SUS: CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA REFORMA SANITARIA | 17 |
| 2.1 A Reforma Sanitária Brasileira e sua importância na democratização da saúde | 17 |
| 2.2 Contextualizações históricas do SUS: Seus princípios e operacionalidade | 22 |
| 3 A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E O TRABALHO DA GESTÃO | 28 |
| 3.1 A Política de Atenção Básica dentro do SUS | 28 |
| 3.2 Gestão da Atenção Básica | 34 |
| 3.3 O Programa Mais Médicos enquanto estratégia de fortalecimento da Atenção Básica | 37 |
| 4 RESULTADOS DA PESQUISA | 42 |
| 4.1 Análise da Gestão de Atenção Básica no Município de São Félix-BA | 42 |
| 4.2 O lugar do Programa Mais Médicos na organização dos Serviços de Saúde da Atenção Básica em São Félix-Ba | 50 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 55 |
| REFERÊNCIAS | 58 |
| APÊNDICE | |

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de Conclusão de Curso se propõe a analisar a Gestão da Atenção Básica do Município de São Félix-BA, a fim de conhecer a necessidade da implantação do Programa Mais Médicos no Território.

A escolha do estudo se deu por consequência das experiências vivenciadas durante o projeto de pesquisa: Onde estão os médicos do Recôncavo da Bahia? Perfil da formação médica, condições e mercado de trabalho na região, desenvolvido sob a coordenação da professora Dra. Valéria Noronha, do qual fiz parte como bolsista do CNPq, além da aptidão pela área de saúde, o que contribuiu de forma efetiva, para pesquisar e aprofunda-me na temática escolhida.

A experiência em campo de pesquisa despertou o meu interesse em estudar o Município de São Félix, buscando compreender como a atenção básica é organizada no referido município, como funciona a sua gestão, bem como discutir, de que forma o Programa Mais Médicos contribui para o fortalecimento e a melhoria do acesso da população a assistência médica.

Para alcançar o objetivo ora proposto, foram percorridas as seguintes etapas: pesquisas bibliográficas a partir de diversas referenciais teóricos, a pesquisa documental e a realização da pesquisa de campo.

Entende-se por pesquisa uma atividade básica de toda ciência, a qual se legitima pelo exercício constante de indagação e construção da realidade, estando constantemente relacionados a interesse e circunstâncias socialmente condicionadas. Segundo Minayo (1994) pode-se entender a pesquisa como uma prática teórica que vincula pensamento e ação, alimentando a atividade de ensino e atualizando-a frente a realidade do mundo. Segundo Guerra:

A pesquisa na qual se faz necessário o “mergulho da realidade social” é, portanto um processo sistemático de ações, visando investigar/interpretar, desvelar um objeto que pode ser um processo social, histórico, um acervo teórico ou documental. (...) A pesquisa científica exige rigor, métodos e técnicas apropriadas e não pode ser identificada como uma mera sistematização de dados, de modo que há que se desenvolver determinados conhecimentos que são procedimentais. (GUERRA, p.707, 2009).

A aproximação com o objeto deu-se, inicialmente, mediante a pesquisa bibliográfica, partindo de materiais já publicados, como: livros, teses, dissertações, artigos, revistas, entre outros, a fim de proporcionar um aprofundamento teórico sobre a temática estudada. Esta pesquisa foi a base para o levantamento e análise dos marcos conceituais e categorias que determinam, envolvem e dão sentido à temática.

Realizou-se também pesquisa documental, a partir das leis e portarias referentes ao tema escolhido. Conforme Neves, esta “é constituída pelo exame de materiais que ainda receberam um trato analítico ou que podem ser reexaminadas com vistas a uma interpretação nova ou complementar” (1998, p.3).

Este estudo possui uma dimensão qualitativa, que para Gil (2007) pode envolver varias técnicas, como observação, entrevistas, grupo focal, entre outras. Conforme Soares,

Por meio deste tipo de abordagem, o pesquisador interpreta os fatos, procurando solução para o problema proposto. Nesse sentido, a abordagem qualitativa apresenta inúmeros usos, tais como: descrever a complexidade de determinada hipótese ou problema; analisar a interação entre as variáveis; compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais; apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formulação de opiniões de determinado grupo; permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos; interpretar dados, fatos, teorias e hipóteses etc. (SOARES, 2003).

O trabalho utilizou entrevistas como instrumentos de coleta de dados. Segundo Martins a entrevista trata-se de uma técnica de pesquisa para coleta de dados, cujo objetivo básico é entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações em contextos que não foram estruturados anteriormente, com base nas suposições e conjecturas do pesquisador.

Nesta perspectiva, é importante que no momento da pesquisa, o pesquisador respeite a decisão dos indivíduos que estão envolvidos na pesquisa, portanto diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa que envolve seres humanos, esclarecem que os indivíduos devem ser respeitados em sua liberdade, e autonomia, sendo, pois, tratados com dignidade e respeito (BRASIL, 1996).

A resolução 466/12, define que todas as pesquisas vinculadas a saúde devem proteger os direitos dos sujeitos, e sugere-se o uso do Termo de Consentimento

Livre Esclarecido, (APÊNDICE) para que assim haja acompanhamento pela população, em geral e, especialmente, pelos participantes da pesquisa.

No que se refere ao lócus da pesquisa, a cidade possui seis (6) unidades básicas de saúde, por conta do tempo, foi escolhida a unidade José Augusto Almeida Alves, na qual foram entrevistados: diretor da atenção básica, 1 médico do programa mais médicos e 2 agentes comunitários de saúde.

Os dados analisados fundamentam-se na relação crítica e criteriosa entre as informações colhidas em campo, através das entrevistas, e o referencial teórico construído previamente (MINAYO, 2007).

O trabalho foi dividido em três capítulos: No primeiro capítulo, inicialmente é feita uma apresentação do SUS, em seguida a configuração da política de saúde a partir da reforma sanitária e uma breve contextualização histórica do SUS, os seus princípios e operacionalidade.

A base da saúde pública no Brasil é o Sistema Único de Saúde, um sistema integrado de ações e serviços que visa assegurar o direito a saúde a todos os cidadãos e está fundamentado nos artigos 197 e 198 da Constituição Federal de 1988. Trata-se de um sistema que tem como princípio a democratização nas ações e nos serviços de saúde que passam a ser universais. No caso do SUS, a falta de profissionais de medicina foi apontada como um dos principais problemas, especialmente em algumas regiões do país. Após a formulação das alternativas e a construção e combinação de soluções, o Programa Mais Médicos foi a alternativa escolhida na busca pela melhoria da qualidade da política pública de saúde.

A análise da política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais, segundo Teixeira (1989: 50-53), a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas constitucionais.

O projeto de Reforma Sanitária tem como base um Estado Democrático de direito, responsáveis pelas políticas sociais, e conseqüentemente pela saúde.

Desta forma o conceito de saúde passou a contemplar o direito a qualidade de vida. Saúde e doença na coletividade passaram a serem fenômenos que, para além da dimensão biológica, são determinantes sociais e históricos. Sendo assim, Saúde é um processo de reprodução social.

A política de saúde é legalmente respaldada pela Lei Orgânica de Saúde-LOS nº 8.080/1990, que trata do conjunto de ações e serviços de saúde, bem como

das instituições que materializam os serviços; nas Normas Operacionais Básicas (NOBS) de 1991/1993/1996, que retratam a gestão, municipalização e controle social; Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS/2001) que versa sobre a descentralização; Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos (NOB/RH/SUS/2012) que dispõe sobre a capacitação do RH.

Importante identificar as situações que interferem na implantação da atual política de saúde no Brasil, nos princípios e diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde- SUS, a descentralização, universalidade, integralidade, equidade e controle social e as ações empreendidas para a sua institucionalização.

No segundo capítulo, foram feitas algumas considerações com relação à Atenção Básica de Saúde, o trabalho da gestão e o programa Mais Médicos no território.

Diante desse panorama, pode-se notar que o Programa Mais Médicos configura-se como uma importante iniciativa, pois prevê o amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. Programa este que integra o maior investimento em infraestrutura das unidades de saúde à necessidade de aumento do quantitativo de médicos atuantes na Atenção Básica de regiões onde há escassez desses profissionais. A convocação de médicos é uma estratégia que será continuada com a maior oferta de vagas nas escolas do País.

O programa se somou a um conjunto de ações e iniciativas para o fortalecimento da Atenção Básica do país. A Atenção Básica é considerada a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), que se encontra presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades, orientando-se pelos princípios da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da corresponsabilização e da humanização. Para que se possam atender esses princípios, a Atenção Básica desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades da saúde do usuário.

No terceiro capítulo analisou-se a gestão da atenção no município em questão, expondo, sobretudo, o resultado da pesquisa, que permitiu uma breve avaliação do programa Mais Médicos no Município.

Por fim, tecemos as considerações finais anunciando as contribuições do Programa Mais Médicos na organização dos serviços de Saúde da Atenção Básica em São Félix-Bahia.

2 APRESENTANDO O SUS: CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA REFORMA SANITÁRIA.

O Movimento da Reforma Sanitária surgiu na década de 1970, num contexto de luta contra a ditadura militar. Tal movimento buscava transformações na área de saúde, abarcando não só o sistema, mas todo o setor saúde e a melhoria das condições de vida da população. A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta em um momento de intensas mudanças e surgiu da sociedade civil, como parte de um projeto de transformação social e que não era restrita ao setor saúde. Assim, discutiremos nesse capítulo como a saúde passou a ser tratada no Brasil a partir da Reforma Sanitária. Para a discussão da temática recorreu-se alguns referenciais teóricos de Jairnilson Paim, Boschetti, Escorel, Ministério da Saúde, dentre outros.

2.1 A Reforma Sanitária Brasileira e sua importância na democratização da saúde.

No Brasil Colônia todo o problema de higiene era de responsabilidade das autoridades locais, as câmaras municipais se preocupavam com a sujeira da cidade, a fiscalização dos portos e também com o comércio de alimentos. Sendo que nessa época os moradores da cidade tinham que solicitar a presença dos médicos, por meio de cartas ao rei. (PAIM, 2009)

Quando o BRASIL era uma colônia de Portugal, sua organização sanitária espelhava a da metrópole. Os serviços de saúde das tropas militares subordinavam-se ao cirurgião-mor dos exércitos de Portugal. O físico-mor, e seus delegados eram os responsáveis, no Brasil, pelo controle da medicina que também era exercida por diferentes curadores, ou seja, respondia pelo saneamento e pela profilaxia das doenças e as questões relacionadas ao trabalho dos médicos, farmacêuticos, cirurgiões, boticários, curandeiros e etc. (PAIM, 2009, p.25).

A primeira Santa Casa surgiu em 1543, quando Brás Cubas fundou, em Santos, a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Depois, foram criadas as santas casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. Assim, a assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, que abrigava

indigentes, viajantes e doente. Já os militares eram recolhidos e cuidados pelas famílias ricas. Posteriormente, eram atendidos por cirurgiões-militares em hospitais das irmandades das santas casas, cabendo ao governo da Colônia o pagamento de uma taxa anual (PAIM, 2009, p.26).

Paim (2009) entende que uma nova reforma de serviços sanitários foi efetuada durante o Império, com a criação da Inspeção Geral de Higiene, da Inspeção Geral de Saúde dos Portos e de um conselho Superior de Saúde Pública. Nessa ocasião, foram adotadas as primeiras medidas voltadas para a higiene escolar e para a proteção de crianças e adolescentes no trabalho nas fábricas.

De acordo com Paim (2009), o sistema público de saúde no Brasil nasceu por três vias: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalhador. Sendo que o que existia enquanto saúde pública eram campanhas de erradicação da malária, tuberculose e vacinação contra a varíola.

A organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p.31).

Afirma Paim (2009) que muito antes da existência do SUS, as organizações dos serviços de saúde no Brasil eram bastante confusas e complicadas. Existia certa espécie de não-sistema de saúde, e que tinha omissão do poder público. Prevalecia, na chamada República Velha (1889-1930), uma concepção liberal de Estado e que só cabia a este intervir nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder.

A medicina previdenciária teve início com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)¹, após a aprovação da lei Elói Chaves (1923). Os trabalhadores que eram vinculados a essas caixas passavam a ter acesso a alguma forma de assistência médica.

O autor ainda afirma que a medicina previdenciária passou por certa expansão a partir de 1930, quando as CAPS foram substituídas por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Sendo assim, era criado um instituto para cada

¹ As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's) foram criadas a partir da Lei Eloy Chagas, esta apresentava as bases para a construção de um sistema previdenciário brasileiro além de, conforme Boschetti (2006), obrigar as empresas a instituírem as CAP's.

categoria de trabalhadores: comerciários (IAPC), bancários (IAPB), industriários (Iapi), marítimos (IAPM), servidores do Estado (Ipase), trabalhadores de transportes e cargas (Iapetec), etc. Com exceção do Ipase, todos os institutos foram unificados em 1966 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)².

Somente aqueles brasileiros que tivessem algum vínculo ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso a assistência médica da previdência social. Aos demais restavam apenas poucas opções como: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou eles teriam que buscar atendimentos nas instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios.

Cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doenças e acidentes, também os dos seus familiares, já que o direito a saúde não estava vinculado à condição de cidadania.

Importante salientar que a partir de 1971, o INPS além de prestar serviços às pessoas que eram inseridas de forma legal no mercado de trabalho, estendia seus serviços aos trabalhadores rurais cadastrados no Fundo de Assistência e Previdência do Trabalho Rural (FUNRURAL) semelhante ao tratamento que era oferecido aos trabalhadores urbanos.

O Inamps substituiu, assim, a concepção original de proteção social dividida por categorias profissionais por uma organização funcional. Ele tornou-se uma reunião de várias instituições, cada uma correspondendo a função que tradicionalmente havia assumido ao longo dos anos. Assim, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS, criado em 1966) garantia os benefícios implementados sob a lógica do seguro social (aposentadorias, pensões e auxílios); o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps, também criado em 1966) responsabilizava-se pela assistência médica da população segurada pela previdência[...] o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas, criado em 1977) era responsável pelo controle financeiro e patrimonial (BOSHETTI, 2006, p.56).

O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974, pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguro Social³ (INSS).

² Atualmente conhecido como Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

³ A discussão do conceito de Seguridade Social ocupou espaço importante na agenda constitucional, prevalecendo a noção de seguridade como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos a saúde, a previdência e a assistência social” (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194 da CF).

Antes do SUS existia o INAMPS que era quem fornecia atendimento gratuito, porém, apenas aos trabalhadores que contribuíssem com o INPS, hoje chamado INSS, ou aos seus dependentes diretos. Quem não contribuísse não poderia ser atendido e quem não tivesse dinheiro para pagar só conseguiria atendimento em hospitais filantrópicos como as santas casas.

Segundo Paim (2012), na passagem da década de 1970 para a de 1980, os movimentos sociais ampliaram-se, propondo a democratização da saúde, do Estado e da Sociedade, sob o lema da ‘democratização da saúde’.

Justamente para enfrentar aquele decálogo de problemas e democratizar a saúde no Brasil, foi organizado um movimento social, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que propôs a Reforma Sanitária e a implantação do SUS. Instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)⁴ e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)⁵, entidades comunitárias, profissionais e sindicais, constituíram um movimento social na segunda metade da década de 1970, defendendo a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços. (PAIM, 2009, p.39).

A Reforma Sanitária foi considerada um movimento social que defendia a democratização da Saúde e a reestruturação dos sistemas de serviços. A primeira proposta do SUS foi apresentada pelo Cebes no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados no ano de 1979; nove anos depois, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, chamada constituição cidadã, a qual contemplava os princípios e diretrizes elaboradas pelo Cebes. Estava criado o Sistema Único de Saúde. A partir da constituição de 1988 a saúde passa a ser direito de todos, dever do Estado. Sendo assim, pode-se afirmar que a Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde foram criados a partir da sociedade, contudo para virar lei, a reforma foi debatida no Congresso Nacional, permanecendo seus princípios e diretrizes. (PAIM, 2009).

⁴ O CEBES foi criado em julho de 1976 durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na Universidade de Brasília (UNB), trazendo para a discussão o tema da democratização da saúde e constituindo-se como um intelectual coletivo, capaz de propor inovações significativas na dimensão do pensamento da saúde.

⁵ A ABRASCO foi criada em 1979 durante a I Reunião sobre a Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública, com o objetivo de atuar como auxiliar e articulador entre centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para fortalecimento das entidades associadas, assim como o alargamento das relações entre comunidades técnico-científica e serviços de saúde.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em um fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (BRASIL, 1986). Era um momento chave do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e da cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do SUS. (BRASIL, 1990).

O movimento assumiu a defesa da descentralização, e propôs a criação de um sistema de saúde unificado, igualitário, participativo, descentralizado, universal e integral.

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram sistematizadas e debatidas por quase cinco mil participantes diversas propostas e proposições para a RSB. O relatório final do evento inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas de saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do SUS. (PAIM, 2009, p.40).

Conferências de saúde sempre foram fundamentais para a democratização da saúde, mas a 8ª Conferência de Saúde foi considerada um marco histórico, momento em que a saúde superou a esfera setorial, sendo sugerido não só um sistema único, mas a reforma sanitária. As propostas aprovadas na Conferência deram base para a Constituição Federal Brasileira no capítulo saúde.

Em julho de 1987 foi aprovada a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), uma estratégia transitória para a chegada ao Sistema Único de Saúde, que estabelecia a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado (ESCOREL, 2008, p.392).

Em 1987 a Assembleia Nacional Constituinte iniciava a elaboração da nova Constituição, ao passo em que o Ministério da Previdência e Assistência Social, com parceria com algumas secretarias, articulava a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Sendo assim, o SUDS foi visualizado enquanto ponte para instalação do Sistema Único de Saúde durante a reforma sanitária.

Embora o direito a saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social.

O movimento da democratização da saúde, 'movimento sanitário' ou "movimento da Reforma Sanitária, enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tornam a saúde como referente fundamental, emergem com a Cebes e atravessa as conjunturas examinadas na presente investigação. (PAIM, 2007, p.150).

A Reforma Sanitária pode ser vista como um conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressou práticas sociais, econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas; práticas estas que podem ser visualizadas após a 8ª CNS, com iniciativas como a implantação do SUDS, instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), e a promulgação da constituição de 1988.

2.2 Contextualizações históricas do SUS: Seus princípios e operacionalidade

A grave crise econômica experimentada pelo país no final da década de 1980 e na primeira metade dos anos 1990, bem como a execução das políticas de ajuste macroeconômico pelos governos desde então, representaram um ambiente bastante adverso para a implantação do SUS, um sistema de saúde de caráter universal e de natureza pública.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que 'dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes'. Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990, p.35).

Pouco depois de a Constituição proclamar a saúde como direito de todos, levando o sistema público de saúde a incorporar um terço da população desassistida, o governo federal reduziu a metade os gastos com saúde.

No início dos anos de 1990, muitos estados e municípios não se encontravam em condições de exercer plenamente as competências e atribuições estabelecidas nessas leis. Por outro lado, o governo federal resistia ao financiamento do SUS, mediante repasse regular e automático de recursos para as demais esferas de governo. Diante desse quadro, a construção do SUS recorreu a um conjunto de portarias, chamadas de normas operacionais: NOB-91; NOB-93, NOB-96, Noas-2000 e Noas-2002. (PAIM, 2009, p.66).

As NOBs são portarias do Ministério da Saúde que foram criadas para regular e definir os escopos e táticas atinentes à descentralização da política pública de saúde. Tinham como objetivo estimular transformações, nortear a implantação do SUS e determinar novos objetivos, além de prioridades e diretrizes, orientar a relação entre gestores e normatizar o SUS.

A NOB-Nº 01/91, estabelece regras operacionais, que são necessárias ao gerenciamento das ações e dos serviços de saúde como controle e fiscalização dos serviços. A NOB-93 formaliza as deliberações que foram aprovadas na 9ª Conferência Nacional de Saúde, que procura restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias, que consagram a descentralização político-administrativa na saúde.

A população foi a maior beneficiada com a incorporação de itens de alta complexidade, sendo que antes eram restritos aos contribuintes da previdência. Já a NOB-96 reafirma o papel das Unidades Federativas, ressaltando a reorganização do sistema de saúde; durante o período desta NOB foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

As principais inovações da NOB/ 96 foram:

1. A concepção ampliada de saúde- considera a concepção determinada pela Constituição englobando a promoção, prevenção, condições sanitárias, ambientais, emprego, moradia etc.;

2. O fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada- consagrada na prática com as Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde;
3. As transferências fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de saúde, regulamentadas pela NOB-SUS 96), com base na população, e com base em valores per capita previamente fixadas;
4. Novos mecanismos de classificação determinam os estágios de habilitação para a gestão, no qual os municípios são classificados em duas condições: gestão plena de atenção básica e gestão plena no sistema municipal (BRASIL, 1996).

A NOB 96 revogou os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB anteriores, indicando que os municípios se enquadrem na gestão Plena de Atenção Básica e na gestão Plena do Sistema Municipal.

Em 2002 é editada a Norma Operacional de Assistência a Saúde/ NOAS-SUS, cuja ênfase maior é o processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde, por não propiciar uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços (BRASIL, 2002). Segundo o Ministério da Saúde (2001), as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS, 2009).

Baseiam-se, portanto, no reconhecimento da regionalização em saúde fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, nesse momento específico da implementação do Sistema Único de Saúde (p.5).

A NOAS⁶-2002, por sua vez,

Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002, p.5).

⁶ As NOAS surgem a partir do aparecimento de problemas no momento de implantação da NOB96, objetivando promoção da equidade na alocação de recursos, bem como o acesso igualitário da população em todos os níveis de atenção a saúde.

Essas normas tiveram importância na história do SUS, pois mobilizaram os interesses de gestores, técnicos e estudiosos do assunto. Porém, foram ignoradas de um modo geral pela opinião pública, mídia, empresários, políticos e população. Pois, para o cidadão, importava mais a atenção que recebia no SUS e não os mecanismos de organização, gestão, gerência.

É importante entender os princípios e diretrizes porque são eles que vão nortear todas as ações e serviços de saúde: toda a questão política, administrativa e técnica da implantação efetiva dos serviços de saúde do nosso país, em cada região e municípios.

As políticas públicas de saúde no Brasil orientam-se desde 1988 pelos princípios básicos do Sistema Único de Saúde, conforme dispõe a Constituição Federal promulgada naquele ano. Saúde se define não apenas como a ausência de doenças, mas como um estado de completo bem estar físico, mental e social.

Princípios são aspectos que valorizamos nas relações sociais, a maioria derivados da moral, da ética, da filosofia, da política e do direito. São valores que orientam os nossos pensamentos e as nossas ações. Funcionam como se fossem os mandamentos no caso das religiões. Já as diretrizes são orientações gerais de caráter organizacional ou técnico que auxiliam as diferentes partes que compõem o sistema de saúde a seguirem na mesma direção ou, talvez, no mesmo caminho. (PAIM, 2009, p.56).

O princípio da Universalidade supõe o direito a saúde para todos, incluindo acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Já, a Integralidade é quando todos têm direito ao acesso a saúde de forma integral, composto por ações sobre o indivíduo, sobre a coletividade e sobre o meio. Portanto o SUS não se restringe a atenção básica.

A legislação vigente assegura que, a depender da necessidade do indivíduo, a pessoa tenha o acesso a serviços preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade do sistema. Caso o município não seja capaz de garantir o atendimento de um caso, ele deve estabelecer pactos com outras secretarias municipais que disponham desses outros serviços, inclusive recorrendo ao apoio da secretaria estadual de saúde, e, do mesmo modo, se o Estado não poder resolver dentro do seu território, deverá recorrer ao Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS.

Outro princípio importante do SUS diz respeito à preservação da autonomia das pessoas em defesa da sua integralidade física e moral. O respeito à dignidade humana e a liberdade de escolha das pessoas sustentam o princípio da autonomia dos cidadãos diante das ações e dos serviços de saúde que são colocados a sua disposição. Assim, o direito a informação às pessoas assistidas sobre a sua saúde representa avanço democrático garantido na legislação do SUS.

Equidade, outro princípio do SUS, é a garantia de condições sem distinção ou qualquer discriminação. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com a necessidade de cada um (a). (MS- SUS de A a Z, 2006). A preocupação desse princípio é diminuir a desigualdade social, ou seja, deverá dar mais a quem precisa de mais.

Entre as diretrizes estabelecidas na lei, além daquelas aprovadas na Constituição - descentralização, integralidade e participação da comunidade, destacam-se as seguintes: divulgação de informações e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração, em nível executivo, das ações em saúde, meio ambiente e saneamento básico; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (PAIM, 2009, p.58).

A Descentralização é uma estratégia para reduzir as desigualdades sociais e regionais. Visa trazer para mais perto do problema o poder de divisão e execução. Esse princípio garantiu a democratização do sistema de saúde, permitiu a entrada de muitos atores nos processos decisórios.

Segundo Paim (2009) a descentralização busca adequar o SUS à diversidade regional de um país continental como o Brasil, com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas.

Um dos argumentos para justificar a diretriz da descentralização é o de que as pessoas moram nos municípios e não na União. Os problemas de saúde seriam mais bem resolvidos no seu âmbito local, na cidade onde as pessoas residem e as secretarias estaduais de saúde só deveriam atuar sobre questões que viessem a ultrapassar as possibilidades daquele município.

Sendo assim, o governo Federal, sob a direção do Ministério da Saúde, deveria apoiar e também orientar ações dos governos estaduais e municipais, assegurando o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

A regionalização e a hierarquização são importantes para a descentralização e para a racionalização do sistema. Pois quando você torna o sistema mais racional,

você busca a melhor forma de gastar esses recursos, organiza os serviços e as ações para atender as necessidades de saúde daquela população, e se torna mais eficiente na utilização dos recursos.

Já o princípio da participação popular garante que o usuário participe ativamente das políticas de saúde. Com a obrigatoriedade da formação e do funcionamento dos conselhos de saúde tem impulsionado a sociedade a participar dos rumos tomados pelo SUS.

O SUS, além de ser uma organização do Sistema de Saúde, é um meio onde podemos ter uma sociedade mais justa e solidária. Fruto das lutas do movimento sanitário, que foi criado na abertura política no processo de redemocratização do país, cujos princípios foram a base para todo esse sistema.

3 A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E O TRABALHO DA GESTÃO

A Atenção Básica Brasileira é organizada por diversos modelos, de acordo com os municípios e o território de atuação, e preferencialmente organizada pelo modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo que esse modelo tem como diferencial a conformação de equipes multiprofissionais. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde de grupos vulneráveis, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral.

Esse modelo está embasado em princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, humanização, responsabilização, equidade e da participação social. Importante discutir questões referentes à gestão de Atenção Básica (AB) nas políticas de saúde.

3.1 A Política de Atenção Básica dentro do SUS

No Brasil, o Ministério de Saúde tem utilizado a expressão atenção básica talvez para evitar a confusão com a concepção de APS correspondente a “atenção primária de saúde”. A atenção primária é um modo de organização dos serviços de saúde caracterizado pelo atendimento as necessidades e anseios familiares. Ele consiste no seu primeiro contato com o sistema de saúde e é responsável pela organização do cuidado a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Para Starfield (2002, p.28)

A atenção primária é aquele nível de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre as pessoas (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

Segundo PAIM (2002) a Atenção Primária de Saúde (APS) passou a ter visibilidade política no Brasil a partir da VII Conferência Nacional de Saúde (VII CNS), realizada em 1980. Sendo que, antes desse evento, a APS restringia-se à medicina comunitária e ao programa de extensão de cobertura (PECS) das décadas de 1960 a 1970.

A VII CNS teve como tema central “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos” (CNS, 1980), representando um momento privilegiado para a discussão das propostas da Conferência de Alma-Ata sobre os cuidados primários de Saúde (BRASIL, 2001b).

A declaração de Alma-Ata expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos e de todos que trabalham no campo de saúde, do desenvolvimento para promover a saúde de todos os povos do mundo, introduziu uma nova ideia acerca da atenção primária, que serviu de modelo para todo o mundo.

A Declaração de Alma-Ata recomenda a construção de serviços locais e direcionados a necessidade da população no âmbito da saúde, balizado em uma perspectiva interdisciplinar, norteadas pela participação social na gestão e monitoramento de atividades.

Conforme Starfield (2002), o relatório apresentava um modelo de coordenação dos serviços de saúde centrados em três distintos níveis de serviços: centro de saúde primário, centro de saúde secundário e hospitais-escola. Serviu como pilar para a formulação do conceito de regionalização, enquanto sistema estruturado para rebater as mais variadas necessidades da população.

Com a implantação do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no início da década de 1990 (BRASIL, 1993 b) a atenção primária retomou a agenda política. O PACS nasceu no Governo Collor, tinha como finalidade estender a cobertura de ações de saúde as populações rurais e periferias urbanas.

A partir de 1993, o programa ampliou seus objetivos, no sentido de o agente comunitário tornar-se capaz de articular os serviços de saúde e a comunidade, incluindo entre suas atribuições o desenvolvimento das ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo nos níveis individual e coletivo (BRASIL, 1994b).

A AB é definida pela Política Nacional de Atenção Básica como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012, p.19).

A Saúde é, assim, compreendida como direito universal, onde cada pessoa tem direito de acesso a uma equipe de atenção básica que lhe cuide e com capacidade de se corresponsabilizar pelos problemas individuais e coletivos de saúde e de intervir sobre os mecanismos de produção de doenças.

Em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF), que tem como propósito organizar a prática da atenção à saúde. Foi apresentado como um programa que fazia parte da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi introduzido, no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994. Enquanto proposta concebida dentro da vigência do Sistema Único de Saúde, teve como antecedente, o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, onde já se trabalhava tendo a família como unidade de ação programática. Com os bons resultados do PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, se buscou uma ampliação e uma maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes de Saúde da Família (VIANA & DAL POZ, 1999; Brasil, 2000a).

Aguiar (2003) assegura que pouco a pouco, o Programa Saúde da Família perde seu caráter de programa e passa a ser visualizado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia, tendo em vista a reorganização e reestruturação do SUS.

Em 2006 é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que possibilita a revisão e concretização das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Segundo a PNAB (2006), a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca

a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer a suas possibilidades de viver de modo saudável.

De acordo o Departamento de Atenção Básica (DAB), no Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define princípios gerais para a Atenção Básica e coloca a Saúde da Família como uma estratégia de mudança do modelo de atenção, substituindo uma rede que já existia, criando novas redes e atuando de pró-ativa em territórios definidos com planejamentos de acordo com o diagnóstico e de modo integrado na comunidade (PNAB, 2006, p.21).

Atualizada em 2011, a PNAB oferece inovações no que diz respeito, a conceitos e a introdução de elementos pertinentes ao papel da Atenção Básica na orientação das redes de atenção.

A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de Equipes de Saúde da Família (ESF), houve a inclusão de Equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas.

Segundo o Ministério da Saúde (2013) a Atenção Básica pode ser organizada por modelos diversos, de acordo com o município e o território de atuação. No entanto, ela é preferencialmente organizada pelo modelo chamado de Estratégia Saúde da Família. A principal característica diferencial desse modelo é a conformação de equipes multiprofissionais. Elas são responsáveis pela atenção à

saúde de uma determinada população adscrita a um território, sendo, em média, três mil usuários por equipe.

As equipes multiprofissionais são de diferentes tipos: Equipe de Saúde da Família (com ou sem saúde bucal) - ESF: composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os profissionais de saúde bucal são: cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (com ou sem Saúde Bucal)- ESFR: a composição é a mesma da ESF, porém são equipes que atuam em unidades de saúde localizadas em comunidades as margens de rios, onde o acesso se dá por meio fluvial.

Equipe de Saúde da Família Fluvial (com ou sem saúde Bucal)- ESFF; a composição é a mesma da ESF, podendo contar ainda com um técnico de laboratório ou bioquímico. Essas equipes atuam em Unidades Básicas de Saúde Fluviais, ou seja, os serviços de saúde são ofertados em embarcações construídas para este fim.

Equipe de Consultório na Rua: pode ser composta por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal. Esta equipe tem caráter itinerante, pois é responsável pela atenção de saúde de usuários em situação de rua. Pode atuar em unidades móveis específicos (quando houver) e tem como referências as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

E tem também os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF): são equipes com papel de ampliar o escopo das ações e resolutividade da Atenção Básica, pois podem ser compostas por outros profissionais, tais como: médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/ obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria.

Segundo o Ministério da Saúde a Atenção Básica tem papel fundamental no funcionamento das Redes de Atenção a Saúde (RAS), tendo que desempenhar algumas funções como: ter alto grau de descentralização e capilaridade, ser

resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes, gerenciando o acesso a outros pontos de atenção.

Os profissionais que atuam na atenção básica devem conhecer quais recursos e pontos de atenção têm disponíveis para o apoio ao seu trabalho e como estão organizados os fluxos para o acesso aos serviços.

Segundo o Ministério da Saúde, 2013, as principais redes de atenção são:

- Rede Cegonha- Serviços de atenção a gestante e ao recém-nascido. É composta por: Atenção Básica- Regulação- Telessaúde- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)- Casas de Parto- Maternidade.
- Rede de Urgência e Emergência- composta por: Atenção Básica- Regulação – Telessaúde – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)- Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA)- Hospitais – Serviço de Atenção Domiciliar.
- Rede de Atenção Psicossocial- composta por: Atenção Básica – Regulação – Telessaúde – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

Para auxiliar e qualificar o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, os profissionais podem contar com alguns programas e estratégias que são desenvolvidos tanto no âmbito da Atenção Básica em integração com outros pontos da Rede de Atenção a Saúde (RAS).

Pode contar com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população.

Além desses programas que a equipe pode acessar diretamente a partir da UBS, é importante lembrar que outras iniciativas, ligadas às políticas nacionais, que objetivam qualificar a Atenção Básica e melhorar as condições sociais e de saúde da população, podem acontecer no município. (BRASIL, 2013, p.10)

Programas como: Bolsa Família que é o maior e mais ambicioso programa de transferência de renda da história do país; Ações de Prevenção e Controle de

Agravos Nutricionais e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, de nutrição e de saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados a alimentação e a nutrição; qualificação da infraestrutura, equipamentos, materiais de apoio e insumos; as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que possuem diversas formas de organização, estrutura e até resolutividade das ações e serviços ofertados.

3.2 Gestão da Atenção Básica

A discussão sobre gestão da Atenção Básica e modelos de atenção vem assumindo, progressivamente, certa relevância na formulação de políticas de saúde no Brasil. Assim a NOB-96 concebia para o SUS “um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e no seu meio ambiente, bem como a relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários- as famílias” (Brasil, 1998a, p.12).

A Gestão de todos os processos de uma UBS de ESF é definida para um país por seu governo a partir de um paradigma de saúde. As diretrizes das ações desenvolvidas em nível local nascem no Ministério da Saúde (MS) como portarias, portarias especiais, documentos norteadores, etc. Passam por estrutura hierárquica das secretarias municipais, de coordenadorias e, finalmente, na Atenção Básica, se faz uso de tecnologia leve (MERHY, 1994), espaço destinado a transformação das ações definidas pelos princípios do SUS, artigo 3 da Lei nº 8.080/90.

De acordo com a NOB-96, os municípios teriam responsabilidades na gestão da atenção básica, tais como: desenvolvimento de métodos e instrumentos da gestão, incluídos os mecanismos de referência e contra referência de pacientes; coordenação e operacionalização do sistema municipal de saúde; desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação; desenvolvimento de ações básicas de vigilância sanitária; administração e desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica; fortalecimento do controle social no município (BRASIL, 2000a, p.190).

A NOAS-SUS 01/2001 atualizou as condições de gestão do NOB-96, definiu prerrogativas dos gestores municipais e estaduais, propôs a formulação de plano diretor de regionalização e a qualificação das microrregiões na assistência a saúde, além de recomendar a organização dos serviços de média e alta complexidade. A NOAS-02 manteve as duas modalidades de habilitação previstas pela NOAS-01 para a gestão dos municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada- GPABA e Gestão Plena do Sistema Municipal-GPSM (BRASIL, 2001c; 2002b).

A rede de Atenção a Saúde, tendo a Atenção Básica com centro, se organiza em:

- Atenção Básica de Saúde (ABS): compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, constituindo o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006, p. 202).
- Atenção Média Complexidade: é prestada por meio de uma rede de unidades especializadas de média complexidade, garantindo o acesso a população sob sua gestão (ibidem).
- Atenção Alta Complexidade: é a atenção a saúde de terceiro nível, integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade. É organizada por meio do sistema de referência (ibidem).

Starfield (2004) acrescenta:

(...) a atenção primária se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos característicos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Destes quatro atributos, a longitudinalidade tem relevância por compreender o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional. A população deve reconhecer a unidade como fonte regular e habitual de atenção a saúde, tanto para as antigas quanto para as novas necessidades. Já o profissional deve reconhecer e se responsabilizar pelo atendimento destes indivíduos. A longitudinalidade está fortemente relacionada a boa comunicação que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, a continuidade e efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência (STARFIELD, 2004, p. 73).

O processo de trabalho se caracteriza pela horizontalidade gerencial, em que são desenvolvidas atividades assistenciais, educativas, burocráticas, gerencia de

equipe e demais serviços de natureza administrativa. Nesse processo de trabalho se define a macrogestão e a microgestão das equipes. Os pressupostos do gerenciamento são: Planejamento, Organização, Coordenação, Avaliação e Supervisão.

Existe o pacto da Atenção Básica, que permite, desde 1999, a realização de uma espécie de “contrato da gestão”, pautado em indicadores selecionados e em negociações de metas, bem como estabelecimentos de processos sistemáticos de acompanhamento e avaliação. Desse modo, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica “inaugura no cotidiano da gestão do SUS uma nova prática que vincula à organização de ações e serviços de saúde a análise do desempenho de indicadores de saúde selecionados” (BRASIL, 2000^a, p.2), no sentido de melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Cabe destacar no SUS a existência de uma relação entre usuários, trabalhadores da saúde e os gestores no processo de produção e cuidados de saúde. Podem-se delimitar dois campos de atuação para ação do sistema que implica na relação entre os trabalhadores, sistema de saúde e usuários: o campo da gestão e o campo do desenvolvimento. Ao definir as responsabilidades de cada uma das instâncias gestoras, o pacto da atenção básica integra-se a Programação Pactuada Integrada (PPI), que pretende “estabelecer de forma coerente e articulada uma nova maneira de articular a gestão do SUS” (BRASIL, 2002b, p.18).

Entre os objetivos da PPI, destacam-se: garantir a equidade do acesso; explicitar os recursos federais, estaduais e municipais, que compõem o montante de recursos do SUS; consolidar o papel das secretarias estaduais de saúde na coordenação da política estadual de saúde e na regulação geral do sistema estadual de saúde; estabelecer processos e métodos que assegurem a condução única do sistema de saúde em cada esfera do governo; consubstanciar as diretrizes de regionalização da assistência a saúde; explicitar a programação dos recursos estaduais e municipais, respeitada a autonomia dos vários níveis de gestão e realidades locais (BRASIL, 2000a).

Segundo Pierantoni, Varella e França (2005) a gestão do trabalho na saúde requer o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores da Saúde. Deve-se também considerar os processos de gestão, a configuração estrutural do setor, e a reconstrução e retomada de mecanismos de regulação por parte do Estado. Para as autoras, definir e conhecer a capacidade

gestora do trabalho em saúde em suas competências e instâncias de poder auxilia na busca de um modelo de gestão participativa capaz de envolver instâncias da federação e articular os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Antigos e novos problemas vêm dificultando a gestão do trabalho no SUS. A pouca flexibilidade do Regime Jurídico Único (RJU); a indefinição quanto o regime Celetista para o setor público; o trabalho desregulado e desprotegido; a regulação corporativa das profissões de saúde; a baixa institucionalização do processo de planejamento de recursos humanos; a inexistência de um projeto institucionalizado de educação permanente; e a formação inadequada dos profissionais de saúde para o desempenho nos serviços públicos.

A gestão da ABS terá de interagir com todo o sistema de saúde e com arranjos intersetoriais para garantir a efetividade, qualidade, equidade e integralidade das intervenções. Nesse sentido alguns atores têm mostrado a necessidade de “novas missões e papéis para a rede básica, que se traduzem pela construção de um modelo de atenção que permita, junto ao conjunto de usuários, realizar práticas que acolham, vinculam e resolvam, no sentido de promover e proteger a saúde, no plano coletivo” (MERHY, 1997, p.198).

3.3 O Programa Mais Médicos enquanto estratégia de fortalecimento da Atenção Básica.

Segundo o Ministério da Saúde (2015) o Brasil precisava de mais médicos e precisava também melhor distribuí-los. O Ministério da Educação traçou metas para ampliar a quantidade de profissionais, visando chegar ao patamar de 2,7 por mil habitantes em 2026. Foi elaborado um ousado plano de expansão de vagas de graduação em medicina em todo o País, obedecendo a critérios que proporcionam a descentralização da formação e interiorização das faculdades.

A criação do Programa Mais Médicos no Brasil pretende atender as demandas populares, dentre elas: a falta de médicos. O programa é uma iniciativa recente, que foi implementado na gestão do governo Dilma, através de medida provisória, regulamentado por portaria conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação, que tem por objetivos superar lacunas no sistema de saúde,

caracterizado pela falta de médicos em regiões do interior do país, regiões essas consideradas afastadas dos principais centros urbanos e que compromete de forma direta o atendimento aos usuários, além de outros objetivos.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória que foi convertida em Lei em outubro do mesmo ano, após intenso debate junto a sociedade e tramitação no Congresso Nacional.

O Mais Médicos somou-se a um conjunto de ações e iniciativas num cenário em que o governo federal assumiu a tarefa de formular políticas públicas para enfrentar os desafios que vinham condicionando o desenvolvimento da Atenção Básica (AB) no País (BRASIL, 2015, p.15).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2013, ano de criação do Programa, o Brasil tinha uma proporção de médicos por habitante significativamente inferior a necessidade da população e do SUS. Esses médicos estavam mal distribuídos no território, de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis eram as que contavam, proporcionalmente, com menos médicos. Muitas cidades não tinham médico residindo no território do município e grandes contingentes populacionais não contavam com acesso garantido a uma consulta médica.

É fato que, em um primeiro momento, houve resistência por parte de alguns setores da sociedade, principalmente com relação aos médicos estrangeiros. Virou alvo de questionamentos, por alguns era visto como uma forma de precarização do trabalho médico contemplado com o recebimento de uma bolsa, mas sem qualquer reconhecimento empregatício e dos direitos trabalhistas.

O Programa recruta profissionais graduados no Brasil e fora do País, brasileiros e estrangeiros, para atuar nas áreas com maior necessidade e garantir a essas populações o direito concreto e cotidiano no acesso universal e com qualidade aos serviços de saúde. Sendo que esses profissionais participam de uma série de atividades de educação e de integração ensino-serviço para que desenvolvam uma atenção à saúde de qualidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Segundo o Ministério da Saúde, 2015, o programa previu investimentos para a qualificação da estrutura, melhoria das condições de atuação dos profissionais e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), buscando consolidar um padrão de qualidade superior nos serviços locais da Atenção Básica brasileira,

promovendo não apenas a melhoria da rede de serviços já existentes, mas ampliando significativamente os números de UBS no país.

O referido programa visa distribuir os profissionais de medicina de acordo com as regiões e as especialidades prioritárias do SUS. A Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, institui o Programa Mais Médicos, com os seguintes objetivos:

- I – diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II – fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país;
- III – aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV – ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V – fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI – promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais de saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII – aperfeiçoar médicos para a atuação nas políticas públicas de saúde do país e na organização e no funcionamento do SUS e;
- VIII – estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

O programa propõe sair da proporção de médicos por habitantes que o Brasil apresentou em seu lançamento (1,8 médico /1.000habitantes) e atingir a marca de 2, 7 médicos/ 1.000 habitantes no ano de 2026. Percebe-se que o Programa Mais Médicos reúne um conjunto de iniciativas de curto, médio e longo prazos com efeitos sinérgicos às demais ações da Nova Política de Atenção Básica.

Para a melhor distribuição dos médicos, juntos os Ministérios da Saúde e da Educação definiram critérios para a criação de cursos de medicina nas regiões onde mais precisam de profissionais. Outra iniciativa é o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab), que leva médicos, enfermeiros e dentistas para o interior do país e periferias das grandes cidades.

Segundo o Ministério da Saúde 2015, o Mais Médicos se somou a um conjunto de ações e iniciativas do governo para o fortalecimento da Atenção Básica

do país. Onde a Atenção Básica é considerada como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), que está presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades, pois é nesse atendimento que 80% dos problemas de saúde são resolvidos.

Segundo o Programa Mais Médicos, nesses dois anos de programa, o Mais Médicos conseguiu implantar e colocar em desenvolvimento os seus três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do país, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica, além de ações voltadas a infraestrutura das unidades básicas de saúde.

Segundo os dados do Governo Federal (2015);

- **1º Eixo - Provimento Emergencial** – Os resultados alcançados pelo o Programa Mais Médicos, bem como a sua aprovação pela população usuária do SUS, já comprovam o sucesso dessa ampla e inovadora iniciativa. Isso já seria suficiente para atestar que a dimensão mais imediata do projeto – a de provimento emergencial de profissionais - vem sendo atingida com sucesso. Atualmente, o Programa Mais Médicos, com um total de 18.240 vagas em 4.058 municípios de todo o país, cobre 73% das cidades brasileiras e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Com a expansão do programa em 2015, o governo federal garante assistência para aproximadamente 63 milhões de pessoas.
- **2º Eixo - Educação** – O programa vem fazendo uma profunda reestruturação na formação médica do país. É por esse eixo que será possível fazer frente, em caráter permanente, ao problema de falta de profissionais, solucionando-o de maneira definitiva. Assim, integram o Programa um plano de expansão de graduação e da residência médica e importantes mudanças no modo de formar médicos e também especialistas. A meta do Governo Federal é criar 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência até 2017. Destas, já foram autorizadas mais de 5 mil vagas de graduação e quase 5 mil de residência.
- **3º Eixo - Infraestrutura** – O Mais Médicos também está melhorando a infraestrutura da Atenção Básica no país, por meio da construção de

novas unidades básicas de saúde e reforma e ampliação das unidades já existentes. São investidos mais de R\$5 bilhões para o financiamento de 26 mil obras em quase 5 mil municípios, das quais aproximadamente 10,5 mil já estão prontas e outras 10 mil encontram-se em fase de execução.

O programa Mais Médicos demonstra, assim um avanço no que se refere a investimentos na saúde pública brasileira. Não se pode negar que o país precisa de médicos nessas regiões que vivem em alta vulnerabilidade social. Porém não é a solução de um problema histórico de descaso com esse setor.

4 RESULTADOS DA PESQUISA.

Neste capítulo será caracterizado o município em questão analisando como se organiza a Atenção Básica e os serviços de Saúde ofertados, avaliando o impacto do Programa Mais Médicos em São Félix a partir dos dados da pesquisa, obtidos através das entrevistas.

4.1 Análise da Gestão de Atenção Básica no Município de São Félix-Bahia.

Neste tópico, a pretensão é realizar uma breve caracterização do Município de São Félix, este é o momento que as informações contidas nas falas dos sujeitos desta pesquisa foram analisadas.

São Félix é um município brasileiro localizado no estado da Bahia, especificamente, na região Recôncavo Sul. O município encontra-se situado na microrregião geográfica Cruz das Almas, e fica a 136 km de distância da capital do Estado, Salvador, com a população estimada em 15.049 de acordo com o IBGE (2014) e área de 95, 052 km²; sua população está distribuída entre as zonas urbanas (sede municipal) e rural e possui um clima seco a sub-úmido.

O município de São Félix encontra-se sob Gestão Plena do Sistema de Saúde através da Resolução CIB: nº 132 de 20/09/2007 e nº 57 de 27/03/2008. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização- PDR/BA pertence a 31^a DIRES- Cruz das Almas, localizado na Macro Leste, Microrregião de Cruz das Almas. A Secretaria Municipal de Saúde de São Félix é composta pelos Departamentos: de Vigilância a Saúde, de Gestão Estratégica, Controle Avaliação e Regulação, Média e Alta Complexidade e Departamento de Atenção Básica.

De acordo com o Plano Municipal (2014-2017), São Félix se faz presente nos principais espaços de decisão como a CIB (Comissão Intergestora Bipartite), CIR (Comissão Intergestora Regional) e DIRES (Diretorias Regionais de Saúde). Sendo assim, têm participado das negociações, pactuações, planejamento e avaliação da gestão das políticas de saúde no Estado entre as Secretarias Municipais de Saúde.

Segundo o Plano Municipal 2014-2017 a atenção a saúde do município está voltada a promoção de Saúde e prevenção de doenças através das políticas de saúde com ênfase na Estratégia de Saúde de São Félix com 100% de cobertura da população.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Félix funciona na sede do município, onde também são realizadas as reuniões do Conselho Municipal de Saúde. As atividades desenvolvidas pela secretaria são norteadas pelas ações pactuadas e planejadas para atender as necessidades dos Serviços realizadas pelas USFs. Para assistência na atenção de média e alta complexidade conta com a Santa Casa de Misericórdia de São Félix Nossa Senhora de Pompéia.

Os serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de São Félix são:

- **Secretária Municipal de Saúde:** vigilâncias epidemiológicas, sanitária, saúde do trabalhador, cartão SUS, central de marcação de exames e consultas.

- **Unidades de Saúde da Família (USF):** consulta médica, de enfermagem, odontológica, pré-natal, hipertensão, diabetes, vacinas, farmácia básica, exames laboratoriais, marcação de exames e consultas e outros.

- **Núcleo de Saúde da Família (NASF):** Educação Física, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Assistência Social e Massoterapia.

- **Centro de Especialidades Odontológicas (CEO):** Periodontia, Canal, Radiologia, Pacientes Especiais e Prótese.

- **Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**

- **Centro Integrado de Promoção da Saúde (CIPS):** Educação Física e Academia da Saúde

- **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Segundo o Plano Municipal (2014-2017), conforme a Portaria nº 2488/GM de 2011 a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de Saúde; no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e proteção da Saúde,

prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da Saúde.

Nesse sentido a Atenção Básica do Município conta apenas com 06 Unidades de Saúde da Família: USF Belmiro da Silva; USF Curva do S; USF Dona Vivi; USF DR José Ranulfo dos Reis; USF Fernando de Almeida Alves e USF José Augusto de Almeida Alves. Sendo que dessas, três funcionam no centro da cidade e três na zona rural. Bem como, as Unidades Satélites na comunidade de Santo Antônio e na Ladeira da Misericórdia que foram implantadas e organizadas para facilitar o acesso aos serviços de saúde dos municípios que residem em áreas distantes das USFs. Os Serviços de Saúde⁷ Município são divididos da seguinte forma.

Tabela 1

| Atenção Básica | Quantidade |
|--------------------------|-------------------|
| USF urbana | 03 |
| USF rural | 03 |
| ESB rural modalidade I | 02 |
| ESB rural modalidade II | 01 |
| ESB urbana modalidade I | 01 |
| ESB urbana modalidade II | 02 |
| Unidades satélites | 02 |
| NASF I | 01 |
| CIPS | 01 |

Tabela 2

| MAC | Quantidade |
|----------------------------|-------------------|
| CAPS | 01 |
| CEO II | 01 |
| SAMU | 01 |
| Santa Casa de Misericórdia | 01 |

⁷ Os dados das tabelas foram retirados do Plano Municipal de Saúde de São Félix (2014-2017).

Através do Departamento de Atenção Básica do município é que se organiza e se racionaliza as ações por áreas de atuação estratégicas, cujo eixo principal constitui-se em consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção a saúde no SUS.

O Sistema de Saúde de São Félix vem se estruturando através das Unidades de Saúde da Família, onde são desenvolvidos os programas estratégicos conforme ciclos evolutivos: Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde Mulher, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Controle de Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial, Controle de Tuberculose e Hanseníase, Saúde Bucal, Vigilância Alimentar e Nutricional e Saúde da Família (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014-2017, p.27).

A rede de apoio municipal à rede básica conta:

01 NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), constituído por 01 Educador Físico, 01 Assistente Social, 01 Nutricionista, 01 Psicólogo e 01 Terapeuta Ocupacional; 01 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); 01 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), com atendimentos de cirurgia, prótese, periodontia e pacientes especiais; 01 CIPS (Centro Integrado de Promoção à Saúde), 01 Farmácia Básica Central com 04 anexos, sendo 03 unidades da zona rural e 01 na USF da Zona urbana; e a Santa Casa de Misericórdia. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014-2017, p. 27).

O Programa de Saúde da Família é uma estratégia para reorganização da Atenção Básica e tem como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida, levando a saúde para mais perto da população.

Cada equipe possui seus profissionais, sendo composta por: 01 Médico, 01 Enfermeira, 02 técnicos de enfermagem, 01 ACD⁸, 01 Dentista, 01 Auxiliar Administrativo, 01 Serviços Gerais e Agentes Comunitários de Saúde.

A implantação do Programa de Saúde da Família iniciou-se por volta de 1993 no Brasil, através da Portaria n.º692. A referida portaria veio como resposta e normalização ao documento elaborado pelo MS:

O Programa Saúde da Família- PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. Atenderá prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde (VASCONCELOS, 1998, p.134)

⁸ Auxiliar de consultório dentário. Com a regulamentação da profissão em 24 de dezembro de 2008, pela Lei 11.889, esta sigla passou a ser ASB (Auxiliar de Saúde Bucal). Essas e outras informações a respeito deste assunto podem ser acessadas em: <http://www.cpt.com.br/cursos-consultorios-odontologicos/artigos>.

O PSF descentraliza o atendimento as famílias, evitando a superlotação em hospitais públicos, pois a atuação é básica e requer um conhecimento territorial, preservação da cultura local e reconhecimentos destas. As equipes dos PSFS não devem seguir modelos programados que não interajam com a realidade local.

Atenção Básica tem a sua diretriz bem delineada, mostrando a importância das ESF e dos ACS, desenvolvendo ações educativas, sanitárias, de prevenção, proteção e recuperação da saúde, levando em conta a participação popular, efetivando os seus trabalhos em territórios delimitados e definidos. Isto nos mostra a importância do vínculo que é construído com essa comunidade e a equipe de saúde para eficácia da política de Atenção Básica. Desta forma,

[...] A Atenção Básica tem como fundamento: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizado como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações pragmáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção a saúde, prevenção de agravos, vigilância de saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, a coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculos e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio de estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistêmico dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação e estimular a participação popular e o controle social (Ministério da Saúde 2006b, p.4)

Antes de apresentar os dados da pesquisa é preciso sinalizar os desafios e dificuldades encontradas para concretizá-la. Foram feitas várias visitas a Secretaria de Saúde do município na tentativa de consultar o Plano Municipal de Saúde, no entanto algumas foram frustradas, pois a secretária de Saúde estava sempre ausente na instituição e o diretor da atenção básica afirmou não ter autonomia para disponibilizar o documento para consulta. Após muitas idas e vindas pôde-se ter acesso ao Plano, instrumento fundamental para subsidiar o debate, juntamente com a pesquisa, pois o Plano é um instrumento essencial para conhecer a realidade do município. A entrevista com a secretária se tornou inviabilizada por conta da sua ausência na Secretaria de Saúde.

Para obtenção dos dados mais empíricos o trabalho utilizou-se de entrevistas como instrumentos. Nesse sentido foram entrevistados o Diretor da Atenção Básica, a médica selecionada através do Programa Mais Médicos, e duas agentes comunitárias de saúde da referida unidade. Para preservar o direito de privacidade dos participantes da pesquisa, seguindo as orientações da resolução 466/12, ao analisar as falas, será utilizada de P1 a P4⁹ (participantes 1, 2, 3 e 4) para referenciá-los.

Neste momento o trabalho se propõe a analisar a política de Atenção Básica do município de São Félix, considerando de que forma a mesma funciona a partir dos dados obtidos através das entrevistas com os atores mencionados.

Quando questionado sobre como se dá a organização e o funcionamento da Atenção Básica no município P1 relatou:

A Atenção Básica é formada por uma rede onde a gente tem as unidades de saúde da família, aqui no município nós temos seis unidades de saúde sendo três na sede e três na zona rural, dessas seis unidades a gente tem duas unidades satélites, uma na zona urbana e uma na zona rural. Todas as unidades de saúde da família estão atreladas a saúde bucal, todas têm uma equipe de saúde bucal e temos como rede de apoio o NASF que é o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (P1).

Outra informação coletada a ser considerada é a forma como se dá à atuação do Conselho enquanto instrumento de controle, tanto do planejamento quanto na materialização da política de saúde no território. Neste sentido quando interrogado sobre a existência do Conselho no município, bem como suas atribuições na Atenção Básica, obteve-se como resposta:

Existe! O Conselho Municipal de Saúde é bastante atuante, as reuniões são regulares, mensais e a data é sempre a última terça-feira do mês. Então é uma data fixa para não haver erro na data e todo mundo ter uma programação certinha, o conselho é atuante [...] O Conselho atua fiscalizando, propondo, são levados os problemas da população para lá. O Conselho é formado da forma regulamentada, de forma paritária então isso faz com que seja um conselho bastante atuante onde todos os problemas são levados, todas as propostas, inclusive o plano municipal, são votadas lá, assim como os relatórios anuais, as prestações de conta dos quadrimestres. (P1)

⁹ P1-Diretor da Atenção Básica; P2 Médica selecionada através do Programa Mais Médicos; P3 e P4 Agentes de Saúde da Unidade de Saúde da Família José Augusto Almeida Alves.

Sem dúvida os conselhos são importantes espaços de participação popular. Neste sentido fazem-se necessárias iniciativas que promovam na população o reconhecimento da necessidade de se compreender como parte integrante e essencial nesse processo de construção e consolidação da política de saúde no município, tendo em vista que:

[..] O objetivo principal do Conselho é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera do governo. São considerados, portanto, espaços tensos, em que os diferentes interesses estão em disputa. São baseados na concepção de participação social em que tem sua base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania, pautada por uma nova compreensão do caráter e papel do Estado. (CARVALHO, 1995, p.10).

Embora de acordo com P1 exista um Conselho atuante no município, a participação efetiva da sociedade civil no processo de gestão da política de saúde, torna-se uma afirmativa passível de questionamento, pois a cultura da não participação popular ainda impera nos dias atuais. Entendendo que são nesses espaços que as opiniões se formam, divergem e se redefinem. Dagnino (1994) ressalta a necessidade de construção de espaços públicos nos quais as diferenças possam se expressar e se representar em uma negociação possível. Neste sentido é de dever da gestão criar mecanismos que fomentem de forma real a representatividade civil nesses espaços deliberativos.

A necessidade de criar esses espaços surgiu como reação à falta de comprometimento das representações da sociedade para com os interesses do cidadão e para com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Os Conselhos e Conferências de Saúde são espaços privilegiados para a explicitação de necessidades e para a prática do exercício da participação e controle social sobre a implementação das políticas de saúde nas três instancias públicas, municipal, estadual e federal. (BRASIL; MS, 2003, p. 4).

Contudo não é interesse do estado que existam sujeitos questionadores, propositivos e capazes de interferir nas decisões que direcionem as ações na saúde pública. A ausência da cultura política impacta nas relações dos representantes que muitas vezes ocupam esses espaços aliados a forças partidárias utilizando-se destes, para o exercício de controle social para benefício de poucos. Sendo assim, a

proposta de criação dos conselhos reafirma a preocupação com a população que ainda não tem uma visão política enquanto sujeitos importantes no processo de construção de uma sociedade menos desigual.

No que diz respeito à avaliação das UBS, sua infraestrutura e equipamentos para o desenvolvimento das ações em Saúde, P1 afirma:

[...] as unidades existem e são bem equipadas. [...] Claro que existe algumas deficiências e que a gestão está sempre atenta a tentar melhorar. [...] foi melhorado bastante em questão da infraestrutura, dando acessibilidade aos pacientes com deficiência, foi climatizada de forma total, foram comprados alguns equipamentos. [...] a gente conseguiu comprar já dois carros para atenção básica, para melhorar a questão da visita domiciliar, ampliando a acessibilidade da população (P1).

Em contrapartida, quando questionados sobre o suporte necessário que a gestão do município oferece para a realização do trabalho, P2, P3 e P4 apontam:

Na verdade, a unidade tem uma infraestrutura boa! O que falta são recursos, falta investir na qualidade dos recursos. Está faltando muito material ultimamente, questão políticas, não é? Tem muito haver com questões políticas, uns dizem que é o governo federal, outros que é o prefeito e cada um fala uma coisa e isso aí que já envolve as políticas e por eles muitas vezes não direcionarem o dinheiro para o que é eficaz o que tem necessidade para o paciente e por isso a gente fica sem recurso (P2).

Não! Nessa gestão não. Continua a mesma coisa e não chegou recurso nenhum (P3).

Não! Não dá todo o suporte. Faltam algumas coisas, no caso para o nosso trabalho a gente se queixa de um transporte adequado para levar o médico até a casa dos pacientes, já foi pior, hoje está melhorzinho, mas ainda temos essas queixas (P4)

Analisando as respostas citadas anteriormente pode-se observar que existe certo descompasso entre o que afirma o gestor e os outros entrevistados, o que configura um outro entrave para a materialização de um bom trabalho e o desenvolvimento dos serviços para a população. Segundo o Ministério da Saúde (2012) é de responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde,

Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das unidades de Saúde, para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com o apoio técnico e/ ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde; garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficiente para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas; programar as ações da atenção básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de

programação nacional ou correspondente local.[...] organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários.

É do município a responsabilidade de implantar a Estratégia de Saúde da Família como meio prioritário de implementação da Atenção Básica no seu território, estruturar, por em prática e gerenciar a Atenção Básica, de modo a garantir a universalidade das ações em todas as unidades. É também do município a responsabilidade de apoiar as diretrizes da Atenção Básica de maneira a garantir a sua consolidação, inclusive disponibilizando condições necessárias para que as equipes de saúde desenvolvam de forma eficaz o seu trabalho. Desde cursos que garantam uma melhor capacitação quanto aos equipamentos físicos.

Portanto a infraestrutura da Atenção Básica é sem dúvida indispensável para as ações nos municípios e Distrito Federal, a fim de atender os usuários com eficiência e eficácia, e dispor de condições de trabalho dignas, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional.

É perceptível que no processo rumo a consolidação da política de Saúde no município de São Félix tem-se avanços e retrocessos, e que é preciso, para o fortalecimento e efetivação dessa política, que a comunidade seja mais propositiva e que o município tenha uma gestão comprometida com a saúde.

4.2 O Lugar do Programa Mais Médicos no fortalecimento dos Serviços de Saúde da Atenção Básica em São Félix- Bahia.

Criado em 2013, o Programa Mais Médicos traz como objetivo a ampliação da assistência na Atenção Básica levando médicos às regiões com carência de profissionais. Além do provimento emergencial de médicos, a iniciativa prevê ações voltadas à infraestrutura e a reestruturação da formação médica no país.

É uma iniciativa recente, implementado na gestão do Governo Dilma através da Medida Provisória nº 621, regulamentada pela Lei nº 12.871/2013, que denomina o Provimento Emergencial de “Projeto Mais Médicos para o Brasil”. Este se destina a prover profissionais para a atuação, na perspectiva da integração ensino-serviço, na

Atenção Básica do SUS, em regiões com maior necessidade, mais vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar esses profissionais. Segundo o Ministério da Saúde 2013,

As regiões classificadas como prioritárias para o Programa foram definidas em função de um conjunto combinado de critérios, tais como: baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres; semiárido e região amazônica; áreas com população indígena e quilombola; locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais; entre outros.

Nesta perspectiva, estando dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, os municípios podem aderir ao programa de forma voluntária mediante a assinatura de um termo de compromisso com ações e responsabilidades de curtos e médios prazos. Os médicos são selecionados para atuarem dentro do programa nos municípios, por meio da abertura do edital através do Ministério da Saúde.

Assim, a prefeitura municipal assume obrigações como a garantia de condições específicas e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); garantia, em casos previstos, de benefícios aos médicos como moradia, alimentação e deslocamento; comprometimento de inserção do médico para a atuação em uma equipe de Atenção Básica dentre as modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e no Programa, além de alimentar os sistemas de informação previstos; responsabilidade em garantir ao médico tempo para se dedicar as atividades de educação; compromisso com a implantação ou apoio a implantação dos Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, entre outros.

Ao fim da inscrição dos municípios é conhecido, portanto, o número total de vagas e a sua distribuição. Sendo assim, é possível iniciar a etapa de convocação dos médicos feita também por meio de editais. Podem se inscrever no programa médicos brasileiros ou estrangeiros com registro no Brasil conferido por um Conselho Regional de Medicina (CRM) e médicos brasileiros ou estrangeiros formados no exterior e sem registro no Brasil.

Segundo o Ministério da Saúde 2015, na publicação Dois anos do Programa Mais Médicos,

Todos os médicos precisam, obrigatoriamente, realizar um processo de acolhimento com duração média de três semanas no qual são orientados e avaliados nos quesitos legislação, características e especificidades importantes para a atuação nos serviços de Saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde e também em comunicação em português.

Recebem orientações importantes conforme perfil epidemiológico e cultural das regiões nas quais irão atuar.

O Município de São Félix foi contemplado com 2 médicos do Programa Mais Médicos desde 2013 os quais desenvolvem atividade laboral em duas unidades distintas: Unidade José Augusto e Unidade Fernando Alves.

Quando questionado sobre as dificuldades de contratação de médicos enfrentados pelo município e sobre o impacto da pactuação na cidade, P1 afirmou que:

O nosso município tem dificuldade, até porque médico ainda a oferta é menor do que a procura, então existe essa dificuldade, mas com o Programa Mais Médicos a gente supriu um pouco. O município de São Félix foi contemplado com dois médicos do programa e a gente atualmente tem os dois médicos. É bom para o município porque tem uma estabilidade, uma vinculação dos pacientes a equipe e a comunidade, não fica nessa alta rotatividade. Nós não temos nenhum problema com eles, na verdade o município tinha dois médicos, um na Unidade José Augusto e outro aqui na Unidade Fernando Alves, mas por questões pessoais o médico do Fernando pediu demissão do município por morte de um familiar e aí foi substituído por uma nova. Ele levou muito tempo aqui no município, criou um vínculo, diminuiu bastante a demanda reprimida, eles atuam de forma voltada mesmo para a Atenção Básica, voltada para um trabalho de equipe e de prevenção até porque eles já estão acostumados com isso em Cuba e a nova médica que chegou para substituir esse médico, trabalha da mesma forma e nós não temos problema nenhum com os médicos profissionais do Programa Mais Médicos; pelo contrário, facilita bastante para a gente. (P1)

Diante dessa afirmativa pode-se perceber que o Programa Mais Médicos está conseguindo melhorar o acesso a saúde. P4 reafirma que os impactos do Programa no município são positivos trazendo melhoria no que se refere ao atendimento da população e o acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, para P4 “Melhorou bastante! Antigamente era muito mais difícil o atendimento. A comunidade sofria muito, eram filas e mais filas no hospital, então depois desse atendimento não só com o Mais Médicos, mas com a implantação da unidade foi bom e agora com o Mais Médicos melhor ainda” (P4).

Conforme o Ministério da Saúde (2015, p. 74),

Ao comparar os municípios aderidos ao PMM e os não aderidos, com o objetivo de avaliar se o crescimento foi equivalente ou distinto ao longo dos anos (2012-2014), observa-se que no ano de 2013 foi significativo o crescimento do número de oferta de médicos na Atenção Básica nos municípios que aderiram ao PMM (chegando a 11,6%), muito diferente dos municípios que não aderiram, que tiveram um ligeiro aumento do crescimento (para 2,9%). E, ainda, a troca expressiva da posição desses grupos de municípios, em que a partir de 2013, os municípios aderidos ao

PMM passam a avançar mais no crescimento da oferta de médicos, ao contrário de 2012, quando era inferior no aumento em relação ao grupo de municípios não aderidos ao PMM.

Os dados demonstram uma influência positiva no PMM na evolução da Atenção Básica no país, especialmente nos municípios que aderiram ao programa, pois não só conseguiram ampliar sua cobertura como apresentam um crescimento maior que os municípios anteriormente considerados como detentores de menores dificuldades.

Em contrapartida, P3 relata não perceber melhorias após a implementação do Programa: “Eu não vi mudança, não! Não percebi ainda a mudança, acho que depende muito do profissional e o profissional que nós tínhamos antes é tão capaz quanto o que temos hoje, entendeu?” (P3).

Diante dos relatos citados anteriormente percebe-se uma certa dicotomia em relação aos impactos reais do programa na unidade de Atenção Básica do município. Enquanto é perceptível para alguns os ganhos decorrentes da adesão ao Programa, outros são resistentes em enxergá-lo como importante meio de fortalecimento da saúde.

O PMM buscou superar os questionamentos que colocava em dúvida a necessidade do Governo Federal em assumir o desafio de garantir o provimento de profissionais nas áreas com maior necessidade de vulnerabilidade e maior dificuldade de atração e fixação de médicos para realizar atendimento básico a saúde da população. Conclui-se, portanto, com a necessidade de avaliar o impacto da implementação do programa no lócus da pesquisa a partir dos entrevistados e verificar de que forma se estabelece a relação dos trabalhadores junto à gestão. Neste sentido quando questionados sobre a avaliação da atuação do PMM na cidade P1 e P2 relatam:

[...] na minha avaliação, como falei antes aqui, eu não vejo problema nenhum, não tivemos até o momento nenhum erro médico, nenhuma conduta inadequada à saúde pública do Brasil, pelo contrário só temos elogios ao programa justamente por essa dificuldade de se conseguir o profissional (P1).

Eu avalio que teve uma implantação muito eficaz, por que a partir do momento que foi implantado o programa a carga horaria do médico tem que ser cumprida. Então o médico obrigatoriamente tem que trabalhar quatro vezes na semana de 08h00min as 16h00minhs; o médico tem que fazer as campanhas de promoção e de prevenção, tem que fazer as visitas domiciliares que é ir às casas das pessoas em locais que realmente você

tem que ir andando, subir barranco, é complicado, mas o médico tem que ir, que a formação que a gente tem que é voltado para a saúde pública (P2).

De modo geral no Brasil o Programa foi recebido de forma negativa pela entidade médica, foram feitas manifestações e paralisações foram convocadas como uma forma de protesto ao programa. Acusam o governo de tentar transferir a responsabilidade pelos problemas do SUS para os profissionais da área. Através do programa o governo garante melhores condições de saúde no longo prazo. Importante que, independentemente de quais sejam esses posicionamentos políticos, toda a discussão envolve uma população que necessita de atendimento médico imediatamente e que não pode esperar que o sistema de saúde venha a sofrer uma reestruturação completa para que seja atendida.

Considerando as várias percepções em relação ao PMM nota-se um longo caminho que deverá ser percorrido no processo de aperfeiçoamento do SUS, e na melhoria dos serviços de Saúde ofertados à população. Tendo em vista que o debate é extenso, há que se considerar divergências de opiniões quanto ao programa, com visões favoráveis e desfavoráveis, embora não se possa deixar de perceber a sua contribuição para a Assistência Básica dos municípios contemplados, ainda que essa ação de política pública, por si só, não garanta a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho monográfico intitulado Um Estudo sobre a Gestão de Atenção Básica no município de São Félix- Ba: conhecendo a necessidade da implantação do Programa Mais Médicos no território, possibilitou a construção de novos saberes, significados e conceitos. Considerou para a construção do trabalho exposto, a busca de elementos teóricos e reais que possibilitassem a ampliação do conhecimento sobre a temática tratada.

Para se concretizar tal proposta, foi feita uma escolha da Gestão de Atenção Básica no Município de São Félix e da Unidade Básica de Saúde, para constituir a delimitação do objeto de estudo.

Importante ressaltar que essas percepções finais, que foram subsidiadas por todo o processo de análise trazido no corpo do trabalho, não pretendem concluir essa discussão, muito menos fazer análises que a encerrem, pois o maior objetivo é abordar, de forma concisa, as percepções e observações, através dos elementos teóricos levantados e da realidade identificada na construção do trabalho. O objetivo é expor as últimas considerações do olhar do pesquisador amadurecido no decorrer da pesquisa, sem hipótese alguma de concluir o tema.

Percebe-se que o SUS foi criado mediante o reconhecimento de que é preciso expandir o cuidado para com a saúde através de ações de demais políticas públicas e este reconhecimento é guardado no princípio da integralidade. Para compreender mais profundamente a funcionalidade desse sistema é importante estudar a lógica de organização da Atenção Básica, a necessidade do Programa Mais Médicos para o município contemplado, no caso em análise, São Félix, no Recôncavo baiano, como o Programa é visto pelos gestores de saúde municipais. É também fundamental perceber os avanços do Programa e a importância de uma gestão que possa dar subsídio para que a equipe de profissionais da assistência básica possa realizar um bom trabalho; para que isso aconteça é preciso que se tenha uma boa relação entre os gestores e trabalhadores.

Os mecanismos de controle social, assim como os conselhos e conferências de saúde são espaços considerados privilegiados para que o usuário explicita suas demandas no setor saúde.

A sociedade civil não tem ocupado de forma efetiva esses espaços de participação, pois são esses que sinalizam para o fortalecimento de reflexões que potencializam a participação dos atores sociais nos espaços considerados decisórios para o planejamento das políticas de saúde. No entanto não participam por não haver esforço e interesse por parte dos que estão à frente dessas instancias de poder, no incentivo da participação da população, afim de que a sociedade continue apática e os mesmos tomem por si só as decisões.

O processo de planejamento possui um papel importante na estruturação da administração pública, pois fornece ao gestor elementos fundamentais no que concerne ao diagnóstico situacional, objetivo e metas, permitindo aos atores decidir com bastante lucidez o emprego dos recursos financeiros, humanos e físicos. O Plano Municipal de Saúde formaliza os compromissos da gestão no âmbito da secretaria de saúde. Importante que seja avaliado e modificado, com incorporação de novas tecnologias, mudança no perfil da saúde e prioridades dos municípios.

É importante que, diferentemente das entidades médicas, majoritariamente com posicionamento ideológico contrário ao PMM, sendo perceptível uma falta de compreensão da sua totalidade e uma visão equivocada de que este engloba apenas a provisão imediata de médicos, ao Mais Médicos seja direcionado um olhar amplo, que analise o programa sem perder de vista a compreensão do papel do Estado no cumprimento à Constituição, cuja maior missão é garantir o acesso universal à saúde.

É preciso ficar atento ao desenvolvimento do PMM na construção coletiva do SUS para que sejam garantidas conquistas duradoras para o sistema de saúde brasileiro prometido pelo programa e para que ações estruturantes que estão previstas em seu arcabouço legal, como o investimento na reestruturação das unidades básicas de saúde do país e as mudanças curriculares, não fiquem em segundo plano em relação à política de provisão. Sabemos que o foco no atual momento é a escassez do médico, mas não se pode desviar o foco da equipe multiprofissional, característica maior da atenção básica.

Pode-se avaliar que a implantação do PMM no município de São Félix está sendo eficaz, tendo em vista que com este há uma baixa rotatividade dos médicos principalmente nas unidades básicas de saúde, tendo-se conseguido com isso garantir que o médico acompanhe de forma contínua e ininterrupta o usuário. De acordo com o PMM o médico deverá permanecer na unidade durante três anos,

sendo assim, terá a possibilidade de conhecer sua área de abrangência, a população e seus principais dilemas em relação à saúde, cumprindo com todos os requisitos de promoção e prevenção, que é o mais importante para a saúde dos pacientes, através de uma assistência médica de qualidade. Percebe-se também que através do PMM nas unidades básicas de saúde consegue-se evitar que muitos pacientes recorram somente ao hospital em casos que necessitem de urgência, neste sentido a equipe consegue impedir que a doença se agrave e se complique, pois algumas intervenções são feitas nas próprias unidades.

Os desafios ainda são muitos para que seja atingida a meta de acesso a uma assistência de saúde adequada, que passa, dentre diversos fatores, pela formação de médicos especialistas em áreas básicas para garantir o acesso ao correto nível de assistência em tempo adequado.

Enfim, deve-se afirmar que o trabalho de pesquisa ora apresentado foi um processo intenso e dinâmico, porém, muito enriquecedor. Espera-se assim, que este contribua para a ampliação do conhecimento.

REFERÊNCIAS

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social e Trabalho: paradoxo na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Letras Livres: Editoras UnB, 2006.

BAHIA. Secretaria de Estado de Estado da Saúde da Bahia. **Plano Estadual de Saúde**. – Salvador: Secretaria Estadual de Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Competência para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família: médico e enfermeiro**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.- Brasília: Ministério da Saúde, 300p. (Série I. História da Saúde no Brasil). 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: Experiências do Brasil** / Ministério da Saúde, Organização Pan- Americana da Saúde –Brasília: Ministério da Saúde, 272p. (Série Promoção da Saúde, n °6). 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos- dois anos: mais saúde para os brasileiros**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.- Brasília: Ministério da Saúde, 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2. Ed. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade. 1998.

_____. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Programa Mais Médicos: orientações sobre a organização da Atenção Básica do Brasil** [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica.-Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE. **Regionalização da assistência a saúde: aprofundado a descentralização em equidade no acesso**. NOAS-SUS 01/01. Brasília, Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE. **Regionalização da assistência a saúde: aprofundado a descentralização em**

equidade no acesso. NOAS-SUS 01/02. 2 ed. Brasília, 2002b.107p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial.** Brasília, 1990, Seção I.

_____. Ministério Da Saúde. **Programa de agentes Comunitários de Saúde.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1993b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ.** Ministério da Saúde Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>>. Acessado em 26 de janeiro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5953-como-funciona-o-programa>>. Acessado em 01/05/2015.

_____. Ministério Da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Cobertura da ESF em São Félix. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acessado em 12/12/2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários De Saúde. **Relatório Consolidado para 14ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 36p. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. -4. Ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 68p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4). 2007.

CARVALHO, A.I de. **Conselhos de Saúde no Brasil** – Participação Cidadã e Controle Social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM. 1995.

DAGNINO, E. **Os movimentos sociais e a emergência de uma democracia e socialismo.** São Paulo: Cortez. 2000.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar a reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** Florianópolis. 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed.- 8 reimpressão. –São Paulo: Atlas. 2007.

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. *In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS. 2009.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde. In CECÍLIO, L. C. O. (org) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa. In: DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** / Suely Ferreira Deslandes, Otávio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (Organizadora). – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. In: **Cadernos de Pesquisa de Administração**. São Paulo, v.I, n.3, 2º semestre/1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>, acessado em: 19 de janeiro de 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: **Saúde e Democracia: a luta do CEBES/Sônia Fleury** (organizadora). São Paulo: Lemos Editorial. 1997

_____, Jairnilson Silva, **O que é o SUS/ Jairnilson Silva Paim**.- Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009.

_____, Jairnilson Silva. **“Saúde, política e reforma sanitária”**. Salvador: CEPS-ISC. 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: J.S. Paim, 2007.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. do R. (Org.) et al. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, estudo e análises**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde, v.2, s.B, 2005.p.51-70

STARFIELD, B. Qualidade dos serviços de atenção primária de saúde. In: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde do Brasil, 2004.

STARFIELD, B, **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SCHRAIBER, L.B. Saúde Coletiva: um campo vivo. In: PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356p.

SOARES, Edvaldo. **Metodologia científica, epistemologia e normas**/ Edvaldo Soares,- São Paulo: Atlas. 2003.

TEIXEIRA, C. F. **O SUS e a Vigilância da Saúde**. PROFORMAR. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

TEIXEIRA, S.F. (Org.) **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. 232p.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; **A Gestão do SUS no Estado da Bahia**. Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 1989. V.5, n.4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acessado em 20/11/2015.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Prática Reflexiva. *In*: Em Pauta: **Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, (p.131-181), nº 10.1997.

APÊNDICE I: Roteiro de entrevista da Gestão

Nome:

Idade:

Sexo:

Cor/raça:

Estado Civil:

Cidade:

Área de atuação:

- 1- O Plano Municipal de Saúde contempla quais ações da Atenção Básica?
- 2- Como se dá a organização e o funcionamento da atenção básica no município? Quais as mudanças ocorridas ao longo do tempo, desde ao início do plano?
- 3- Existe um Conselho Municipal de Saúde na cidade? Como esse contribui na gestão da Atenção Básica? Realiza revisões periódicas dos recursos humanos e material necessários para um trabalho com qualidade e eficiência?
- 4- Mais especificamente sobre as Unidades Básicas de Saúde, quantas existem no município? Existe a estratégia de implantação de novas unidades?
- 5- Como você avalia as UBS existentes? Elas dispõem de infraestrutura e equipamentos que permitam o desenvolvimento das ações em saúde? Quais são esses equipamentos? Estão em regiões estratégicas para atender a população? Quais as suas condições tanto de uso como de preservação?
- 6- Há dificuldades para a contratação de médicos? Melhorou após a compactuação do Programa da cidade?
- 7- Como você avalia a atuação do Programa Mais Médicos na cidade? (quando começou?)
- 8- Existem outras medidas que podem ser adotadas pelo governo para fortalecer o trabalho dentro da Atenção Básica? E, conseqüentemente, da sua gestão? Quais?

Roteiro de Entrevista do Médico

Nome:

Idade:

Sexo:

Cor/raça:

Estado Civil:

Cidade em que nasceu:

Cidade onde mora:

Cidade (es) onde trabalha:

Ano de formação:

Instituição que formou/cidade:

Área de atuação:

Especialidade:

Tempo de atuação no Município:

1. Por quais motivos se interessou em participar do Programa Mais Médicos?
2. Como você avalia o programa no Município?
3. A Unidade possui infraestrutura adequada para a realização de um bom atendimento?
4. Você acha que a equipe da unidade é o suficiente para atender a demanda do município?
5. Como você avalia a gestão da Atenção Básica no Município? Como se estabelece a relação dos trabalhadores junto à gestão?

Roteiro de Entrevista do Agente Comunitário de Saúde:

Nome: Idade: Sexo:

Cor/raça:

Estado Civil:

Cidade em que nasceu:

Cidade onde mora:

Cidade (es) onde trabalha:

Formação:

Unidade de atuação:

Tempo de atuação no Município:

Forma de contratação:

1. Como você avalia os atendimentos após a implementação do Programa Mais Médicos no Município?
2. O município dá o suporte necessário para a realização do trabalho? Com a chegada do Mais Médicos chegaram mais recursos para as Unidades?
3. De que forma você percebe o impacto do programa de acordo com os relatos da população?
4. Como você avalia a gestão da Atenção Básica no Município? Como se estabelece a relação dos trabalhadores junto à gestão?

APÊNDICE II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado como voluntário para participar da pesquisa de monografia “UM ESTUDO SOBRE A GESTÃO DE ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO FÉLIX-BA: Conhecendo a necessidade da implantação do programa “Mais Médicos” no território.” do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). A pesquisa tem por objetivo conhecer a Política de Atenção Básica e Estudar a lógica de organização e funcionamento da Gestão de Atenção Básica no município de São Félix, identificando centralmente a necessidade da implantação do programa Mais Médicos no Território. Nesse sentido a sua participação é fundamental. Esta pesquisa poderá contribuir para a reflexão de como se desenvolve o trabalho da gestão básica de saúde no município de São Félix/BA. Além disso, é direito do sujeito da pesquisa se retirar a qualquer momento sem dano ou prejuízo ao seu tratamento, conforme está previsto na resolução 196/96 do CNS. Os dados coletados serão tratados com confidencialidade, resguardando o sigilo das informações prestadas. Toda a informação prestada será gravada através de um MP3 ou célula e depois será transcrita e analisada para fins acadêmicos. Posteriormente, o material transcrito e já analisado será destruído. Garanto que a sua identidade será mantida em sigilo através de nomes fictícios e suas respostas utilizadas apenas para trabalhos e artigos científicos. Havendo qualquer desconforto durante a entrevista, esclareci dúvidas, reagendarei a entrevista ou aceitarei sua desistência em participar. As entrevistas acontecerão em local privativo e horário combinado, podendo você desistir da mesma a qualquer momento ou retirar seu consentimento em sofrer nenhuma penalização.

Esta pesquisa possui fins acadêmicos, não trará qualquer gasto financeiro para aqueles que aceitarem participar da mesma e não oferece qualquer risco para seu trabalho. Para concordar em participar deste estudo, você deverá assinar duas cópias deste documento, que também será assinado por mim. Uma das cópias ficará com você e outra comigo. Como responsável pela coleta de informações, estarei disponível para esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, no e-mail Adenilton_maia@hotmail.com ou pelo telefone celular (75) 992492195. Você também pode contatar minha orientadora Prof^a. Dr^a Lúcia Aquino, através do e-mail: luciamaqueiroz@yahoo.com.br.

Esclarecidas as condições, convido você a participar de forma voluntária no estudo. Deixo o convi de apresentação da defesa desse trabalho a ser marcado em hora e data definida pela banca examinadora informando-a com antecedência.

Assinatura do (a) Participante _____
 Assinatura do Pesquisador _____
 Assinatura do Orientador da Pesquisa _____
 Cachoeira-BA, ____ de _____, _____