

A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: estudo de caso na Estratégia de Saúde na Família I, município de Serra Branca-PB

Gilvan Dias de Lima Filho*
Thais Saraiva da Silva**

RESUMO

Este artigo constitui-se em um estudo de caso realizado na Estratégia de Saúde na Família I, município de Serra Branca, Estado da Paraíba. Seu objetivo principal é identificar as principais dificuldades dos serviços públicos de saúde, no município de Serra Branca e sugerir como implantar possíveis melhorias através de políticas públicas. Quanto aos objetivos específicos pretende-se realizar estudos sobre as condições dos serviços públicos de saúde prestados, expor as dificuldades na prestação dos serviços, identificar mecanismos que os gestores podem utilizar, para melhorar a qualidade dos serviços, nas unidades de saúde do município de Serra Branca. Metodologicamente, esta pesquisa é de natureza descritiva e exploratória, utilizando a pesquisa bibliográfica, a análise documental e a pesquisa de campo. Como técnica de coleta de dados, é utilizada a observação com aplicação de questionário. A sua abordagem é quali-quantitativa e na análise dos dados é utilizado o método estatístico descritivo. O universo da pesquisa é constituído pela Estratégia de Saúde na Família I. Nesse sentido, são sujeitos da pesquisa usuários daquela unidade de saúde. A pesquisa busca abordar informações sobre a qualidade do serviço público prestado em aspectos como: habilidades profissionais, disponibilidade de equipamentos, medicamentos, respeito, tempo de espera, resolução dos problemas, acompanhado da análise dos fenômenos. Constatou-se que há uma deficiência quanto ao atendimento masculino, de modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde. Por isso, cabem novos estudos a respeito desta temática.

Palavras chave: Serviços públicos; Unidades de saúde; Políticas públicas.

ABSTRACT

This article is in a case study in the Family Health Strategy I, municipality of Serra Branca, State of Paraíba. Its main objective is to identify the main difficulties of public health services in the municipality of Serra Branca and suggest how to deploy possible improvements through public policy. As for the specific goals we intend to conduct studies on the conditions of public health services, exposing the difficulties in the provision of services eg identify mechanisms that managers can use to improve the quality of services in health facilities in the city of Serra White. Methodologically, this research is descriptive and exploratory, using the literature, document analysis and field research. As data collection technique is used with the observation questionnaire. Their approach is qualitative and quantitative and analysis of data is used the descriptive statistical method. The research sample consists of the Health Strategy in Family I. In this sense, are subjects of research users that health unit. The research seeks to address information on the quality of public service in areas such as: professional skills, availability of equipment, drugs, respect, waiting time, problem resolution, together with the analysis of phenomena. It was found that there is a deficiency of male care, in general, women use more the saúde. Por services so fit further studies on this subject.

Keywords: Utilities, Health facilities, Public policies.

***Gilvan Dias de Lima Filho** – Doutor em Educação Brasileira, pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Mestre em Economia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG); Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Professor Adjunto da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Pesquisador do Núcleo de Pesquisa Política, Cidadania e Gestão Pública da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: gilvandl@ufcg.edu.br

** **Thais Saraiva da Silva** – Graduado em Tecnologia em Gestão Pública pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: thaissaraiva15@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

O tema Gestão Pública mobiliza estudiosos e profissionais de diferentes setores, evidenciando ações no sentido de buscar fortalecimento institucional, princípios e valores éticos que norteiam a atividade pública, com a finalidade primordial de orientar e instrumentalizar o setor público para o cumprimento eficaz e eficiente de sua missão de assegurar o bem-estar da sociedade, gerando benefícios concretos para o país.

No que tange ao termo políticas públicas, firma-se como um campo de conhecimento que coloca o governo em ação, ao mesmo tempo em que analisa essa ação e, quando necessário, propõe mudanças em seu curso. Lucchesse (2004), considera que o acompanhamento dos processos pelos quais as políticas públicas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente deve ser permanente, por se materializarem através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados.

Para isso, normalmente busca-se ampla discussão em torno da qualidade do Estado, da qualidade da produtividade do gasto público, com uma perspectiva do processo de modelagem e fortalecimento das instituições que compõem o Estado no sentido de melhorar seu desempenho em benefício do cidadão. O quadro de desigualdades clama por um Estado ativista, promotor da justiça social; o de escassez clama por esforços de otimização; o quadro global competitivo requer um Estado regulador e uma gestão econômica consistente; e a conquista da democracia exige um novo padrão de deliberação que considere o cidadão como o foco da ação pública. Desta forma, impõem-se uma estratégia de transformação da gestão pública que proporcione a remodelagem das instituições públicas para um novo perfil de Estado, concebida e implementada de forma consensuada.

Especificamente sobre a saúde configurada como um direito inerente à vida, constitucionalmente assegurado a todos e o bem maior do homem, cabe ao Estado o dever de prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A Constituição Federal (CF) de 1988 positiva o direito a saúde como direito fundamental. O art. 196 de nossa Constituição em vigor, preceitua que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) já havia declarado, antes do advento da Constituição Federal de 1988, que o direito à saúde é um direito fundamental do homem. No Brasil, como mencionado anteriormente, é aplicada a dimensão positiva do Direito fundamental à saúde, ou seja, este direito é um direito subjetivo do cidadão, que poderia exigir da União Federal, dos estados e dos municípios, solidariamente, por meio de uma ação judicial, o fornecimento de um determinado tratamento médico, um exame laboratorial, uma internação hospitalar, uma cirurgia ou mesmo o fornecimento de um medicamento ou qualquer outro meio para proteger a sua saúde.

Vale ressaltar que a sociedade, na qualidade de administrado e de destinatário da administração, tem o direito assegurado à saúde. Diante disto, o Estado tem o dever de prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A gestão pública, portanto, deve ser permeada de ações e instrumentos, capazes de dar a possibilidade de exercer a fiscalização, fortalecendo os mecanismos de controle, prevenindo riscos e desvios, e conferindo, assim, efetividade e correção ao uso dos recursos empregados pelos governos em suas maisdiversas atividades.

Diante do exposto, o objetivo principal desse artigo é realizar um estudo de caso na área da qualidade dos serviços públicos nas estratégias de saúde no município de Serra Branca /PB (localizada na região do Cariri Ocidental Paraibano), verificando quais as ações e os instrumentos utilizados. Quanto aos objetivos específicos pretende-se realizar: estudos sobre as condições dos serviços públicos de saúde prestados no município de Serra Branca; expor as principais dificuldades na prestação dos serviços de saúde; e identificar os mecanismos que os gestores podem utilizar para melhorar a qualidade dos serviços públicos nas unidades de saúde do município de Serra Branca.

Essa pesquisa é fruto da inquietação da pesquisadora quanto à incipiência de estudos nessa área direcionados à região do Semiárido Paraibano, sobretudo para a melhoria da Gestão Pública do município de Serra Branca/PB. Outra contribuição é a continuidade do processo de pesquisa dos alunos do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido (CDSA), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), *campus* Sumé, especialmente do Curso de Gestão Pública. Por fim, a pesquisa é relevante porque poderá transformar-se em ferramenta para os gestores públicos (atuais e futuros) quanto a excelência do bem público, podendo provocar uma mudança de atitude e postura da sociedade com retorno positivo para vários atores, sobretudo, locais.

Metodologicamente, esta pesquisa é de natureza descritiva e exploratória, utilizando a pesquisa bibliográfica, a análise documental e a pesquisa de campo. Como técnica de coleta de dados, é utilizada a observação com aplicação de questionário. A sua abordagem é quali-quantitativa e na análise dos dados é utilizado o método estatístico descritivo. O universo da pesquisa é constituído pela estratégia de Saúde da família I Serra Branca/PB. Nesse sentido, serão sujeitos da pesquisa equipe que compõe a estratégia e usuários.

De forma ratificadora, a pesquisa busca abordar instrumentos e ações de excelência na gestão atual incluindo os dispositivos, elementos citados na legislação e na Constituição Federal de 1988, cuja obediência é obrigatória para todos os gestores públicos.

Como referencial propositivo pode ser exaltado que toda unidade de saúde deve garantir um serviço de qualidade e estar preparada para receber bem os usuários e tratá-los igualmente, sem nenhum tipo de privação ou exclusão. Todavia, na prática, não é isso que identificamos nos serviços públicos de saúde que ainda demonstram elevada carência de recursos. Desta forma, o principal questionamento apresentado é: **A qualidade dos Serviços Públicos de Saúde, na Estratégia de Saúde da Família I, no município de Serra Branca?**

Como segmentação este trabalho está estruturado da seguinte maneira: introdução, localizando o tema, expondo a problemática, os objetivos da pesquisa e os fatores que justificam sua relevância. Na seção seguinte é exposta a historicidade dos avanços na trajetória da qualidade dos serviços públicos de saúde e suas melhorias. A terceira parte direciona-se à metodologia da pesquisa. A quarta seção dedica-se a análise dos resultados. Por fim, na última parte, serão expostas as considerações finais.

2 FUNDAMENTAÇÕES TEÓRICA

2.1 O SURGIMENTO DA SAÚDE BRASILEIRA

O Estado brasileiro, no final do século XIX não possuía uma forma de atuação sistemática sobre a saúde da população, atuavam pontualmente em situações de epidemia. Naquele momento, a economia brasileira era essencialmente agrícola, cujo modelo vigente era agroexportador. Sendo assim, o foco da atenção do governo brasileiro era o saneamento dos espaços de circulação de mercadoria e a erradicação ou controle de algumas doenças que poderiam prejudicar a exportação.

Em 1923, foi criado Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), marco inicial da atuação do governo federal na saúde, para atender interesses do estado. No mesmo ano, foi criado através da Lei Elói Chaves, a previdência social e saúde previdenciária: as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Estas eram organizadas por empresas, mantidas e geridas pelos patrões e empregados. A lógica de seu surgimento partiu do pressuposto de que as empresas eram estratégicas para a economia nacional fundarem suas caixas, que funcionavam como uma espécie de seguro social para garantir certos benefícios como a aposentadoria e, principalmente a assistência médica, apenas aos que pagavam tal contribuição (RONCALLI, 2003).

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram criados após a extinção das CAPs, onde passa a haver a participação do Estado, através de uma contribuição tripartite, ou seja, patrões, empregados e o Estado. Os IAPs passam a se organizar por categorias. Enquanto as CAPs privilegiavam a assistência médica como um dos principais benefícios, os IAPs, já com a participação do governo e, portanto, com uma política mais contencionista, privilegiam a previdência social, mantendo a assistência médica num segundo plano.

A Medicina Previdenciária, em meados dos anos sessenta, conquista espaço assumindo sua predominância, época em que ocorre a unificação de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) numa única instituição estatal: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), contribuindo para a ampliação do modelo brasileiro de seguro social e prestação de serviços médicos. Porém, o direito a assistência à saúde era uma prerrogativa dos trabalhadores que tinham carteira assinada ou que contribuía com a previdência.

Este modelo de prestação de serviço era excludente, as características de sua prática não mostravam compromisso com a melhoria dos níveis de saúde da população.

Por ser uma produção privada de serviços, paga pelo Estado através da Previdência, criava um estímulo à corrupção.

2.2 A SAÚDE (UM DIREITO IGUALITÁRIO)

Com o advento da Constituição de 1988, o Ministério da saúde, assume o compromisso de garantir, reorganizar, quando necessário, à assistência de saúde, partindo de um referencial de saúde como o direito a cidadania, pressupondo serviços cada vez mais resolutivos, humanizados, agregando práticas assistências, preventivas e educativas.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Organização Mundial de Saúde propõe a qualidade de vida a partir de três dimensões: saúde física, saúde psicológica e nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos, cuidados médicos, capacidade laboral, relações sociais e meio ambiente).

Considera a qualidade de vida como uma condição complexa e multifatorial sobre a qual é possível desenvolver algumas formas de medidas objetivas, através de uma série de indicadores, porém a vivência que o sujeito ou grupo social pode ter de si mesmo tem um importante peso específico. (REUDA, 1997, p. 43).

A atual legislação brasileira ampliou a definição de saúde, considerando-a resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.

Assim, uma proposta na elevação da qualidade de vida deve envolver-se de políticas intersetoriais que incentivem e proporcionem condições de bem-estar e desenvolvimento individual e coletivo. Prover ótimas condições de sobrevivência, não garante a elevação dos níveis de qualidade de vida, o que irá determinar são a forma e a capacidade do indivíduo em se apropriar dessas condições. Não adianta dispor de recursos, se o beneficiário não pode se favorecer deles.

As gestões municipais, em articulação com as demais esferas de governo, devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente,

educação, urbanismo etc., que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e da saúde para a população.

Uma boa saúde é o melhor recurso para o progresso pessoal, econômico e social, é uma dimensão da qualidade de vida. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, de meio ambiente, de conduta e biológicos podem intervir a favor ou contra a saúde. O objetivo da ação pela saúde é fazer com que essas condições sejam favoráveis para poder promover a saúde (Conferência Internacional Sobre a Promoção de Saúde, 1986).

Partindo desse pressuposto, a reorganização no modelo de gestão nos serviços públicos de saúde é essencial para garantir o acesso universal, o atendimento integral e a descentralização da saúde, na perspectiva da saúde como direito a cidadania e como recurso que apoia o desenvolvimento individual e coletivo, agregando práticas preventivas, assistenciais e coletivas.

2.3 A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A implantação do SUS, após seu surgimento na Constituição Federal (CF) de 1988 e sua regulamentação nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8080/90 e nº8142/90, passou por diversas fases. Contudo, todas as tentativas de organizar o sistema foram pautadas pelo financiamento federal, e não pelas necessidades de saúde da população. Assim, evidenciamos que a sua organização foi muito mais centrada no financiamento do que nos ditames das leis que o regulamentam, os resultados pretendidos ou as necessidades do sistema (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Sua regulamentação se deu através das Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142), aprovadas em 1990, depois de muita negociação do Ministério da Saúde com o movimento da Reforma Sanitária. Mesmo após a aprovação das referidas leis, houve muita dificuldade de implantação do SUS, com resistências claras do Ministério da Saúde ao processo de descentralização, ao repasse automático de recursos para os Estados e Municípios.

O Ministério da Saúde passou então a utilizar as Normas Operacionais Básicas como instrumento jurídico pelo qual são definidas as regras de organização da gestão e do financiamento do SUS.

Norma Operacional Básica 01/93: estabeleceu distintas modalidades de habilitação municipal e estadual; estabeleceu mecanismos de gestão pluri-

institucional com a criação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, que consolidou o cenário da negociação entre os três níveis de governo.

Norma Operacional Básica 01/96: implantou o Piso da Atenção Básica; definiu as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das condições de gestão para estados e municípios; promoveu a reorganização do modelo de atenção adotando como principal estratégia a ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF).

Os estados enfrentaram dificuldades em atender as demandas dos municípios, durante o período de vigência das NOB's. Devido à descentralização e organização do SUS, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; também criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão no SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Entretanto, os aspectos referentes ao financiamento não foram contemplados neste instrumento jurídico, sendo os recursos financeiros transferidos conforme prerrogativas da NOB 01/96.

Visando a consolidação do SUS, foi publicado o Pacto pela Saúde, sendo o mesmo um conjunto de reformas institucional pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, para alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006a).

Com a publicação do Pacto pela Saúde, às formas de transferência dos recursos federais para os estados e municípios, foram modificadas, passando a ser através de cinco blocos de financiamento: Atenção Básica, Assistência de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

2.3.1 O SUS COMO SISTEMA NACIONAL INTEGRADO

Constituído pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde sob gestão pública, o Sistema Único de Saúde (SUS), está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos

básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência (INSS) e a assistência social.

A Lei n.º 8.080 determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, garantindo atenção qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, de forma equitativa.

2.3.2 PRINCÍPIOS DO SUS

Os princípios norteadores deste sistema de saúde têm previsão legal no artigo 198º da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do Capítulo II da Lei n.º 8.080/1990. Havendo como princípios basilares:

- **Universalidade:** o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo;
- **Integralidade:** o supracitado sistema deverá oferecer atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade;
- **Equidade:** disponibilizará recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam; sempre priorizando aos mais necessitados o bem maior da saúde.
- **Participação social:** em geral, é aplicado de forma que, será direito e dever da sociedade participar das gestões públicas e da saúde pública, em particular; sendo dever do Poder Público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do SUS; e
- **Descentralização:** situa-se como o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

2.4 O MODELO DE GESTÃO

Gerir é ter capacidade para estar no comando, de ter autoridade, autonomia e responsabilidade de conduzir e indicar um rumo ou uma direção para uma organização. Sendo assim, gestão pressupõe um conjunto de atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização, no que diz respeito à satisfação das necessidades e expectativas de todas as suas partes interessadas.

No que tange a qualidade consiste em atender as necessidades e expectativas de todas as partes interessadas em uma determinada organização. Este conceito está presente na concepção e na missão das organizações, pois essa é a razão de ser de qualquer instituição, ou seja, os seus processos devem ser gerenciados para atender todas as partes interessadas.

2.5 O MODELO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO PÚBLICA

A oferta de serviços de qualidade é desafiador para o Estado, requer a superação de diferenças de prioridades entre as várias áreas e os vários níveis de governo. A competição entre áreas e níveis pelo reconhecimento do usuário final não pode ser mais importante do que a qualidade do serviço prestado. Isso evita que, para obter um serviço a que tem direito, o cidadão precise bater em inúmeras portas ou fornecer repetidas vezes informações de que a Administração Pública já dispõe. Não basta oferecer serviços de qualidade, é preciso atentar para as mais variadas dimensões da cidadania: o exercício dos direitos sociais e individuais; a liberdade; a segurança; o bem-estar; o desenvolvimento; a igualdade e a justiça.

Com a criação em 1990 do Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade, a partir da premissa segundo a qual é preciso ser excelente sem deixar de ser público, surgiram mecanismos, métodos que preparassem e atualizassem o serviço público com relação à qualidade e produtividade. Focado nessas ferramentas outros programas foram criados, com a reforma do Estado o Programa Qualidade e Participação na Administração Pública, voltado para a qualidade como instrumento de modernização do aparelho do Estado. Em 1999, no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, foi criado o Programa da Qualidade no Serviço Público, agregando toda a experiência dos programas anteriores e o foco no atendimento ao cidadão, com pesquisa de satisfação dos usuários dos serviços públicos, o lançamento de Padrões de Atendimento ao Cidadão e a implementação de unidades de atendimento integrado, os Serviços de Atendimento ao Cidadão (SACs).

Em 2005 o Governo Federal lançou, por Decreto (No. 5378, de 23/02/2005), o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA), unificando o Programa da Qualidade com o Programa Nacional de Desburocratização, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados aos cidadãos e para o aumento da competitividade do país mediante melhoria contínua da gestão.

Nesse sentido, o Programa Nacional da Gestão Pública e Desburocratização é um poderoso instrumento de cidadania, conduzindo cidadãos e agentes públicos ao exercício prático de uma administração pública ética, participativa, descentralizada, promotora do controle social e orientada para resultados, entre outras ações gerenciais. O modelo de excelência em Gestão pública, passou por evoluções resultantes do *feedback* das instituições, dos ciclos, devendo orientar as organizações na busca da transformação gerencial e, ao mesmo tempo, permitir avaliações comparativas de desempenho entre organizações. Desde então, a adoção de um Modelo de Excelência em Gestão, tornou-se necessário devido à existência de princípios, conceitos e linguagem próprios das organizações de natureza pública, que impactam a sua gestão. Esse Modelo, portanto, deve estar alicerçado em fundamentos próprios da gestão de excelência contemporânea e condicionado aos princípios constitucionais próprios da natureza pública das organizações.

2.5.1 A EVOLUÇÃO DO GESPÚBLICA

Almeja-se construir organizações públicas orientadas para o cidadão, tanto no que diz respeito à condição do destinatário das ações e dos serviços prestados pelas organizações públicas como, também, à condição de mantenedor que o Estado representa, ao qual se deve prestar contas.

A sociedade precisa se mobilizar e cobrar, de modo que o aperfeiçoamento da gestão pública seja item permanente da agenda política nacional. Esforços de simplificação dos processos de trabalho são necessários, evitando o excesso de regras e controles. O Estado deve reforçar o foco em resultados e rever mecanismos e instrumentos de avaliação de desempenho institucional, desenvolvendo e implementando mecanismos que propiciem e facilitem a coordenação das ações intra e intergovernamental, possibilitando a articulação de esforços e o uso coordenado de recursos. Também é importante rever o marco legal, propiciando as condições

estruturais necessárias e adequadas para a implantação de mudanças de paradigmas, com maior flexibilidade gerencial.

O impacto da atuação do GesPública é evidenciado nas organizações que implementam práticas de gestão com resultados benéficos para o cidadão e para a competitividade sistêmica do país. Sua base é alicerçada no estabelecimento de parcerias entre pessoas e organizações, mobilizadas para a promoção da excelência da gestão pública brasileira.

Características inerentes aos atributos públicos das organizações públicas as diferenciam das organizações da iniciativa privada. Enquanto as organizações do mercado são conduzidas pela autonomia da vontade privada, as organizações públicas são regidas pela supremacia do interesse público e pela obrigação da continuidade da prestação do serviço. A administração pública não pode fazer distinção de pessoas, que devem ser tratadas igualmente e com qualidade. O tratamento diferenciado restringe-se apenas aos casos previstos em lei. A administração pública busca gerar valor para a sociedade e formas de garantir o desenvolvimento sustentável, sem perder de vista a obrigação de utilizar os recursos oriundos de contribuições compulsórias de cidadãos e empresas, e de modo eficiente. Já as organizações privadas buscam o lucro financeiro. A administração pública tem como destinatários de suas ações os cidadãos, sujeitos de direitos, e a sociedade, demandante da produção. A administração pública tem o poder de regular e gerar obrigações e deveres para a sociedade, assim, as suas decisões e ações normalmente geram efeitos em larga escala para a sociedade e em áreas sensíveis. O Estado é a única organização que, de forma legítima, detém este poder de constituir unilateralmente obrigações em relação a terceiros. A administração pública só pode fazer o que a lei permite, enquanto a iniciativa privada pode fazer tudo que não estiver proibido por lei. A legalidade fixa os parâmetros de controle da administração e do administrador, para evitar desvios de conduta. Crozatti (1998, p. 68) destaca que:

O modelo de gestão é produto do subsistema institucional e que representa as principais determinações, vontades e expectativas do gestor, de como as coisas devem acontecer na empresa. Sendo assim, o modelo de gestão é o instrumento de gestão mais significativo - seria o conjunto de normas e princípios que orientam os gestores na escolha das melhores alternativas para levar a empresa a cumprir sua missão com eficácia.

Ultimamente as organizações, tanto privadas como públicas, passaram a se conscientizar da importância da revisão dos seus modelos de gestão: no caso das

empresas privadas, a motivação era a sua sobrevivência e competitividade no mercado. Já nas empresas públicas, tal motivação era a capacidade de cumprir sua missão, ou seja, atender com qualidade a prestação de serviços de interesse da sociedade. Os novos modelos de gestão devem ter como pressupostos a forte orientação para o cliente, não buscando somente atender as suas necessidades, mas também as suas expectativas.

As organizações de saúde são sempre complexas, seus processos são padronizados por regras impostas pelo governo, compradoras de serviços e representantes de classe. A sua mão-de-obra é altamente especializada e qualificada, estão presentes profissionais de diferentes áreas no mesmo ambiente de trabalho (médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, etc.) o que leva a interesses nem sempre convergentes. Assim, para Scarpi (2010, p. 10) “Gerenciar uma organização de saúde pressupõe o entendimento de toda essa complexidade”.

2.6 TENDÊNCIAS NA GESTÃO EM SAÚDE

Considerando a complexidade das organizações de saúde e a relevância dos serviços prestados à sociedade, novos modelos de gestão tornam-se necessários e imprescindíveis para as organizações alcançarem níveis de excelência na prestação de serviços, tais como: nível de eficiência, eficácia e efetividade que o mercado atual exige e cobra. Neste contexto, elencam-se algumas tendências na gestão em saúde. Assim como não há um modelo de gestão ideal, uma receita única para o sucesso de qualquer organização, da mesma forma as organizações de saúde devem levar em conta sua história, missão, visão e valores, assim como a cultura organizacional. Todos esses fatores tornam uma organização única, o que demanda ações específicas de gestão. Assim são destacados apenas os modelos da Gestão da Qualidade, das Redes de Atenção à Saúde (RAS), da Gestão Estratégica e da Gestão Participativa (COGESTÃO), como algumas possibilidades para o enorme desafio nesta área.

As partes interessadas na gestão pública exigem cada vez mais respostas rápidas as suas necessidades e demandas. Servidores públicos, contratados, agentes políticos, fornecedores, cidadãos e o público em geral possuem hoje expectativas diferentes daquelas que apresentavam tempos atrás. Dessa forma, refletir e ponderar a importância da gestão pública como instrumento valioso para o desenvolvimento municipal se faz cada vez mais necessário. Para que isso ocorra, no entanto, é preciso capacitar os servidores públicos para atender as necessidades e expectativas de todas as partes interessadas no município.

Os desafios encontrados na gestão pública municipal são complexos, diversos e intensos, quer sejam eles de caráter econômico, social ou político. Diante dessas frequentes ocorrências, a gestão se torna um processo indispensável para a resolução dos problemas e dissolução das dificuldades encontradas nos municípios. O gerenciamento eficaz e eficiente, ou seja, aquele que alcança resultados esperados com economia de recursos e/ou tempo possibilita o desenvolvimento do município de forma a assegurar também o bem-estar da sociedade.

2.6.1 GESTÃO DA ORGANIZAÇÃO

A gestão da organização envolve atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que diz respeito à satisfação das necessidades e expectativas de todas as suas partes interessadas.

Práticas de gestão são as atividades executadas regularmente com a finalidade de gerir uma organização, em conformidade com os padrões de trabalho estabelecidos. São também denominadas de processos de gestão, métodos de gestão ou metodologias de gestão. Vale ressaltar que um processo de gestão pode ser formado por várias práticas de gestão (Método; responsável pela execução; frequência de execução; controle; acompanhamento dos resultados).

A acessibilidade aos serviços de saúde representa um importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado. Características dos serviços que permitem que os mesmos sejam mais facilmente utilizados pelos usuários. A disponibilidade de um serviço em um lugar e em um determinado momento, a acessibilidade sócio organizacional, na qual estão listados todos os aspectos de funcionamento dos serviços que interferem na relação usuário x serviços, tendo em vista à plena utilização, como horários de funcionamento das unidades e o tempo de espera para o atendimento, a acessibilidade geográfica que diz respeito à distribuição espacial dos recursos, à existência de transporte e à localização das unidades.

2.7 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA

A Emenda Constitucional n.º 29/2000 estabeleceu uma participação orçamentária mínima obrigatória para União, estados, Distrito Federal e municípios, para financiamento da saúde pública. O percentual fixado para os municípios é, a partir de 2004, de no mínimo 15% do orçamento próprio. Municípios que aplicarem recursos

abaixo desse mínimo podem sofrer sanções, como ajustes compensatórios progressivos (ao longo de cinco anos), suspensão de repasses federais e intervenção do Estado. Além disso, as autoridades municipais responsáveis podem ser alvo de processos que as tornam inelegíveis.

2.7.1 OS FUNDOS DE SAÚDE

A gestão dos recursos financeiros da saúde pública se dá, por determinação legal, por meio dos Fundos de Saúde, que existem nas três esferas de poder e se colocam, ao lado dos Conselhos, Planos de Saúde e Relatórios de Gestão, como instrumentos fundamentais do SUS. Todos os recursos municipais, estaduais ou federais alocados na saúde no município devem ser administrados pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS).

2.7.2 TRANSFERÊNCIAS AUTOMÁTICAS DE RECURSOS

As transferências automáticas de recursos (fundo a fundo) são repasses regulares feitos pelo Fundo Nacional de Saúde para os estados, o Distrito Federal e os municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde a municípios. Esses repasses ocorrem independentemente de convênios ou instrumentos similares e se destinam ao financiamento das ações e dos serviços do SUS, abrangendo recursos para a atenção básica e para os procedimentos de média e alta complexidade. Se determinado município deixa de atender aos requisitos estabelecidos pela lei na administração dessas verbas, perde sua habilitação para geri-las, e elas passam a ser administradas, respectivamente, pelos estados ou pela União.

2.7.3 MONITORAMENTO DOS RECURSOS E DAS AÇÕES

É atribuição constitucional da União, acompanhar as ações e monitorar a aplicação dos recursos da saúde nos estados e nos municípios; e dos estados realizar essas funções com relação aos municípios. Cabe a todos gerir com transparência e cuidado os recursos públicos.

As ouvidorias municipais do SUS, as consultas públicas e as pesquisas de opinião de usuários permitem colher avaliações e as demandas da população sobre a saúde pública local e conhecer a realidade do atendimento fornecido pelo SUS. É preciso estabelecer canais de comunicação que levem permanentemente à comunidade esclarecimentos sobre as ações e os serviços de saúde em particular sobre prestações de

contas, informações de saúde e relatórios de gestão. Para isso, podem ser utilizados não apenas veículos convencionais, como jornais, rádio e televisão, mas também meios alternativos, como rádios comunitárias ou jornais murais – eficientes e de baixo custo.

2.8 CANAIS MUNICIPAIS DE PARTICIPAÇÃO

Para assegurar o direito à saúde de seus munícipes, o gestor deve assumir a responsabilidade pelos resultados, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, como mortalidade infantil, hanseníase, tuberculose. Responsabilizando-se pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes.

A atenção básica à saúde coloca como responsabilidade intransferível a todos os gestores:

- execução dos serviços públicos de responsabilidade municipal;
- destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto de recursos da saúde, com base em prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde;
- planejamento, organização, coordenação, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde sob gestão municipal; e
- participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional e estadual, para assegurar a seus cidadãos o acesso a serviços de maior complexidade, não disponíveis no município.

O município é responsável pela saúde de sua população integralmente, ou seja, deve garantir que ela tenha acessos à atenção básica e aos serviços especializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território, controlando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos. Só assim estará promovendo saúde integral, como determina a legislação.

2.8.1 O SUS NO MUNICÍPIO, GARANTINDO SAÚDE PARA TODOS.

As ações e os serviços de saúde não podem ser estruturados apenas na escala dos municípios. Existem no Brasil milhares de pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de alta e média complexidade. Em contrapartida, existem municípios que apresentam serviços de referência, tornando-se polos regionais que garantem o atendimento da sua população e de municípios vizinhos. A construção de consensos e estratégias regionais é uma solução fundamental, que

permitirá ao SUS superar as restrições de acesso, ampliando a capacidade de atendimento e o processo de descentralização.

O princípio de descentralização que norteia o SUS se dá, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

É determinante que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade. Para isso, as unidades da rede básica devem estabelecer uma relação de compromisso com a população a ela adscrita e cada equipe de referência deve ter sólidos vínculos terapêuticos com os pacientes e seus familiares, proporcionando-lhes abordagem integral e mobilização dos recursos e apoios necessários à recuperação de cada pessoa. O SUS deve identificar o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado.

O Cartão Nacional de Saúde, que integra o sistema de informação do SUS, está sendo implantado em todo o país, colocando à disposição das equipes de saúde dados necessários à melhor atenção ao cidadão. Ele permite a formação de três cadastros: de usuários do SUS; de unidades de saúde; e de profissionais do SUS. Implantar o Cartão Nacional de Saúde em seu município é aprimorar o sistema de informações municipais de saúde e permitir que os usuários locais se reconheçam como integrantes do SUS. Eles passam a dispor de um cartão com um número único de identificação, baseado no número do PIS/Pasep, que reúne as informações dos atendimentos realizados pela rede SUS.

2.9 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Conjunto de ações que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Objetivando solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. Deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de

danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Deve ser sempre prioritária a atenção básica de saúde, porque possibilita melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvido nas Unidades Básicas de Saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprir seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes.

2.9.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE NA FAMÍLIA

A Estratégia de Saúde da Família é parte da estruturação eleita pelo Ministério da Saúde para reorganização da atenção básica no país, com recursos financeiros específicos para o seu custeio. Cada equipe é composta por um conjunto de profissionais (médico, odontólogo, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que se responsabiliza pela situação de saúde de determinada área, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. Essa população deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se responsabilidade das equipes atendê-la, entendendo suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive.

A promoção da saúde deve considerar as diferenças culturais e regionais, entendendo os sujeitos e as comunidades na singularidade de suas histórias, necessidades, desejos, formas de pertencer e se relacionar com o espaço em que vivem. Significa comprometer-se com os sujeitos e as coletividades para que possuam, cada vez mais, autonomia e capacidade para manejar os limites e riscos impostos pela doença, pela constituição genética e por seu contexto social, político, econômico e cultural. A promoção da saúde coloca, ainda, o desafio da intersetorialidade.

2.9.2 FUNCIONAMENTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com a imagem-objetivo da organização de um sistema municipal de saúde, a garantia do acesso a diferentes níveis de cuidados decorre da implantação de modelos de atenção capazes de responder às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a atenção básica deve funcionar como porta de entrada aos demais níveis de

assistência, buscando maior grau de resolutividade das ações, viabilizando cuidados de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

A dimensão da organização dos serviços foi caracterizada por aspectos relacionados à acessibilidade organizacional e geográfica. Características do atendimento que facilitam o contato dos usuários com os serviços, horário de funcionamento das unidades; sistema de marcação de consultas; sistema de marcação de consultas por telefone; sistema de marcação de consultas especializadas; existência de lista de espera; existência de práticas de acolhimento; encaminhamento para outro serviço através do sistema de referência; retorno para o serviço de origem com a contra referência. Assim como a existência de barreiras organizacionais: tempo de espera para marcar consulta; tempo de espera entre a marcação da consulta e o atendimento; tempo de espera para ser atendido na realização da consulta; existência de filas para marcação de consultas.

Na acessibilidade geográfica, avalia-se distância entre a residência e a unidade de saúde; distância entre a residência e o Centro de Atenção Especializada (CAE) e laboratório; existência de transporte. As características da gestão municipal foram descritas em relação à implantação das ações voltadas para acessibilidade aos serviços. Também, devem ser observadas as características do gestor no que diz respeito à liderança e à formação na área de saúde coletiva; características da produção de serviços, aumento da oferta de serviços; existência de política de recursos humanos, contratação de novos profissionais, melhoria da infraestrutura e aumento da capacidade instalada.

3 METODOLOGIA APLICADA NO ESTUDO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um levantamento de informações sobre determinados serviços, acompanhado da análise dos fenômenos, identificando suas causas através da interpretação do método qualitativo.

O trabalho também se constitui com natureza bibliográfica, utilizando pesquisas anteriores, documentos e artigos trabalhados por outros pesquisadores. Como complementação da análise documental e foi realizada uma pesquisa de campo. Todas as informações do conhecimento da realidade empírica do objeto investigado obtidas durante a pesquisa em campo foram de modo fidedigno registradas pelo pesquisador.

Como procedimento de coleta de dados na pesquisa de campo, foi utilizada a aplicação de questionários com questões articuladas e objetivas, provocando respostas igualmente objetivas a observação.

No geral, este estudo buscou privilegiar a dimensão qualitativa, sob uma perspectiva analítica e crítica da realidade a ser investigada. Como instrumento foi utilizado na análise de dados o método estatístico descritivo, apresentando os dados coletados por meio de quadros, o que objetivou facilitar a compreensão e a utilização das informações colhidas.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O objetivo dessa seção é analisar a qualidade dos serviços públicos de saúde, no município de Serra Branca, localizado na região semiárida do estado da Paraíba, que segundo o último censo demográfico realizado pelo IBGE possui 13.101 habitantes. A realização da pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso, na Estratégia de Saúde I do município de Serra Branca, utilizando como técnica para a coleta de dados a análise dos serviços prestados.

A análise direcionou-se para a Estratégia de Saúde I através de pesquisa de campo. Os pontos que foram considerados em conjunto pelo questionário foram:

- Educação e respeito no atendimento;
- Atendimento por ordem de chegada, com prioridade a idosos, gestantes e pessoas com deficiência;
- Igualdade de tratamento sem qualquer tipo de discriminação;
- Prestação dos serviços sem burocracia, sendo proibida a imposição de exigências, obrigações, restrições e punições previstas em lei;
- Cumprimento de prazo, normas e procedimentos;
- Fixação e cumprimento de horários;
- Medidas de proteção à saúde e a segurança;
- Manutenção de instalações limpas, sinalizadas, acessíveis e adequadas ao serviço e atendimento.

3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

De modo tipificado foi viabilizando uma coleta de dados por meio da aplicação de questionário (Apêndice 01) com perguntas capazes de traçar os perfis dos entrevistados e mensurar os serviços prestados a sociedade, sobre aspectos como: habilidades profissionais, disponibilidade de equipamentos, medicamentos, respeito, tempo de espera, resolução dos problemas. No total são 21 (vinte e uma) questões coletadas entre os meses de janeiro e fevereiro, por meio da indagação direta do pesquisador aos entrevistados.

4 ANÁLISES DOS RESULTADOS

A análise utilizou os números (quantitativos) adquiridos com os questionários, transformando-os em conteúdos (qualitativos). Com a finalidade de apresentar os resultados, para discuti-los e avaliá-los conforme os objetivos propostos.

Tabela 01 - Gênero dos entrevistados

GÊNERO	NÚMERO	PORCENTAGEM
FEMININO	33	82,5%
MASCULINO	07	17,5%
Total de Entrevistados	40	100%

Fonte: Autora. Pesquisa direta (2015)

A tabela 01 referente ao gênero, demonstra que 82,5% dos usuários do serviço de saúde “Estratégia de Saúde na Família I” são mulheres, e 17,5% são homens. Isso se justifica pelo próprio contexto cultural brasileiro, que tradicionalmente impõe ao homem uma característica inflexível, com uma identidade marcada como um ser forte e inabalável a enfermidades (o ser provedor, relacionado ao trabalho e à família). Na linha de reflexão, das relações socioculturais, que homens e mulheres estabelecem, assinala-se que a ideia de cuidados com a saúde é associada à fragilidade, logo, os serviços de saúde costumam ser identificados como locais de mulheres, crianças e idosos. Assim, confirmam-se no estudo que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Além disso, este diferencial também explica-se em parte pelas variações no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros, incluindo-se as demandas associadas à gravidez e ao parto.

Tabela 02 - Faixa etária dos entrevistados

IDADE	NÚMERO	PORCENTAGEM (%)
18 a 29 anos	09	22,5%
30 a 40 anos	14	35%
41 a 50 anos	08	20%
Acima de 51 anos	09	22,5%
Total de Entrevistados	40	100%

Fonte: Autora. Pesquisa direta (2015)

A tabela 02 apresenta a faixa etária dos entrevistados. Dessa amostra, 22,5% tem entre 18 (dezoito) e 29 (vinte e nove) anos, normalmente estudantes; 35% têm entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) anos, comumente, estudantes ou autônomos; 20% têm entre 41 (quarenta e um) e 50 (cinquenta) anos, perfil composto por profissionais em diversas áreas, tais como: funcionários públicos, agricultores, empregados domésticos; 22,5% têm acima de 51 (cinquenta e um) anos, habitualmente, aposentados ou pensionistas. No geral, a demanda maior é por parte dos usuários entre 18 e 40 anos, tanto para as taxas de uso curativo como preventivo.

Tabela 03 - Nível de escolaridade dos entrevistados

ESCOLARIDADE	COMPLETO	INCOMPLETO	PORCENTAGEM (%)
Fundamental	05	00	12,5%
Médio	16	10	65%
Superior	06	03	22,5%
Total de Entrevistados	27	13	100%

Fonte: Autora. Pesquisa direta (2015)

A tabela 03 expõe os números de escolaridade dos entrevistados. Foi incorporada ao questionário por se tratar de uma variável importante para medir a capacidade de compreensão e aplicação das técnicas aplicadas ao tratamento. Dessa forma, 12,5% (por cento) possui o ensino fundamental completo; 40% possui o ensino médio integral; e apenas 15% ensino superior completo. Os números acabam por demonstrar o próprio perfil de escolaridade do município.

Ressalta-se que o conceito de acesso aos serviços de saúde é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso. Fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o

acesso. Ter um serviço ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde mostra-se associado ao uso. A cobertura por plano de saúde e a possibilidade de utilização de recursos próprios são fatores relacionados a diferenças no uso de serviços de saúde. A importância da visualização da saúde atrelada ao poder econômico. Todavia, independente da disponibilidade da saúde privada é obrigatório (e determinado na Constituição) que o governo independente da instância (federal, estadual e municipal) garanta a oferta e prestação adequada dos serviços de saúde. Assim, os dados expostos abaixo buscam mostrar a efetividade da ação pública local.

Tabela 04 – A Análise do serviço de saúde pública no município de Serra Branca-PB: um estudo na unidade de “Estratégia de Saúde na Família I” - instrumentos e ações para promoção da saúde (valores absolutos)

PERGUNTAS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO
Habilidades do profissional de saúde	00	08	20	12
Disponibilidade de equipamentos	01	09	22	08
Disponibilidade de medicamentos	01	15	17	07
Resolução do seu problema	00	06	24	10
Tempo de deslocamento	03	17	18	02
Tempo de espera até ser atendido	02	15	16	07
Respeito na maneira de recebê-lo e tratá-lo	00	08	17	15
Respeito à intimidade durante exame físico	01	05	17	17
Clareza das explicações do profissional de saúde	00	05	21	14
Tempo para fazer perguntas sobre problema ou tratamento	00	12	22	06
Possibilidade de obter informações sobre tratamentos alternativos	00	10	20	10
Participação nas decisões sobre a conduta	02	10	24	04
Privacidade com os profissionais de saúde	01	10	13	16
Sigilo das informações pessoais	00	07	15	18
Liberdade de escolha do profissional de saúde	03	15	12	10
Limpeza das instalações, incluindo banheiros	01	05	16	18
Espaço das salas de espera e atendimento	00	06	16	18

Fonte: Autora. Pesquisa direta (2015)

A partir do exposto, pode ser percebido que: a equipe de funcionários da “Estratégia de Saúde na Família I” apresenta domínio, permitindo a todos integrantes um alto grau de autonomia no manejo. É uma equipe proativa e receptiva, no geral, proporcionando um ambiente harmonioso para se trabalhar composta por um médico, uma enfermeira, um odontólogo, uma auxiliar de consultório odontológico, três técnicas de enfermagem, sendo duas delas responsáveis pelo serviço de imunização, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais.

Tabela 05 – A Análise do serviço de saúde pública no município de Serra Branca-PB: um estudo na unidade de “Estratégia de Saúde na Família I” - instrumentos e ações para promoção da saúde (valores relativos)

PERGUNTAS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO
Habilidades do profissional de saúde	0%	20%	50%	30%
Disponibilidade de equipamentos	2,5%	22,5%	55%	20%
Disponibilidade de medicamentos	2,5%	37,5%	42,5%	17,5%
Resolução do seu problema	0%	15%	60%	25%
Tempo de deslocamento	7,5%	42,5%	45%	5%
Tempo de espera até ser atendido	5%	37,5%	40%	17,5%
Respeito na maneira de recebê-lo e tratá-lo	0%	20%	42,5%	37,5%
Respeito à intimidade durante exame físico	2,5%	12,5%	42,5%	42,5%
Clareza das explicações do profissional de saúde	0%	12,5%	52,5%	35%
Tempo para fazer perguntas sobre problema ou tratamento	0%	30%	55%	15%
Possibilidade de obter informações sobre tratamentos alternativos	0%	25%	50%	25%
Participação nas decisões sobre a conduta	5%	25%	60	10%
Privacidade com os profissionais de saúde	2,5%	25%	32,5%	40%
Sigilo das informações pessoais	0%	17,5%	37,5%	45%
Liberdade de escolha do profissional de saúde	7,5%	37,5%	30%	25%
Limpeza das instalações, incluindo banheiros	2,5%	12,5%	40%	45%
Espaço das salas de espera e atendimento	0%	15%	40%	45%

Fonte: Autora. Pesquisa direta (2015)

Quando aos instrumentos e ações para promoção da saúde que são utilizados (ou não) na “Estratégia de Saúde na Família I”, os procedimentos demonstram que os documentos dos usuários são arquivados em fichas e guardados em armários. São arquivados em mídia eletrônica, favorecendo agilidade e segurança tanto para a equipe como também para os usuários. Os acompanhamentos dos resultados são feitas *in loco* em comparação com dados anteriores, a fim de obter o maior controle sobre os tipos de atendimento realizados durante o mês, bem como, a quantidade de consultas realizadas. Planilhas são atualizadas com informações do tipo: data, nome do usuário, número do cartão do SUS, tipo de atendimento e contato.

A expansão e qualificação da “Estratégia Saúde da Família” é um desafio, com isso, reorganizar a Atenção Primária e contribuir para formar rede de atenção à saúde do sistema por meio da realocação dos recursos físicos, humanos e financeiros, atendendo assim, os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica à Saúde. Adequando espaços físicos, equipamentos e insumos estratégicos em cada “Unidade Básica de Saúde”, bem como a introdução de novas formas de organização dos serviços. No contexto da saúde pública os medicamentos são imprescindíveis à melhoria da qualidade de vida da população. Por isso, as políticas públicas voltadas para a promoção do uso adequado de medicamentos e de tomada de atitudes que garantam o acesso a medicamentos são de extrema importância.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a implantação de políticas de medicamentos, que devem apresentar um registro formal de objetivos, decisões e compromissos do Estado com os protagonistas no âmbito farmacêutico, públicos e privados. A Política Nacional de Medicamentos, aprovada pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº. 3916 de 30 de outubro de 1998 têm como propósito garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, além de promover o uso racional e acesso da população aos medicamentos essenciais. São considerados medicamentos essenciais àqueles básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população e determina que eles devam estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica preconiza que a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais e, como um de seus eixos estratégicos, a utilização da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica.

Levando em conta a premissa básica da PNM a “Estratégia de Saúde na Família I” garante aos cidadãos o acesso aos medicamentos essenciais. Pode-se inferir que ter acesso aos medicamentos significa acesso geográfico (os produtos podem ser obtidos dentro de uma distância razoável), acesso imediato, ou disponibilidade contínua (os medicamentos estão prontamente disponíveis nos serviços de saúde). Os serviços e produtos estão disponíveis de acordo com as necessidades de saúde da população, de forma contínua e com volume adequado.

Organização e Qualificação do Processo de Trabalho são desenvolvidas ações que exige uma nova lógica gerencial e de gestão do cuidado dos usuários e dos profissionais envolvidos no processo de trabalho que tem com base estruturante o Saúde da Família. Estas ações compreendem a capacitação, a formação e a educação permanente de profissionais de saúde para atender os princípios e as diretrizes organizativos da política nacional da atenção básica e, por consequência, aumentar a capacidade resolutiva da atenção neste nível do sistema. A partir dos componentes: Implantação do Acolhimento na Estratégia de Saúde; Definição das Normas e Rotinas para os serviços; Implantação dos NASF, ampliando a oferta dos serviços na Atenção Básica; Implementação das linhas de cuidados à Saúde da Criança, da Mulher, do Adulto, do Adolescente e do Idoso; Reorganização da lógica do trabalho a partir das estratégias de saúde até as Unidades de Referência; Oferta de cursos de atualização para todos os profissionais que atuam nas Unidades, de acordo com especificidades e necessidades locais; Realização de Cursos Técnicos para Agentes Comunitários de Saúde;

Ambiência de uma Unidade Básica de Saúde deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada pelas tecnologias ali presentes e por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. A luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente são exemplos disso. Para um ambiente confortável, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço como, por exemplo: recepção sem grades, para que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta privacidade ao usuário; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para as pessoas com deficiência como, por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante, balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa

estatura, entre outros; ambientes de apoio como copa, e banheiros; A ventilação adequada é imprescindível para se manter a salubridade nos ambientes da UBS. Recomenda-se que todos os ambientes disponham de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar; Recomenda-se que todos os ambientes sejam claros, com o máximo de luminosidade natural possível; Os materiais de revestimentos das paredes, tetos e pisos devem ser todos laváveis e de superfície lisa. Os pisos devem ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição, que não provoque trepidação em dispositivos com rodas; Recomenda-se evitar as calhas internas, embutidas e confinadas, lajes planas, impermeabilizadas, sem cobertura de proteção.

A utilização da ESF para obtenção de serviços preventivos foi avaliada em grau satisfatório, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica, que aponta que a ESF deve ser centrada na promoção e proteção da saúde. Deve-se levar em consideração que poucos indicadores tiveram um índice de satisfação ruim.

Em números, no município existe um Hospital Geral, cinco Estratégias de Saúde na Família, uma Clínica Especializada/Ambulatórios de Especialidades em convênio com Consórcio Intermunicipal de Saúde do Cariri Ocidental (CISCO), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma Unidade de Vigilância em Saúde. As informações repassadas para os usuários em relação aos serviços oferecidos, e por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, mídia local e pelo blog NASF CARIRI.

5 CONCLUSÃO

Concluiu-se que a “Estratégia de Saúde na Família I” possui instrumentos próprios e instalações confortáveis. As atividades propostas expõem um bom relacionamento entre a equipe. O preparo e estratégias de operacionalização do sistema em todo contexto que engloba a atenção básica de saúde, onde são desenvolvidos, programas de atendimento à criança, ao adolescente, às gestantes, à mulher em idade fértil, aos idosos, e enfermos (hipertensos, diabéticos, tabagistas e atendimento domiciliar) obedecem às conformidades preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Além disso, pode ser, observado na prática, a aplicação do princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, integralidade. No sentido de articular ações de alcance preventivo com as de tratamento e recuperação da saúde, sempre considerando as necessidades de cada indivíduo. Igualmente, notou-se a incipiente participação masculina nos serviços de prevenção e tratamento de enfermidades, mesmo com as ações ocorridas, como campanhas de vacinação, dias D (diabéticos, DST’s, novembro azul). Sugere-se a adoção e enfoque de políticas públicas implementadas como preventivas, visto que, o usuário masculino é resistente a algumas práticas como a prevenção, com medidas e estímulo a promoção da saúde, juntamente como o mapeamento e avaliação de faixas e grupos de maior risco e vulnerabilidade.

O Serviço de farmácia atende a população, fornecendo medicamentos gratuitamente aos usuários a partir da apresentação da receita médica e do cartão do SUS, buscando sempre a eficiência na adesão de medicamentos, de acordo com a demanda e o fornecimento por parte do SUS, por consequência, na cura, mas também nas diversas necessidades apresentadas pelos usuários, escutando, dialogando, buscando resolver seus problemas através de encaminhamentos a serviços e ações disponíveis no SUS. A fim de fortalecer e assegurar a qualidade da assistência prestada a Estratégia de Saúde na Família I, presta ainda atendimento de média complexidade (Ambulatório de Especialidades), em consórcio intermunicipal de Saúde (CISCO).

É necessário sensibilizar a população para que compreendam que quanto maior a participação, menor são as probabilidades de agravos. A gestão não pode ficar indiferente às necessidades dos usuários, os serviços têm que ser adaptados a seus problemas. A fim de obter resultados, assumindo iniciativas e apresentando soluções.

REFERÊNCIAS

BARROS, Aidil de Jesus Paes de. **Projeto de pesquisa: proposta metodológica/** Aidil de Jesus Paes de Barros, Neide Aparecida De Souza Leheld. 19. ed.- Petrópolis, RJ: vozes, 2010.

BRASIL. **Repertório do Programa Qualidade no Serviço Público – PQSP.** Brasília: Ministério do Orçamento e Gestão, memo, 2002.

NERY JUNIOR, Nelson e NERY, Rosa Maria de Andrade. **Constituição Federal comentada e legislação constitucional.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

SANTOS, Clezio Saldanha dos. **Introdução à Gestão Pública,** São Paulo: Saraiva 2006.

MATOS, Carlos Alberto de; POMPEU, João Cláudio. Onde estão os contratos? Análise da Relação Entre os prestadores Privados de Serviços de Saúde EO SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, janeiro de 2003. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de agosto de 2014 .

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007.

SOUZA, Rafaela Assis de; CARVALHO, Alysson Massote. Programa de Saúde da Família e Qualidade de Vida.: Um Olhar da Psicologia **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 8, n. 3, dezembro 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de agosto de 2014.

RIBEIRO, R. M. C. **Avaliação dos aspectos da gestão em saúde em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié – Bahia.** 2012. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). 2012.

FERREIRA, André Ribeiro. "Modelo de excelência em gestão pública no governo brasileiro: importância e aplicação." *XIV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Salvador de Bahia, Brasil.* 2009.

CUNHA, Alcione Oliveira Brasileiro, e Ligia Maria Vieira da Silva. "Acesso aos serviços de saúde em uma cidade do Nordeste do Brasil." *Cadernos de Saúde Pública* de 26,4 (2010): 725-737.

Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GesPública; Prêmio Nacional da Gestão Pública – PQGF; Carta de Serviços ao Cidadão; Brasília; MPOG, Seges, 2009. Versão 1/2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). As redes de atenção à saúde. Disponível em: Acesso em: 20 nov. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Rede de Atenção à Saúde: RAS. Disponível em: Acesso em: 20 nov. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria GM/MS n. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (sus). Brasília, 2010. Disponível em:Acesso em: 20 nov. 2014.