

FACULDADE DE CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO DE RUBIATABA
CURSO DE DIREITO

DARLENE FERREIRA GUIMARÃES

**O ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO E A (IN) EFETIVIDADE DA
ESTRATÉGIA PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
DE RUBIATABA**

RUBIATABA

2016

DARLENE FERREIRA GUIMARÃES

**O ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO E A (IN) EFETIVIDADE DA
ESTRATÉGIA PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
DE RUBIATABA**

Monografia apresentada ao curso de Direito da Faculdade de Ciências e Educação de Rubiataba, sob orientação do professor Mestre Andrey Borges Pimentel Ribeiro como requisito parcial para aprovação e integralização do curso.

RUBIATABA

2016

DARLENE FERREIRA GUIMARÃES

**O ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO E A (IN) EFETIVIDADE DA
ESTRATÉGIA PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
DE RUBIATABA**

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Professor Orientador

Professor Examinador

Professor Examinador

Dedico a Deus, que por sua infinita graça e bondade ilumina a minha vida e me permitiu chegar a este momento.

Ao meu inesquecível paizinho José de Deus Guimarães que foi um exemplo de vida, sempre acreditou em mim e me incentivou a lutar por meus objetivos e hoje mesmo estando em outro plano espiritual sei que está feliz com minhas conquistas.

À Divina Eterna Ferreira Guimarães, exemplo de mãe e que além de seu amor incondicional sempre busca o melhor para mim.

Aos meus avôs: Gaspar Antônio, Alcina Miguel, Leocliides Freitas e Pedronilia Maria, longe dos meus olhos, mas presentes no meu coração.

Aos meus tios, primos, amigos e namorado que sempre estão ao meu lado quando preciso.

Amo todos vocês!

Agradeço ao meu orientador Andrey Borges Pimentel Ribeiro pela sua paciência, aos demais professores, sem os quais este trabalho não seria possível.

E as demais pessoas que de alguma forma me apoiaram nesta trajetória.

O senhor é o meu pastor, nada me faltará.

Salmos: 23

RESUMO

Este trabalho monográfico apresenta um breve estudo sobre a (in) efetividade da estratégia saúde da família (ESF) no município de Rubiataba, sendo que primeiramente é discorrido sobre o Estado Democrático de Direito, no qual o Brasil foi consagrado com o advento da Constituição de 1988, sendo que uma das características dessa forma de Estado é a garantia aos direitos inerentes à dignidade humana, e o direito à saúde, além de pressuposto da dignidade humana também se encaixa na categoria dos direitos fundamentais de segunda dimensão por se tratar de um direito social. Assim, o Brasil na condição de Estado Democrático de Direito criou as políticas públicas, em especial o Sistema Único de Saúde (SUS) para acabar com a discriminação existente, uma vez que somente quem era segurado da previdência social ou possuía condições financeiras tinha acesso aos meios de promoção e proteção da saúde, porém mesmo após a criação do SUS em muitas localidades ainda não havia médicos, então foi lançada a estratégia saúde da família com o intuito de levar saúde a todos os brasileiros. De modo que também implantada em Rubiataba se verifica uma efetividade entre a prática na ESF do município e o disposto na política nacional de atenção básica.

Palavras-chaves: Direito; Estado; Estratégia; Saúde; (in) efetividade.

ABSTRACT

This monograph presents a brief study on the (in) effectiveness of the family health strategy (ESF) in the municipality of Rubiataba, and is primarily spoken about the democratic rule of law, in which Brazil was awarded with the advent of the Constitution 1988 and one of the characteristics of this form of state is to guarantee the rights inherent in human dignity, and the right to health, as well as assumption of human dignity also fits the category of fundamental rights of second dimension because it is a right social. Thus, Brazil in democratic statehood of law created public policies, especially the Unified Health System (SUS) to end the existing discrimination, since only those who were insured with social security or had financial conditions had access to means of health promotion and protection, but even after the creation of SUS in many localities had not doctors, then family health strategy was launched in order to bring health to all Brazilians. So also deployed in Rubiataba there is an effectiveness of the practice in the municipal ESF and the provisions of primary care national policy.

Keywords: Right; State; Strategy; Cheers; (In) effectiveness.

LISTA DE SIGLAS

CF - Constituição Federal

ESF - Estratégia Saúde da Família

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 111 |
| 2 ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO | 133 |
| 2.1 Conceitos de Estado Democrático de Direito:..... | 133 |
| 2.1.1 Estado de Direito | 133 |
| 2.1.2 Estado Democrático..... | 144 |
| 2.1.3 Estado Democrático de Direito: | 144 |
| 2.2 Surgimento do Estado Democrático de Direito | 15 |
| 2.3 Fundamentos do Estado Democrático de Direito que Alicerçam o Direito a Saúde..... | 17 |
| 2.3.1 Fundamentos do Estado Democrático de Direito | 17 |
| 2.3.2 O princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito | 19 |
| 2.3.3 Os direitos fundamentais contidos no princípio da dignidade humana | 20 |
| 2.3.4 O princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento que alicerça o direito à saúde | 23 |
| 3 DO DIREITO À SAUDE | 25 |
| 3.1 Do Direito à Saúde no âmbito da Seguridade Social..... | 25 |
| 3.2 O Direito à Saúde nas Constituições Brasileiras | 257 |
| 3.3. Políticas de Saúde Pública no Brasil | 29 |
| 3.4 O Sistema Único de Saúde | 293 |
| 3.4.1 Definição de Sistema Único de Saúde..... | 301 |
| 3.4.2 Princípios e diretrizes do SUS | 31 |
| 3.4.3 Níveis de atenção do SUS | 33 |
| 4 DA (IN) EFETIVIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RUBIATABA..... | 36 |
| 4.1 Conceito e Histórico Da ESF | 36 |

| | |
|---|------------|
| 4.2 Princípios da ESF | 37 |
| 4.3 Obetivos da Estrrtégia Saúde da Família..... | 38 |
| 4.4. Organização e Desenvolvimento do Trabalho da Equipe ESF | 39 |
| 4.4.1 Atribuições dos profissionais da equipe ESF | 40 |
| 4.4.2 Formas de atendimentos na ESF | 424 |
| 4.4.2.1 O acolhimento na ESF..... | 435 |
| 4.5 A (in) efetividade da ESF no município de Rubiataba..... | 446 |
| 4.5.1 Conceito de efetividade | 446 |
| 4.5.2 A (in) efetividade da ESF no Município de Rubiataba em face da Política Nacional de Atenção Básica | 45 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 480 |
| REFERÊNCIAS | 482 |
| ANEXOS | 487 |

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como temática verificar a (in) efetividade da estratégia saúde da família no Estado Democrático de Direito, com base no município de Rubiataba. Estado Democrático de Direito é aquele onde a população tem soberania de participar do poder de forma direta ou indireta, mediante o voto secreto, plebiscito, referendo e iniciativa popular, além de viver sob a égide constitucional que assegura os direitos fundamentais e perante a qual todos estão submetidos.

A saúde é um dos direitos fundamentais e sociais necessários para a dignidade humana, assim uma das políticas implantadas para possibilitar o acesso de todos a essa garantia constitucional é o Sistema Único de Saúde (SUS) que posteriormente gerou o programa saúde da família, hoje uma das estratégias mais bem sucedidas na promoção e prevenção da saúde dos brasileiros.

O problema desse trabalho reside no fato de que a Estratégia Saúde da Família (ESF) assim como o Sistema Único de Saúde foi elaborada com o objetivo de acabar com as dificuldades da população em acessar os meios de promoção e prevenção da saúde. Criada originalmente como programa se expandiu e consolidou como uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde na reorganização da Atenção Básica no Brasil, através da portaria nº 648, de 28 de Março de 2006. Exposto isso, a estratégia saúde da família no município de Rubiataba efetiva o direito à saúde no Estado Democrático de Direito?

O objetivo geral consiste em verificar a (in) efetividade da estratégia saúde da família na promoção do direito à saúde no Estado Democrático de Direito no âmbito municipal de Rubiataba, assim os objetivos específicos são de descrever o que constitui um Estado Democrático de Direito e seus princípios fundamentais, mostrar a relação entre o direito à saúde e a dignidade da pessoa humana, relatar as especificidades do SUS enquanto política de saúde pública e apontar sua relação com a ESF e finalmente arrolar as particularidades da estratégia saúde da família.

A justificativa se baseia nas reclamações de usuários rubiatabenses no sentido de que a estratégia saúde da família em Rubiataba não segue as especificidades legais e que não há equipes o suficiente e nem o fornecimento de materiais equipamentos necessários por parte da secretaria de saúde para prestar um bom atendimento. Nesse contexto, a proposta de trabalho visa demonstrar se as reclamações da sociedade tem fundamento mediante comparação entre

o disposto em textos legais, como a Política Nacional de Atenção Básica e a prática nesse município.

O desenvolvimento do presente trabalho foi realizado mediante metodologia qualitativa, método analítico dedutivo e pesquisa de campo. A pesquisa bibliográfica baseou-se em publicações científicas da área constitucional, previdenciária, saúde pública e outras, de autores como: Noberto Bobbio, Paulo Bonavides, José Joaquim Gomes Canotilho, Jose Afonso da Silva, cadernos do ministério da saúde e demais. O estudo de caso foi desenvolvido, mediante pesquisa do tipo questionário com enfermeiros que coordenam cinco das dez equipes implantadas no município.

O trabalho de conclusão de curso estrutura-se em três capítulos, apresentando-se no primeiro os conceitos e definições acerca do Estado Democrático de Direito baseado em vários autores, bem como sobre o seu surgimento, e os seus fundamentos que alicerçam o direito à saúde.

No segundo capítulo intitulado de o Direito à saúde é abordado sobre como o direito à saúde é retratado nas diversas constituições brasileiras e no âmbito da seguridade social, bem como sobre as políticas públicas, enfatizando o sistema único de saúde como instrumento na promoção desse direito fundamental.

O terceiro capítulo caracteriza o estudo da Estratégia Saúde da Família, discorrendo sobre seu conceito, histórico, princípios, objetivos e a forma em que seu trabalho se desenvolve. Além de fazer o comparativo entre o preceituado pela política nacional de atenção básica e a prática nas equipes de Rubiataba conforme questionários aplicados.

2. ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

O presente trabalho visa verificar a (in) efetividade da Estratégia Saúde da Família no Estado Democrático de Direito, com enfoque no município de Rubiataba-Go. De modo que nesse capítulo será abordado sobre o que vem a ser o Estado Democrático de Direito previsto na Constituição Federal, bem como o histórico de seu surgimento, os fundamentos que nele se embasam com destaque especial sobre o princípio da dignidade da pessoa humana.

2.1. CONCEITOS DE ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

Para chegar ao conceito de Estado Democrático de Direito, se faz necessário uma rápida análise sobre o significado dos vocábulos Estado Democrático e Estado de Direito, bem como suas particularidades.

2.1.1. Estado de Direito

A definição de Estado de Direito dispõe de vários posicionamentos, dentre eles o de Canotilho, que em sua obra intitulada de Direito Constitucional e Teoria da Constituição, parte da premissa que para se definir o que é um Estado de Direito deve primeiro se dizer o que é Estado de não Direito. E para o referido jurista: “Estado de não Direito será aquele em que o poder político se proclama desvinculado de limites jurídicos e não reconhece aos indivíduos uma esfera de liberdade ante o poder protegida pelo direito” (CANOTILHO, 1999. p. 11).

Assim seu antônimo, o Estado de Direito, será aquele Estado no qual o poder exercido é limitado pela ordem jurídica vigente, que regulamenta desde a forma, função e limitação do Estado, até as garantias e direitos dos cidadãos. Sendo que tanto a população quanto seus representantes estão sob a égide das normas constitucionais. Neste sentido Júlio Aurélio Vianna Lopes (2001, p. 4) leciona que “O Estado de direito é aquele no qual a legalidade é critério observado pelo exercício do poder” Embora Lopes leccione sobre a importância da legalidade, é oportuno ressaltar que não é qualquer produção legal que caracteriza o Estado como de Direito. É preciso que tais leis sejam justas, e nelas os interesses do Estado não se sobreponham aos direitos inerentes à dignidade da pessoa humana. Nessa perspectiva, Canotilho (2016, p.18) relata:

O Estado de direito é informado e conformado por princípios radicados na consciência jurídica geral e dotados de valor ou bondade intrínsecos. Não basta, para estarmos sob o império do direito, que o Estado observe as normas que ele ditou e atue através de formas jurídicas legalmente positivadas. As leis podem ser más, as formas de atuação revelarem-se arbitrárias, o conteúdo das medidas estatais surgir aos olhos do particular como mau direito, como direito injusto.

Assim, Estado de Direito é aquele Estado no qual o poder de intervenção estatal é submetido às leis e estas valorizam as garantias e liberdades dos particulares, em outras palavras, não somente os simples indivíduos, mas também os governantes e demais autoridades devem obedecer às leis e nelas regular as suas decisões, sendo que por sua vez a legalidade deverá ser pautada em valores como a justiça e a benignidade.

2.1.2. Estado Democrático

O Estado Democrático se fundamenta no princípio da soberania popular, e pode ser compreendido como um Estado no qual a vontade do povo é instrumentada através do sufrágio universal. Ou seja, o povo tem soberania para escolher seus representantes por meio de voto direto e secreto. Nesse sentido, José Afonso Silva (2007, p. 66) nos diz que:

O Estado Democrático se funda no princípio da soberania popular que impõe a participação efetiva e operante do povo na coisa pública, participação que não se exaure como veremos, na simples formação das instituições representativas, que constituem um estágio da evolução do Estado Democrático, mas não o seu completo desenvolvimento.

É conveniente esclarecer que no Estado Democrático a soberania da população não se restringe apenas na escolha de seus representantes através do processo eleitoral, uma vez que na Constituição Federal também está previsto que a soberania popular poderá ser exercida através de plebiscito, referendo e por iniciativa popular.

2.1.3. Estado Democrático de Direito:

Embora englobe elementos do Estado de Direito e do Estado Democrático, ambos explanados nos tópicos anteriores, a definição de Estado Democrático de Direito vai além da mera junção conceitual de ambos e contempla novos aspectos, nesse sentido leciona José Afonso Silva (2003, p. 120):

A configuração do Estado Democrático de Direito não significa apenas unir formalmente os conceitos de Estado Democrático e Estado de Direito. Consiste, na verdade, na criação de um conceito novo, que leva em conta os conceitos dos elementos componentes, mas os supera na medida em que incorpora um componente revolucionário de transformação do status “quo”.

De modo que por Estado Democrático de Direito compreende a ideia de um Estado democrático no qual independente de cor, sexo, escolaridade, orientação sexual ou religiosa os cidadãos tem o direito de escolher seus representantes através do voto direto e secreto. Na descrição de Alexandre de Moraes (2014, p. 17):

O Estado Democrático de Direito, caracterizador do estado constitucional, significa a exigência de reger-se por normas democráticas, com eleições, periódicas e pelo povo, bem como o respeito das autoridades públicas aos direitos e garantias fundamentais, proclamado no caput do artigo, adotou igualmente o parágrafo único, o denominado princípio democrático, ao afirmar que ‘todo poder emana do povo, que o exerce por meio de seus representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição’.

Assim, outra característica dessa forma de Estado é o zelo para com os direitos e garantias fundamentais inerentes à dignidade humana, sendo que nenhuma pessoa ou autoridade se eleva frente às leis constitucionais. De modo que no Estado Democrático de Direito, além da primazia da lei e da soberania popular, segundo Silva J.A (1994, p. 110) “a tarefa fundamental do Estado Democrático de Direito consiste em superar as desigualdades sociais e regionais e instaurar um regime democrático que realize a justiça social”.

Destarte, o Brasil enquanto Estado Democrático de Direito deve garantir os direitos fundamentais aos pertencentes de seu território, bem como impossibilitar a violação destes, mesmo que por vontade geral. Nesse sentido Rosa apud Ferrajoli (2009, p. 275):

Os vínculos no Estado Democrático de Direito, de viés garantista são de tal forma substanciais / materiais que impedem a preponderância da concepção de democracia vinculada à vontade da maioria, em franca opressão à minoria, articulando a esfera do indecidível. Em outras palavras, nem mesmo por maioria se pode violar / negar os Direitos Fundamentais.

Assim, em um Estado pautado pela democracia e pelo direito, o governo deve ser de todos e não apenas da maioria, pois para garantir os direitos fundamentais da pessoa humana e a igualdade material o Estado tem a obrigação de proteger os direitos fundamentais também das minorias.

2.2. SURGIMENTO DO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

A forma atual de Estado é fruto das mudanças ocorridas ao longo dos séculos, sendo que esse processo de estruturação é contínuo. Assim, nesse tópico serão abordadas as evoluções do Estado até se chegar ao Estado Democrático de Direito.

De acordo com Streck e Moraes (2000, p. 92), “com a evolução do Estado Moderno, surge o Estado Absolutista e o Estado Liberal”. Sendo que o Estado Liberal se biparte em Estado Legal e Estado de Direito, e por sua vez o Estado de Direito também se reparte em três: o Estado Liberal de Direito; o Estado Social de Direito; e o Estado Democrático de Direito; sendo que estas três últimas modalidades serão detalhadas a seguir.

O Estado Liberal de Direito se organizou de forma que a interferência Estatal fosse a mínima possível na vida social, viabilizando a implantação do constitucionalismo e a separação dos poderes, o que fez com que ocorressem vários progressos e vantagens para a sociedade, dentre eles o desenvolvimento econômico, a valorização do indivíduo e da liberdade humana, conforme Streck e Moraes (2006, p. 102):

O Estado Liberal de Direito apresenta-se caracterizado pelo conteúdo liberal de sua legalidade, onde há o privilegiamento das liberdades negativas, através de uma regulação restritiva da atividade estatal. A lei, como instrumento da legalidade, caracteriza-se como uma ordem geral e abstrata, regulando a ação social através do não impedimento de seu livre desenvolvimento; seu instrumento básico é a coerção através da sanção das condutas contrárias. O ator característico é o indivíduo.

Porém ao longo do tempo, o individualismo difundido pelo Estado Liberal se ultrapassou, tornando as pessoas egoístas e competitivas, preocupadas apenas consigo mesmas e esquecidas do ente social, buscando o lucro de forma extrema, inconsequente e inescrupulosa, conforme Huberman (1986, p.178):

Pagavam os menores salários possíveis. Buscavam o máximo de força de trabalho pelo mínimo necessário para pagá-las. Como mulheres e crianças podiam cuidar das máquinas e receber menos que os homens, deram-lhes trabalho, enquanto o homem ficava em casa, frequentemente sem ocupação. A princípio, os donos das fábricas compravam o trabalho das crianças pobres, nos orfanatos; mais tarde, como os salários do pai operário e da mãe operária não eram suficientes para manter a família, também as crianças que tinham casa foram obrigadas a trabalhar nas fábricas e minas.

Em suma, percebe-se que a ideologia liberal não satisfaz o prometido, tanto no âmbito político quanto econômico, uma vez que não conseguiu garantir a liberdade e a igualdade de todos, apenas aos detentores dos meios de produção. E mesmo após o êxito obtido nas revoluções liberais a sociedade ainda se dividia em castas nas quais os indivíduos menos favorecidos não haviam obtido o direito à igualdade e nem possuíam meios de obter alguma propriedade.

Diante desse contexto surgiu o movimento socialista trazendo uma maior conscientização da sociedade e da classe operária, no sentido de que a situação deveria ser

modificada, ocasionando assim futuramente o nascimento do Estado Social de Direito cujo objetivo era buscar o bem-estar social e reparar a exacerbação do individualismo liberal mediante uma série de instrumentos garantidores dos interesses coletivos. Streck e Morais (2000, p. 88) assim se manifestam acerca do Estado Social de Direito:

Assim, ao Direito antepõe-se um conteúdo social. Sem renegar as conquistas e valores impostos pelo liberalismo burguês, dá-se-lhe um novo conteúdo axiológico-político. Destarte, o Estado acolhe os valores jurídico-políticos clássicos; porém, de acordo com o sentido que vem tomando através do curso histórico e com as demandas e condições da sociedade do presente [...]. Por conseguinte, não somente inclui direitos para limitar o Estado, senão também direitos às prestações do Estado [...]. O Estado, por conseguinte, não somente deve omitir tudo que seja contrário ao Direito, isto é, a legalidade inspirada em uma ideia de Direito, senão que deve exercer uma ação constante através da legislação e da administração que realize a ideia social de Direito.

Contudo assim como o liberalismo foi ineficiente na proteção e garantia dos direitos, o Estado Social seu sucessor também não alcançou a efetividade da justiça social nem uma eficaz participação democrática do povo no processo político, nesse contexto surge o Estado Democrático de Direito. Nas palavras de Mendes, Branco e Coelho (2007, p. 139):

[...] considera-se democrático aquele Estado de Direito que se empenha em assegurar aos seus cidadãos o exercício efetivo não somente dos direitos civis e políticos, mas também e, sobretudo dos direitos econômicos sociais e culturais, sem os quais de nada valeria a solene proclamação daqueles direitos.

O Brasil se consagrou em Estado Democrático de Direito através da previsão trazida no art. 1º da Constituição Federal de 1988. E se caracteriza como um Estado no qual todos os direitos fundamentais da pessoa humana são preservados independente de sexo, cor, escolaridade, orientação sexual ou religiosa e outros. É também oportuno dizer que a figura da democracia e da participação popular é o principal aspecto que distingue esta concepção de Estado entre as demais.

2.3. Fundamentos do Estado Democrático de Direito que Alicerçam o Direito à Saúde

2.3.1. Fundamentos do Estado Democrático de Direito

Os fundamentos são as bases sob as quais o Estado Democrático de Direito se apoia e desenvolve. Encontra-se previsão no artigo 1º da Constituição Federal de 1988 com a seguinte descrição:

A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e

tem como fundamentos: I – a soberania; II – a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana; IV – os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V – o pluralismo político. Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição. (BRASIL, 1988).

A soberania pode ser entendida como a supremacia que nossa República goza de organizar suas leis, normas e ter universalidade em suas decisões dentro do âmbito territorial, bem como ser respeitada e não se submeter a nenhuma potência estrangeira no âmbito internacional. No posicionamento do professor Dallari (1983, p. 74.):

[...] apesar do progresso verificado, a soberania continua a ser concebida de duas maneiras distintas: como sinônimo de independência, e assim tem sido invocada pelos dirigentes dos Estados que desejam afirmar, sobretudo ao seu próprio povo, não serem mais submissos a qualquer potência estrangeira; ou como expressão de poder jurídico mais alto, significando que, dentro dos limites da jurisdição do Estado, este é que tem o poder de decisão em última instância, sobre a eficácia de qualquer norma jurídica.

A cidadania caracteriza o exercício dos deveres e direitos civis, políticos e sociais de um indivíduo em um Estado. Nessa perspectiva, Bonavides, Miranda e Agra (2009, p. 7) ressaltam que:

O conceito contemporâneo de cidadania se estendeu em direção a uma perspectiva na qual cidadão não é apenas aquele que vota, mas aquela pessoa que tem meios para exercer o voto de forma consciente e participativa. Portanto, cidadania é a condição de acesso aos direitos sociais (educação, saúde, segurança, previdência) e econômicos (salário justo, emprego) que permite que o cidadão possa desenvolver todas as suas potencialidades, incluindo a de participar de forma ativa, organizada e consciente, da construção da vida coletiva no Estado democrático.

Os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa compreendem a junção de todos os direitos que contribuem para que o desempenho das profissões seja efetuado com dignidade e proporciona liberdade para desenvolver qualquer tipo de empreendimento desde que não seja ilegal. Marques aponta que (2007, p. 115-116),

[...] a valorização do trabalho humano não apenas importa em criar medidas de proteção ao trabalhador, como ocorreu no caso do Estado de Bem-Estar Social, mas sim admitir o trabalho e o trabalhador como principal agente de transformação da economia e meio de inserção social. [...] A livre iniciativa, bem compreendida, além de reunir os alicerces e fundamentos da ordem econômica, também deita raízes nos direitos fundamentais. É daí que surge a observação de que as leis restritivas da livre iniciativa vale dizer, aquelas que asseguram o acesso de todos ao livre exercício de profissão ou ofício, devem observar o conteúdo essencial dos direitos fundamentais, funcionando como uma espécie de limite negativo ao legislador, fazendo valer o princípio da dignidade da pessoa humana, art. 1º, III, da Carta de 1988 [...]

Pluralismo político significa que devem existir vários grupos detentores do poder, e embora alguns possam ser mais fortes, eles nunca serão totalmente soberanos e deverão coexistir com as ideologias dos grupos mais fracos. Citando Silva (2006, p. 40):

A Constituição opta, pois, pela sociedade pluralista que respeite a pessoa humana e sua liberdade, em lugar de uma sociedade monista que mutila os seres e engendra as

ortodoxias opressivas. [...] Aqui, só resta acrescentar que a doutrina do pluralismo político despontou e se firmou em contraposição aos regimes coletivistas, monolíticos e de poder fechado. Quer realizar-se como princípio da democracia de poder aberto, estabelecendo o liame entre a liberdade e a multiplicidade dos meios de vida, não apenas como uma nova maneira de afirmar a liberdade de opinião e crença, mas como um sistema que enraíza essa liberdade na estrutura social.

Dignidade da pessoa humana por sua vez é um princípio que abrange o respeito e proteção à integridade física, emocional e moral do indivíduo e impõe ao Estado a obrigação de promover circunstâncias que possibilitem e afastem quaisquer obstáculos que impeçam as pessoas de viverem com dignidade. Em suas palavras Sarlet (2002, p. 60) descreve como:

A dignidade da pessoa humana corresponde à qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte de Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venha a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover a sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

Em outras palavras, dignidade da pessoa humana é um direito incomparável e de valor moral inerente ao indivíduo, que enseja o respeito de todos os outros congêneres.

2.3.2. O princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito

Inicialmente se faz necessário elucidar que a dignidade é em sua essência um predicado da pessoa humana pelo simples fato de ser humana, assim tornando automaticamente merecedora de respeito e proteção desde a sua concepção. Nos dizeres de Bitencourt Neto (2010, p. 66):

Pode-se hoje dizer que a dignidade da pessoa humana, ideia-força do mundo contemporâneo, é uma qualidade inata de cada ser humano, cuja obrigação de respeito se pode qualificar como uma das mais relevantes conquistas históricas, independentemente de instituição formal pelo Direito, que reconhece pelo equivalente princípio fundamental.

Immanuel Kant (2004, p. 65), em sua obra *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*, sustentava que a dignidade é algo que não tem preço, conforme a transcrição a seguir:

No reino dos fins, tudo tem ou um preço ou uma dignidade, quando uma coisa tem preço pode ser substituída por algo equivalente; por outro lado, a coisa que se acha acima de todo preço, e por isso não admite qualquer equivalência, compreende uma dignidade.

O princípio da dignidade humana além de ser um princípio foi reconhecido como sendo também um fundamento do Estado Democrático de Direito, tornando se assim um

alicerce ou base de onde se emanam todos os demais princípios. Nos dizeres de Häberle (2009, p. 101):

A dignidade humana constitui a “base” do Estado constitucional como tipo, expressando as suas premissas antropológico-culturais. Os Poderes Constituintes, ‘de mãos dadas’ com a jurisprudência e a ciência, e mediante uma atuação também criativa, desenvolveram e construíram estes fundamentos. Acompanhar e seguir as fases do crescimento cultural e, com isso, também as dimensões da dignidade humana em permanente processo de evolução, é tarefa de todos: do Poder Constituinte até o cidadão, resultando no direito do cidadão à democracia.

De modo que os princípios são uma espécie de norma constitucional de cunho abstrato que definem as diretrizes para que se obtenha a máxima concretização da norma. Nesse sentido, Plácido e Silva ressaltam (1993, p. 447):

No sentido jurídico, notadamente no plural, quer significar as normas elementares ou os requisitos primordiais instituídos como base, como alicerce de alguma coisa. E, assim, princípios revelam o conjunto de regras ou preceitos, que se fixaram para servir de norma a toda espécie de ação jurídica, traçando, assim, a conduta a ser tida em qualquer operação jurídica. [...] Princípios jurídicos, sem dúvida, significam os pontos básicos, que servem de ponto de partida ou de elementos vitais do próprio direito.

Portanto, a dignidade humana na condição de princípio fundamental se torna um dos atributos primordiais na estruturação do Estado Democrático de Direito, sendo que seus valores e bases irão guiar o constituinte na elaboração da constituição e das escolhas políticas.

2.3.3. Os direitos fundamentais contidos no princípio da dignidade humana

Sustentáculos democráticos de uma sociedade, os direitos fundamentais compreendem os direitos que se originam da própria condição humana, são previstos no ordenamento constitucional e se solidificaram a partir do princípio da dignidade da pessoa humana. Os Direitos fundamentais, conforme Bonavides (2013, p. 117):

Podem ser considerados todos os direitos tidos como próprios do ser humano, que, por vezes acabam por serem confundidos com os direitos inerentes ao homem, e, até mesmo, alguns deles, com os direitos da personalidade. Na realidade, os direitos fundamentais são princípios constitucionais fundamentais, pois guardam os valores basilares da Ordem Jurídica e de um Estado Democrático de Direito.

São imprescindíveis para propiciar uma existência livre, digna e igualitária a todos. Há várias expressões usadas para nomeá-los, tais como, direitos do homem, direitos naturais, direitos individuais, direitos humanos, liberdades fundamentais etc. Em suas palavras Luño apud Silva G.A.P (2009, p. 182):

Direitos fundamentais do homem constitui a expressão mais adequada a este estudo, porque, além de referir-se a princípios que resumem a concepção do mundo e informam a ideologia política de cada ordenamento jurídico, é reservada para

designar, no nível do direito positivo, aquelas prerrogativas e instituições que ele concretiza em garantias de uma convivência digna, livre e igual de todas as pessoas.

É importante também, explicar sobre o evento de evolução histórica dos direitos fundamentais e que ocorrem divergências doutrinárias no sentido de decidir qual vocábulo é mais apropriado para denominá-lo, sendo que o mestre Bonavides era favorável ao termo geração, porém com o passar do tempo mudou de opinião segundo nos relata Dimoulis (2007, p. 34-35):

Aliás, o próprio Bonavides, no desenrolar de seu texto, acaba reconhecendo a proeminência científica do termo ‘dimensões’ em face do termo ‘gerações’, “caso este último venha a induzir apenas sucessão cronológica e, portanto, suposta caducidade dos direitos das gerações antecedentes, o que não é verdade”.

Controvérsias à parte, no que se refere à classificação dos direitos fundamentais, Bobbio (2004, p. 32) as consagrou como sendo três gerações/dimensões, ao afirmar que o “desenvolvimento dos direitos do homem passou por três fases”. Entretanto, atualmente se fala também nos direitos de quarta e quinta geração/dimensão.

Para Bobbio (2004, p. 32), “num primeiro momento, afirmaram-se os direitos de liberdade”. Também chamados de direitos de primeira dimensão, estes direitos defendem que a finalidade fundamental do Estado é promover a liberdade do indivíduo e, portanto o poder do Estado deve ser controlado e limitado.

Também faz parte desse grupo os direitos que compõem a esfera individual, ou seja, o direito à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade perante a lei; que são, subsequentemente, complementados pelas liberdades de expressão coletivas (liberdades de expressão, imprensa, manifestação, reunião, associação, etc.), e pelos direitos de participação política, tais como o direito de voto e a capacidade eleitoral passiva, em suma, representam os chamados direitos civis e políticos. Bonavides (1993, p. 517) afirma que:

Os direitos fundamentais de primeira dimensão representam exatamente os direitos civis e políticos, que correspondem à fase inicial do constitucionalismo ocidental, mas que continuam a integrar os catálogos das Constituições atuais (apesar de contar com alguma variação de conteúdo), o que demonstra a cumulatividade das dimensões.

Os direitos de segunda dimensão são os relacionados ao valor da igualdade, e se referem aos direitos sociais, econômicos e culturais. Caracterizam-se por conferirem aos indivíduos direitos às prestações sociais estatais, tais como assistência social, saúde, trabalho, educação, entre outras Marmelstein (2008, p. 50) afirma que:

Os direitos de primeira geração tinham como finalidade, sobretudo, possibilitar a limitação do poder estatal e permitir a participação do povo nos negócios públicos. Já os direitos de segunda geração possuem um objetivo diferente. Eles impõem diretrizes, deveres e tarefas a serem realizadas pelo Estado, no intuito de possibilitar aos seres humanos melhores qualidade de vida e um nível de dignidade como

pressuposto do próprio exercício da liberdade. Nessa acepção, os direitos fundamentais de segunda geração funcionam como uma alavanca ou uma catapulta capaz de proporcionar o desenvolvimento do ser humano, fornecendo-lhe as condições básicas para gozar, de forma efetiva, a tão necessária liberdade.

Os direitos fundamentais de terceira dimensão estão ligados ao progresso, ao meio ambiente, à autodeterminação dos povos, bem como ao direito de propriedade sobre o patrimônio comum da humanidade e ao direito de comunicação. Derivam-se dos ideais da fraternidade, de novas reivindicações advindas do avanço da tecnologia, das atrocidades cometidas na Segunda Guerra Mundial, que trouxeram a necessidade de se criar uma nova ordem de direitos. Medeiros (2004, p. 74-75) se posiciona da seguinte forma:

Os direitos de terceira dimensão são denominados de direito de fraternidade ou de solidariedade porque têm natureza de implicação universal, sendo que os mesmos alcançam, no mínimo, uma característica de transindividualismo e, em decorrência dessa especificidade, exigem esforços e responsabilidades em escala mundial, para que sejam verdadeiramente efetivados.

Atualmente alguns doutrinadores defendem a existência dos direitos de quarta dimensão, embora não haja um consenso na doutrina sobre o que vem a ser o conteúdo dessa espécie de direito. Por exemplo, para Bobbio (1992, p. 60) “tratam-se dos direitos relacionados à engenharia genética”, já segundo a visão de Bonavides (2006, p. 571-572) seriam os relacionados aos direitos à democracia, à informação e ao pluralismo, conforme a seguinte transcrição:

A globalização política neoliberal caminha silenciosa, sem nenhuma referência de valores. [...] Há, contudo, outra globalização política, que ora se desenvolve, sobre a qual não tem jurisdição a ideologia neoliberal. Radica-se na teoria dos direitos fundamentais. A única verdadeiramente que interessa aos povos da periferia. Globalizar direitos fundamentais equivale a universalizá-los no campo institucional. [...] A globalização política na esfera da normatividade jurídica introduz os direitos de quarta geração, que, aliás, correspondem à derradeira fase de institucionalização do Estado social. É direito de quarta geração o direito à democracia, o direito à informação e o direito ao pluralismo. Deles depende a concretização da sociedade aberta do futuro, em sua dimensão de máxima universalidade, para a qual parece o mundo inclinar-se no plano de todas as relações de convivência. [...] os direitos da primeira geração, direitos individuais, os da segunda, direitos sociais, e os da terceira, direitos ao desenvolvimento, ao meio ambiente, à paz e à fraternidade, permanecem eficazes, são infra-estruturais, formam a pirâmide cujo ápice é o direito à democracia.

Além dos direitos de quarta dimensão ou geração é defendido também a existência de uma quinta geração ou dimensão, sendo que esta categoria seria ligada ao direito à paz. Nas palavras de Bonavides apud Honesko (2008, p. 195-197):

Em recentes debates científicos (IX Congresso Íbero-Americano e VII Simpósio Nacional de Direito Constitucional, realizados em Curitiba/PR, em novembro de 2006, bem como II Congresso Latino-Americano de Estudos Constitucionais, realizado em Fortaleza/CE, em abril de 2008), BONAVIDES fez expressa menção à possibilidade concreta de se falar, atualmente, em uma quinta geração de direitos fundamentais, onde, em face dos últimos acontecimentos (como, por exemplo, o

atentado terrorista de “11 de Setembro”, em solo norte-americano), exsurgiria legítimo falar de um direito à paz. Embora em sua doutrina esse direito tenha sido alojado na esfera dos direitos de terceira dimensão, o ilustre jurista, frente ao insistente rumor de guerra que assola a humanidade, decidiu dar lugar de destaque à paz no âmbito da proteção dos direitos fundamentais.

Assim, analisadas as gerações ou dimensões de direitos, é necessário salientar que a divisão exposta anteriormente, é feita apenas de forma didática, uma vez que os direitos humanos não devem se fragmentar em gerações ou dimensões vedadas, refletindo apenas a valorização de determinados direitos em momentos históricos distintos.

2.3.4. O princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento que alicerça o direito a saúde

A dignidade da pessoa humana como princípio fundamental centraliza e empresta unidade a todo o sistema jurídico nacional, de forma que as interpretações constitucional e infraconstitucional devem ser consoantes suas orientações e preceitos.

No seu artigo sobre “O princípio constitucional da dignidade humana: Um olhar conforme a epistemologia da complexidade”, Moreira (2006. p.149) ressalta a importância do Direito como primordial e nobre função-finalidade de humanizar o próprio ser humano: “Assim, é preciso compreender a Dignidade Humana a partir dessa constante reconstrução ontológica e cultural, a qual implica em bifurcações”. Ainda Moreira (2006. p. 149):

Observa-se, por outro lado que a dignidade humana exprime tudo aquilo que dá qualidade ao ser humano, enaltecendo-o como pessoa, distinguindo-o como espécie, por outro lado, a condição humana, no sentido antropológico, constitui-se no conjunto das características físicas e orgânicas, mentais, psicológicas, afetivas, supostamente comuns a toda espécie. Assim, há uma relação ontológica entre a Dignidade Humana e a própria natureza ou condição humana.

O direito à saúde se relaciona ao princípio da dignidade da pessoa humana, incluindo no conceito do mínimo existencial, sendo um dos pressupostos para a conservação do direito à vida e a existência digna. Nesse sentido Lenza (2006, p. 530) leciona: “O Direito à vida, de forma genérica previsto no art. 5º. caput, da Constituição Federal, abrange tanto o direito de não ser morto, privado da vida, portanto o direito de continuar vivo, como também o direito de ter uma vida digna.”

O direito à saúde, pressuposto da dignidade humana, também se encaixa nos direitos fundamentais de segunda dimensão, por se tratar de um direito social, conforme descrito no Roteiro para apuração dos principais benefícios previdenciários:

A Constituição de 1988 abordou a saúde como espécie da seguridade social. Dispõe o art. 196 que ela é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida

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 aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A execução das ações de saúde pode ser realizada diretamente pelo Estado ou através de terceiros, pessoa física ou jurídica de direito privado, de forma complementar, conforme preconiza o art. 199 da Constituição (BRASIL, 1988).

Assim, conforme abordado ao longo do capítulo, o Brasil é constituído em um Estado Democrático de Direito, de modo que deve cumprir com o disposto em seus fundamentos. Assim, sendo a Saúde indispensável para a dignidade da pessoa humana e um princípio fundamental, devem ser implantadas políticas públicas que garantam o acesso à saúde para toda população.

3. DO DIREITO À SAÚDE

Conforme abordado no capítulo anterior, a dignidade da pessoa humana é um dos pressupostos do Estado Democrático de Direito, e para uma existência digna é necessário o respeito aos direitos fundamentais e sendo o direito à saúde um deles, neste capítulo será feita uma análise de como a saúde é efetivada no Brasil. E para isso se faz necessário uma abordagem sobre a proteção do direito à saúde na seguridade social, o histórico da saúde nas constituições brasileiras e as políticas de saúde pública com enfoque no Sistema Único de Saúde e suas particularidades.

3.1. DO DIREITO À SAÚDE NO ÂMBITO DA SEGURIDADE SOCIAL

A seguridade social pode ser definida através do conceito Sergio Pinto de Martins (2003, p. 43) como:

Um conjunto de princípios, de regras e de instituições destinado a estabelecer um sistema de proteção social aos indivíduos contra contingências que os impeçam de prover as suas necessidades pessoais básicas e de suas famílias, integrado por ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, visando assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Também conforme o disposto no art. 194 da CF de 88 “a seguridade social é o conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social” (BRASIL, 1988 p. 33). Porém para o presente trabalho interessa a análise da seguridade social, apenas no referente às ações de saúde.

Sendo que o direito à saúde encontra previsão também nos art. 196 a 200, do capítulo reservado a seguridade social na CF 88, que dispõe sobre a saúde ser um direito de todos e dever do Estado, de forma que este deve viabilizar políticas sociais e econômicas voltadas à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

3.2. O DIREITO À SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS

Embora na Magna Carta de 1988 a seguridade social e o direito à saúde tenham encontrado grande respaldo, nem sempre foi assim conforme será estudado ao longo do tópico.

O Brasil, já esteve sob a égide de oito Constituições, sendo que a primeira foi outorgada em 1824, e a última, ainda em vigor foi promulgada em 1988. Cada nova Lei Constitucional nasceu das mudanças estruturais do poder político, e em cada uma delas o direito à saúde foi analisado sob um prisma diferente.

Posterior à proclamação da independência do Brasil, foi outorgada a primeira constituição no ano de 1824 e que se efetivou por sessenta e cinco anos. Nesta carta o direito à saúde não teve observações importantes. Nesse sentido Ribeiro (2010, p. 449) diz que:

[...] o Direito à Saúde não tomou acento, vez que o que se buscava era a concentração dos poderes nas mãos do Imperador. Bonavides explica que o texto Constitucional de 1824 serviu de modelo para a Constituição de Portugal de 1826. Nessas Constituições, embora se tivesse a intenção de almejar os ideais libertários, os mesmos não foram atingidos dadas as grandes desigualdades sociais que vigoravam na época. Silva ensina que a Constituição de 1824 deu lugar aos Direitos do Homem no art. 179 (com seus 35 incisos que estabeleciam um rol de direitos e garantias), nos quais era declarado e garantido o direito à inviolabilidade dos direitos de liberdade, de igualdade, de segurança individual e de propriedade. O texto Constitucional chega a mencionar, no inciso XXIV do art. 179, que “nenhum gênero de trabalho, de cultura, indústria ou comércio pode ser proibido, uma vez que não se oponha aos costumes públicos, à segurança e saúde dos cidadãos”, entretanto o objetivo, como se faz claro, é garantir o exercício da atividade laboral e não o Direito à Saúde.

O segundo texto constitucional, é o de 24 de março de 1891, época na qual os cafeicultores deixaram de apoiar a monarquia, por esta ter abolido a escravidão. Embora neste, a saúde ainda não tenha sido incluída, foram previstos as garantias e direitos à liberdade, segurança e à propriedade.

Estimulada pelos ideais liberais das revoluções de 1930 e pela revolução Constitucionalista de 1932 a Constituição de 1934 foi um marco histórico, pois a partir dela surgiu a proposta de que o Estado deve agir em prol da sociedade, uma vez que em seu texto ocorreu a primeira menção expressa referente aos Direitos Previdenciários, onde em seu art. 5º inciso XIX, se estabeleceu a competência da União para fixar as regras de assistência social, enquanto que a competência de zelar pela saúde e assistência públicas era dos Estados-membros, conforme o art. 10, inciso II.

A quarta Magna carta também chamada de “A Polaca” foi imposta pelo governo de Getúlio Vargas em 1937 e seu texto de caráter autoritário coibiu os direitos fundamentais, porém embora não garantisse o direito à saúde, afirmou em seu art. 16 inciso XXVII, que concernia à União legislar no referente às normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança.

Em 1946 a quinta Constituição foi promulgada e trouxe o fortalecimento tanto dos Direitos Fundamentais quanto do Constitucionalismo, embora o Direito à Saúde não tenha sido evidenciado.

Em 1967 foi outorgada a sexta Lei Maior e nesta foi instituído o regime totalitário no qual predominava a ideologia da segurança nacional. Embora o Direito à saúde novamente não tenha sido previsto, neste texto foi acrescentado à atribuição da União para legislar sobre um plano nacional de saúde.

A sétima Constituição Federal foi a de 1969 e se tratava da Emenda Constitucional nº1, nascida após a edição do Ato Institucional n. 5 onde ao Presidente da República foi concedido ainda mais poder e os direitos individuais e políticos da população foram restringidos. Referente à saúde houve um seguimento dos parâmetros da constituição anterior, a única diferença foi que prescreveu no art. 25§ 4º - Os Municípios aplicarão, em programas de saúde 6,0% (seis por cento) do valor que lhes for creditado por força do disposto no item II (BRASIL, 1969).

Finalmente em 1988 a oitava carta magna foi promulgada, e por ter sido gerada em um período marcado pelo retorno do regime democrático, tem em seu art. 5º o maior rol de garantias fundamentais dentre todas as Constituições Brasileiras. Nesta, a saúde como um direito fundamental social passou a ser direito de todos, conforme a previsão do art. 6º da Constituição Federal: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988, p. 7).

Conforme visto, o direito à saúde foi obtendo pequenas conquistas ao longo das constituições até chegar ao presente momento. Da mesma maneira, as políticas públicas também foram se modificando ao longo dos anos até adquirirem os moldes atuais.

3.3. POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O histórico dos trabalhos referentes à saúde pública no Brasil são anteriores ao reconhecimento internacional do Direito à saúde trazida na Declaração Universal dos Direitos Humanos, da organização das nações unidas em 1948, conforme se observa Mediante o relatado nesse sentido pelo Ministério da Saúde em sua publicação “100 Anos de Saúde Pública”:

Da instalação da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A partir daí iniciou-se uma série de

transformações, ou melhor, foram criados e extintos diversos órgãos de prevenção e controle de doenças, culminando, em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde (2004, p. 11).

Desde o Brasil Colônia até a proclamação do texto constitucional de 1988 foram concebidas inúmeras atividades, das quais serão retratadas neste tópico apenas as mais importantes no concernente a criação de políticas pública de saúde, bem como suas evoluções e os fatos marcantes da história da saúde no Brasil.

Em 1808 foi criada a primeira organização de saúde pública no Brasil e alguns anos depois, logo após a proclamação da independência foram criadas as juntas municipais de saúde no ano de 1828. Nesse sentido também o Ministério da Saúde na obra “100 Anos de Saúde Pública”:

Após a Independência, foi promulgada, em 30 de agosto, a lei de Municipalização dos Serviços de Saúde, que conferiu às Juntas Municipais, então criadas, as funções exercidas anteriormente pelo Físico-Mor, Cirurgião-Mor e seus Delegados. No mesmo ano, ocorreu a criação da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro, subordinada ao Senado da Câmara, sendo em 1833, duplicado o número dos integrantes (2004, p.13).

A revolução industrial ocorrida por volta da segunda metade do século XIX causou grande interferência no histórico da saúde pública. Conforme relatado também na publicação 100 Anos de Saúde Pública do Ministério da Saúde:

A Revolução Industrial determinou uma profunda repercussão na estrutura social da humanidade e sobre a saúde pública. Além disso, a revolução trouxe consequências graves, pois as populações foram deslocadas das pequenas comunidades rurais e trazidas em massa para os centros urbanos em formação, o que criou condições propícias aos graves surtos de doenças epidêmicas (2004, p. 14).

Na década de 1920 houve vários acontecimentos marcantes, como a criação do departamento nacional de saúde pública, e subsequentemente com a implantação da Lei nº 4.682, também conhecida como lei Eloy Chaves foram criadas as caixas de aposentadoria e pensão (CAPs), que embora no seu começo contemplasse apenas os trabalhadores ferroviários, subsequentemente abrangeram também aos marítimos e estivadores. Segundo Martins A.M (2006, p. 19), “O objetivo das CAPs era garantir a aposentadoria dos contribuintes e, gradativamente, desenvolver ações em saúde. Portanto quem fazia parte de uma CAPs mais estruturada tinha uma assistência à saúde mais eficaz”.

Em 1942 ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde, e nessa mesma década foi disseminada a ideia de que a economia se relacionava com a saúde, nesse sentido no livro 100 Anos de Saúde Pública (2004, p. 25); A visão da Funasa: “quanto melhores as condições de saúde da população, tanto maiores seriam as possibilidades econômicas do país”. Assim nasceu um novo conceito sobre a saúde pública e foram gerados: o primeiro Conselho de

Saúde, marco na Saúde Pública moderna, e o Serviço de Assistência Médica Domiciliar sobre o qual Finkelman (2002, p. 237) ressalta que:

Na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensão) e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, através da Lei nº Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953, com regulamentação dada pelo Decreto nº 34.596 de 1953. No entanto, um dos marcos mais relevantes no tocante às políticas de saúde pública ocorreu no ano de 1971 quando segundo o exposto na cartilha 100 anos de Saúde Pública (2004, p. 30): a visão da Funasa ocorreu a “Criação da Central de Medicamentos (CEME) e início da organização do sistema de produção e distribuição de medicamentos essenciais, inclusive produtos imunobiológicos”.

Posteriormente com o Decreto nº 76.307 foi criado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), com o intuito de que os sistemas de saúde se desenvolvessem de forma hierarquizada e descentralizada. Nesse sentido Finkelman (2002, p. 244) afirma:

O Programa reconhecia que a complexidade nosológica de uma comunidade aumenta na medida em que cresce o seu grau de desenvolvimento. Essa circunstância recomenda que os serviços de saúde sejam organizados de forma hierarquizada, descentralizando - para unidades mais simples localizadas na periferia - as ações de saúde de maior frequência e de fácil aplicação, mas centralizando - em locais estratégicos - os recursos e serviços especializados ou de maior porte.

Nas décadas de 1980 e 1990 ocorreram várias mudanças no campo da saúde, dentre elas: o advento da denominada Constituição Cidadã e a VIII Conferência Nacional de Saúde na qual os critérios para criação do SUS que atualmente efetiva a política de saúde pública no Brasil foram estabelecidos, conforme será abordado posteriormente.

3.4. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Adiante será abordado sobre o Sistema Único e Saúde (SUS) conhecido por proporcionar o acesso à saúde a toda população, e para isso se faz necessário explanar os itens referentes à definição, princípios, diretrizes, bem como os níveis de atenção. dentre os quais o nível primário também denominado de atenção básica tem ampla relação com este trabalho uma vez que a Estratégia Programa Saúde da Família se encaixa nesse nível.

3.4.1. Definição de Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde faz parte de um contexto amplo de políticas públicas, pois se encaixa na seguridade social que além das políticas de saúde abrange também as políticas de previdência e assistência social e a partir da sua instituição o Estado assumiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Criado pela Carta Magna de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, o SUS nasceu com o objetivo de modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população porque até então, esta se dividia em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os segurados pela previdência social que tinham direito à saúde pública por serem trabalhadores com carteira assinada e os que não possuíam direito algum, sendo que para os da última categoria, segundo Souza (2002, p. 11):

A chamada assistência médico-hospitalar era prestada à parcela da população definida como indigente por alguns municípios e estados, e principalmente por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha assegurado nenhum direito de acesso a serviços assistências e a assistência que recebia era uma forma de caridade.

Seu histórico começou na década de 80, quando aconteceu em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde na presença de milhares de pessoas dos diversos movimentos sociais e de saúde, trabalhadores, usuários, estudantes, parlamentares e sindicatos, foram debatidos dentre outros temas sobre a criação de um Sistema Único de Saúde. De forma que depois desta conferência, instituiu-se uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária para que as propostas fossem encaminhadas à Assembleia Nacional Constituinte. Nesse sentido na apostila de Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS está descrito que:

Neste novo contexto histórico, realizou-se, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de cinco mil delegados, que aprovaram as bases do que viria a se constituir numa das principais conquistas sociais do período, o Sistema Único de Saúde, marco da construção democrática e participativa das políticas públicas, principal reforma popular e democrática em curso no Estado brasileiro. Esse amplo processo social gerou um fato inédito e singular: a apresentação de texto para a Assembleia Nacional Constituinte, que consagrava a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio de uma emenda popular com mais de cem mil assinaturas. Assim, a participação da sociedade revela-se componente essencial, inerente ao processo da Reforma Sanitária Brasileira e sua marca emblemática (2009, p. 07-08).

Os militantes do movimento sanitário obtiveram êxito e a Constituição Federal de 1988, trouxe em seu corpo a previsão de que o Estado tem o dever de garantir o direito de acesso à saúde para todos mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do

risco de doenças e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. Nesse sentido, Mattos (2001, p. 01) relata:

A constituição de 1988, que se tornou conhecida como a Constituição Cidadã, tem como uma de suas marcas o reconhecimento de muitos direitos de cidadania. A saúde, por exemplo, é reconhecida como direito de todos, e como dever do Estado. De acordo com o texto constitucional, deveria caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas econômicas e sociais voltadas tanto para a ‘redução do risco de doença e de outros agravos, quanto ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Assim, o Sistema Único de Saúde pode ser compreendido como uma nova formulação política e organizacional para reordenar os serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988.

3.4.2. Princípios e diretrizes do SUS

Na Constituição Federal é salientado que são as diretrizes que deverão organizar o SUS, porém na Lei n. 8.080 de 1990 que regulamentou o Sistema Único de Saúde é prescrito que o SUS deve ser organizado mediante os princípios elencados em seu texto e as diretrizes constantes no art. 198 do texto constitucional.

Os princípios se diferem de diretrizes, tanto que no dicionário Houaiss (2001, p. 2.299) da língua portuguesa, princípio é definido como “1. o primeiro momento da existência (de algo), ou de uma ação ou processo; começo, início [...]; 2. o que serve de base a alguma coisa; causa primeira, raiz, razão [...]; 3. ditame moral; regra, lei, preceito”. Enquanto que, diretrizes são definidas também pelo dicionário Houaiss (2001, p. 1.050) como: “1. a linha básica que determina o traçado de uma estrada; 2. esboço, em linhas gerais, de um plano, projeto etc; 3. norma de procedimento, conduta etc; diretiva”.

Sobre as diferenças existentes, no entendimento de Paim (2009, p. 56):

Os 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.

Assim, os princípios do SUS podem ser entendidos como a base ou o alicerce do sistema de saúde brasileiro e são os seguintes: a universalidade, a integralidade e a equidade.

No princípio da universalidade é compreendido o entendimento que todas as pessoas têm direito aos serviços de saúde ofertados pelo SUS, independente de suas características físicas ou patológicas, nesse sentido o ministério da saúde na publicação ABC do SUS:

É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal (1990, p. 4)

O princípio da Integralidade da atenção corresponde à ideia de que da mesma forma que cada pessoa compreende um todo indivisível os serviços prestados pelo SUS também não podem se fragmentar, devendo assim ser fornecido uma assistência integral na proteção e reabilitação da saúde. Inclusive no ponto de vista etimológico é definida da seguinte forma por Christófaros (2008, p. 3):

A palavra integralidade: está inscrita no conjunto de termos que derivam do verbo integrar que, etimologicamente, provém do latim "integer". A palavra inglesa integer (inteiro, em português) tem sua origem linguística alicerçada no latim/hindu: in (não)+tag (tocar). Integralidade vem de Inteiro que significa aquilo que não foi tocado, que não foi quebrado. Uma das traduções em que podemos juntar o sentido de inteiro e integralidade é aquela que refere à ação através da qual as partes se formam de um todo e que de alguma forma desaparecem nesse conjunto.

E finalmente a equidade, é um princípio que tem como objetivo promover a igualdade observando as desigualdades dos indivíduos, ou seja, todos têm direito a saúde, todavia cada um tem uma necessidade diferente, assim a equidade visa garantir as mesmas condições de acesso aos serviços e ações que a pessoa necessite, nos diferentes níveis de complexidades até o limite do que o sistema pode ofertar. No entendimento de Vasconcelos e Pasche (2006, p. 535):

A equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços.

De forma que pode se dizer que os princípios da integralidade, universalidade e equidade constituem pilares doutrinários do Sistema Único de Saúde, uma vez que são contra a política fragmentada, desarticulada, excludente, desigual e discriminatória.

Por sua vez, as diretrizes seriam o que define os rumos, as dinâmicas, as estratégias que organizam o sistema de saúde e determinam a sua rota. Mediante o disposto na legislação do SUS há três diretrizes: a descentralização, a regionalização e hierarquização, e a participação da comunidade.

Na Constituição Federal de 1988 é definido que o SUS deve se organizar a partir da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, ou seja, as responsabilidades referentes às ações e serviços de saúde devem ser distribuídas entre os vários níveis de governo, partindo da ideia de que há mais chance de acertar quanto mais perto do fato a decisão for tomada.

Regionalização e hierarquização significam que os serviços deverão ser prestados em áreas com população delimitada de forma a evitar que uns se sobrecarreguem mais que os outros e os atendimentos também serão organizados por níveis de complexidade, de modo que o acesso da população à rede ocorre através dos serviços de nível primário de atenção, cuja qualificação deve ser o suficiente para resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde e referenciar os casos mais graves para os serviços de nível secundário ou terciário, que possuem maior complexidade tecnológica.

Sobre essa diretriz segundo a cartilha ABC (1990, p. 5) do SUS distribuída pelo ministério da saúde:

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Participação da comunidade compreende o pensamento de que a população poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução. Sendo que essa participação é feita através dos conselhos de saúde, cujas conferências são realizadas com participação de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, e ocorre nas três esferas de governo.

Na cartilha O SUS de A a Z (2009, p. 237) garantindo saúde nos municípios a participação da comunidade é entendida como:

Uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela saúde pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência. Com previsão constitucional e legal, a participação popular confere, à gestão do SUS, realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil. O SUS deve identificar o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado.

Assim, pode se dizer que o Sistema Único de Saúde se insere no contexto das políticas públicas de seguridade social e atua em todo território nacional organizado segundo os princípios e diretrizes.

3.4.3. Níveis de atenção do SUS

O Sistema Único de Saúde visa garantir a todo cidadão o direito à saúde, e para tanto é necessário que os atendimentos sejam embasados na hierarquização das ações e serviços de

saúde por níveis de complexidade. De forma, que o atendimento pelo SUS ocorre em três níveis de atenção denominados de primário, secundário e terciário.

O nível de atenção primária ou básica é de responsabilidade dos governos municipais, e pode ser definido como uma porta de entrada ao SUS onde são realizadas as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde. Um exemplo dessa modalidade é a estratégia saúde da família, no manual sobre o trabalho do agente comunitário de saúde, esse nível é caracterizado como:

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. (2009, p. 18).

O nível de Atenção secundário ou de média complexidade atua no plano das especialidades, ou seja, quando um atendimento necessita de maiores cuidados que os da atenção primária o paciente é encaminhado para os hospitais deste nível que assistem nas especialidades básicas, como: pediatria, clínica médica e ginecologia, serviços de urgência e emergência e ambulatorial. Esse nível de atenção segundo o conselho nacional de secretários de saúde no livro para entender a gestão do SUS é definido como:

O conjunto de procedimentos ambulatoriais de Média Complexidade é composto por aqueles cuja oferta exige profissionais especializados e a incorporação de recursos tecnológicos, e que não são oferecidos em todos os municípios pela equação do custo-benefício ou mesmo pela oferta limitada. (2003, p. 160).

O nível de atenção terciário ou de alta complexidade é destinado às questões de maior complexidade, que necessitam de mais recursos tecnológicos e são de alto custo. São de responsabilidade desse nível, segundo o prescrito no material de apoio do ministério da saúde, SUS de A a Z (2009, p. 27):

Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares e extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.

Para o presente trabalho interessa o nível de atenção primária que abrange a Estratégia Saúde da Família, uma vez que já foi abordado sobre o direito à saúde ser uma obrigação constitucional, e o Sistema Único de Saúde ser uma das políticas públicas que o efetivam, no

próximo capítulo será detalhado sobre a ESF que é uma das ferramentas que o SUS utiliza para a promoção da saúde.

4. DA (IN) EFETIVIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RUBIATABA

Depois de verificado sobre a caracterização do Estado Democrático de Direito e seus princípios que visam à proteção e promoção da saúde, neste capítulo será abordado o conceito e histórico da Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como os seus componentes e funcionamento e finalmente será verificada a sua (in) efetividade no município de Rubiataba-GO, mediante o disposto em textos legais como a Política Nacional de Atenção Básica.

4.1. CONCEITO E HISTÓRICO DA ESF

Como mencionado no capítulo anterior, em 1990 nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), derivado de princípios consagrados na Constituição de 1988 e tendo como objetivo modificar o contexto de desigualdade e tornar acessível o atendimento da saúde pública para a população.

Posteriormente o governo federal através do ministério da saúde criou programas para implantar a atenção básica do sistema único de saúde nos municípios, e dentre eles a que se tornou uma das mais bem sucedidas iniciativas brasileiras na área de atenção primária foi o programa saúde da família e conforme Amorim e Araújo (2004, p. 14): “O PSF iniciou oficialmente no Brasil em 1994, a partir de experiências exitosas, especialmente no estado do Ceará, com o programa de Agentes de Saúde”.

Do mesmo modo que o SUS é uma política pública que nasceu para acabar com a situação de desigualdade, na qual quem não possuía dinheiro nem era segurado da previdência social não tinha acesso à saúde. Também o programa saúde da família que é um instrumento do SUS para propiciar a assistência à saúde, nasceu para suprimir as distinções. Nesse sentido o Ministério da Saúde no livro Memórias da saúde da família no Brasil relata:

O Programa Saúde da Família nasceu da indignação pelo fato de que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde continuava precário ainda em 1993 e cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico nessa época. Essa também foi a mesma razão da existência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. (2010, p. 21)

Assim, o programa saúde da família é uma estratégia de reorientação do modelo de assistência à saúde, no qual equipes multiprofissionais de estratégia da família são implantadas em unidades básicas de saúde e atuam na promoção, prevenção, recuperação e

manutenção da saúde de certa quantidade de famílias em determinada área geográfica. Gil (2005, p. 490) destaca que:

A implantação da Estratégia Saúde da Família vai de encontro ao: Processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Finalmente através da portaria nº 648 de março de 2006 o PSF deixou de ser um programa e se tornou uma estratégia saúde da família, nesse sentido Mandelli (1987, p. 57):

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF fosse à estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Além da expansão do programa essa troca também foi interessante porque o termo programa remete a uma atividade com início, desenvolvimento e final e a ESF é uma estratégia de reorganização da atenção primária na qual não há um tempo para a finalização.

4.2. PRINCÍPIOS DA ESF

A Estratégia Saúde da Família segundo o disposto na portaria 648 de março de 2006 possui cinco princípios gerais nos quais se devem nortear, e são: o caráter substitutivo, a territorialização, o planejamento e programação, a intersetorialidade e o espaço de construção da cidadania. Esses princípios para Souza significam:

Que todas as Unidades Básicas de Saúde sejam responsáveis por um território geográfico onde vive um determinado número de pessoas; Que todas as famílias deste território sejam cadastradas pelas Equipes de Saúde da Família; Que a partir do cadastramento juntamente com as lideranças comunitárias locais, a equipe realize diagnósticos da comunidade que está sob a responsabilidade da equipe, identificando quais as pessoas ou famílias que precisam de atenção especial, seja porque já existe situação de desequilíbrio instalada ou porque estão sujeitas a situações de maior risco de adoecer ou morrer; Priorização da equipe pelas ações programáticas (saúde da mulher, da criança, doenças crônicas- degenerativas, etc.) para o enfrentamento dos problemas identificados; Estabelecer vínculo com a comunidade, propiciando espaço privilegiado para trabalhar a incorporação de hábitos saudáveis, potencializando o enfoque da promoção em todo o processo. Potencializar as parcerias e articulações intersetoriais, uma vez que identifica problemas cuja resolução requer ações que transcendem a responsabilidade única do setor saúde (SOUZA, 2001, p. 46).

Mediante o citado sobre os princípios pode se entender que o caráter substitutivo significa que a organização da ESF e seu atendimento não deve se focar apenas nas

especialidades médicas básicas e nem nas ações puramente curativas. A territorialização é no sentido de que as ações da ESF devem ser realizadas dentro de um território de abrangência definido.

Assim, como o planejamento e a programação compreendem que para que a ESF obtenha êxito em sua assistência à saúde, suas atividades devem ser planejadas e programadas mediante as necessidades da comunidade na qual a estratégia está implantada. A intersetorialidade pode ser considerada como as parcerias entre a ESF e as instituições ou organizações sociais visando promover uma melhor saúde e qualidade de vida para a população. E finalmente o princípio do espaço de construção de cidadania se refere à ESF e deve não só promover a saúde em seu território, como também reafirmar a cidadania.

4.3. OS OBJETIVOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os objetivos gerais são os voltados para a reorientação do modelo de assistência à saúde, nesse sentido segundo o Ministério da Saúde na publicação saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial:

Objetivo geral: Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (1997, p.10).

Enquanto os objetivos específicos são os referentes à qualidade da assistência à saúde, que além de suprir as necessidades da população deve ser feita de forma humanizada. Nesse sentido também no livro Saúde da Família (1997, p. 10), segundo o Ministério da saúde:

Objetivos específicos: I. Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; II. Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; III. Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; IV. Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; V. Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; VI. Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; VII. Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Assim pode se dizer que os objetivos da estratégia saúde da família podem ser gerais ou específicos e visam reorientar o modelo de assistência na saúde da família mediante os princípios do SUS. De modo que as ações de proteção, promoção e prevenção da saúde

oferecida pela ESF são voltadas para toda a família de acordo com as necessidades predominantes.

4.4. ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DA EQUIPE ESF

Para que as ações de promoção e prevenção da saúde na estratégia saúde da família ocorram de forma eficaz, o ministério da saúde definiu as diretrizes nas quais a ESF deverá embasar suas ações, e são as seguintes: caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; adscrição da clientela; cadastramento; instalação das unidades de Saúde da Família; composição das equipes; e atribuições das equipes.

As três primeiras diretrizes conforme o Ministério da Saúde (1997) compreende que a Unidade de Saúde da Família (USF) é o local onde uma equipe multiprofissional realiza a atenção básica mediante atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Pode se dizer que é o primeiro contato entre o indivíduo e o serviço de saúde, e caso necessário será feito o encaminhamento do paciente para outros serviços de saúde de maior complexidade.

De acordo com a diretriz de adscrição da clientela, a USF deve ter uma área de abrangência delimitada, ou seja, em cada unidade pode ter uma ou mais equipe estratégia saúde da família e cada uma se responsabilizar por uma área onde residam no máximo 4.500 habitantes. Nesse sentido o Ministério da Saúde no Manual Saúde da Família (1997, p. 11-12) aborada:

A unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Uma unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local.

O cadastramento é feito durante as visitas domiciliares onde serão identificados em cada família, aspectos como: as condições de moradia, os problemas de saúde, as condições de saneamento dentre outros. Oportuno salientar que o cadastramento também cria um vínculo entre a equipe da USF e a comunidade, gerando efeitos positivos para ambas, uma vez que a partir dessa coleta de dados os profissionais irão planejar as ações a serem desenvolvidas de acordo com as necessidades apresentadas. Conforme o disposto no livro Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde (2012, p. 31):

A etapa inicial do trabalho do ACS é o cadastramento das famílias do seu território de atuação (micro área) com, no máximo, 750 pessoas. Para realizar o cadastramento, é necessário o preenchimento de fichas específicas. O cadastro possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe, tais como a composição familiar, a existência de população indígena, quilombola ou assentada, a escolaridade, o acesso ao saneamento básico, o número de pessoas por sexo e idade, as condições da habitação, o desemprego, as doenças referidas etc.

Quanto à instalação das USF, esta deve ocorrer nos postos, centros ou unidades básicas de saúde que já existam no município, ou caso não houver, em prédios reformados ou construídos mediante a programação municipal. Nesse sentido esclarece o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (2006, p. 13):

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuam as Equipes Saúde da Família (ESF) pode ser o antigo Centro de Saúde reestruturado ou a antiga Unidade Mista, mas, que deverá estar trabalhando dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência.

Quanto à composição das equipes, mediante o disposto no manual intitulado de A Implantação da Unidade de Saúde da Família (2000, p. 15), “É recomendável que a ESF seja composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis Agentes Comunitários de Saúde”. Sendo que as atribuições desses profissionais serão abordadas no próximo tópico.

4.4.1. Atribuições dos profissionais da equipe ESF

Segundo o prescrito na Política Nacional de Atenção Básica (2012) na ESF é imprescindível a existência de uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo que cada ACS deverá acompanhar quantidade inferior a 750 pessoas e o número de ACS suficiente para cobrir toda a população cadastrada não pode ser superior a 12 por equipe de Saúde da Família.

E esses profissionais poderão ser cadastrados somente em uma ESF, com exceção do médico, que poderá atuar em até duas ESF totalizando a carga horária total de 40 horas semanais, sendo que essa carga horária de 40 horas semanais é a prevista para todos os profissionais da equipe de Saúde da Família.

Também conforme já abordado no tópico anterior, a equipe estratégia saúde da família deve ser composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e em média seis agentes comunitários de saúde.

O médico da equipe ESF deve estar preparado para atender a diversos tipos de pessoas com queixas diferentes e suas atribuições mediante o disposto na política nacional de atenção básica são:

I- Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade; II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles; V - Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; VI - Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; e VII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (2012, p. 47-48).

O enfermeiro é um profissional que além de assistir os usuários necessitados de seus cuidados também atuam supervisionam o trabalho dos ACS. Suas atribuições básicas segundo a política nacional de atenção básica são:

I- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e Política Nacional de Atenção Básica 47 VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (2012, p. 46).

Os auxiliares ou técnicos desenvolverão suas atividades tanto na USF quanto em domicílio dependendo do caso, e suas atribuições básicas estão descritas na política nacional de atenção básica e são as seguintes:

I - Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; III - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; IV - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente (2012, p. 47).

Finalmente outro componente fundamental na equipe são os agentes comunitários de saúde, que variam de quatro a seis por equipe, não podendo ultrapassar a quantidade máxima de doze, e cujas atividades são programadas e supervisionadas na USF, mas se desenvolve

nos domicílios que fazem parte de sua micro área. E suas atribuições mediante o disposto na política nacional de atenção básica são:

I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; Política Nacional de Atenção Básica 49 III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês; VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima (2012, p. 49-50).

Destarte, se percebe a preocupação do Ministério da Saúde com a qualidade da prestação de atendimentos ofertados na estratégia saúde da família, tanto que além de definir os componentes da equipe e as atribuições de cada um, em suas várias cartilhas e manuais sobre a atenção básica foi prevista também a figura do acolhimento na demanda espontânea, conforme será visto nos próximos tópicos.

4.4.2. Formas de atendimentos na ESF

A ESF inovou no sentido de ter seu cuidado voltado para a prática preventiva e previamente planejada de acordo com as necessidades enfrentadas pela população adscrita. E essas ações de promoção, proteção e prevenção de saúde na ESF são realizadas através de consultas, visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, e outros procedimentos de enfermagem.

A visita domiciliar tem um papel fundamental no trabalho da ESF, pois através delas, os profissionais da equipe tomam um conhecimento real das condições em que cada família de sua área de abrangência vive e como isso afeta o processo de saúde-doença do paciente. Para Marques e Ferreira (2002, p. 140):

[...] Quando a visita domiciliar é avaliada no âmbito das práticas de saúde pública, observa-se que a sua importância é inquestionável, tanto no diagnóstico de determinados problemas de saúde, como na prevenção e controle de doenças.

As atividades educativas em grupo criam vínculos e motivam os pacientes a continuar o tratamento, uma vez que nesse espaço é ouvido depoimentos de outros indivíduos que enfrentaram as mesmas dificuldades, e as superarão. Para Munari e Fugerato (2003, p. 11):

[...] Tarefa de grupos com esse objetivo, é ajudar as pessoas a alterarem ou buscarem comportamentos mais saudáveis que podem ser aprendidos. São exemplo as pessoas com hipertensão, diabetes, obesidade e outros, que podem através do grupo, não só receberem informações que lhe proporcionem uma atividade mais saudável, mas permite a troca de experiências dentro do grupo.

As consultas por sua vez são o carro chefe da ESF e uma forma de conseguir se consultar é através da demanda espontânea, e a pessoa que procura a demanda espontânea é caracterizada por Dalmaso e Carneiro- Junior (2006, p. 9) como “aquela que procura a unidade básica sem atendimento agendado, ou sem serem especialmente ‘convidada’ pela busca ativa de condições consideradas alvos prioritários das ações de proteção da saúde”.

A problemática reside no fato de que embora a demanda espontânea seja necessária no serviço de saúde, muitas vezes a população cadastrada na unidade procura atendimento nessa modalidade de forma excessiva, o que causa uma sobrecarga na unidade, dificulta e limita o desempenho da equipe de saúde, e é aí que entra o chamado acolhimento.

4.4.2.1. O acolhimento na ESF

Muitas vezes o paciente busca uma consulta na demanda espontânea, mas já tem uma grande quantidade de pacientes aguardando, ao invés dessa pessoa ser descartada na recepção é realizado o acolhimento para verificar a gravidade do caso e se necessário realizar o encaixe ou agendar o atendimento. Nesse sentido Victorino et al (2006, p. 167) reconhece que:

O acolhimento é uma estratégia para modificar o acesso aos serviços de saúde que vem sendo utilizada, heterogeneamente, na Atenção Primária à Saúde em todo o Brasil. Consiste basicamente no encontro do usuário, que não possui consulta previamente agendada, com os trabalhadores da saúde, em um espaço reservado onde se dá a escuta da demanda desse usuário. O acolhimento está assentado em um direito constitucional dos indivíduos, que é o do acesso aos serviços de saúde e, como a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada desse sistema, torna-se necessária uma estratégia que permita um fluxo facilitado das pessoas.

Muitas vezes a pessoa se dirige a unidade com queixas leves ou até mesmo por angústia e solidão, e mais do que atendimento médico ela procura desabafar, porém se na recepção já receber uma negativa os laços de confiança entre o paciente e a ESF serão rompidos, mas se houver o acolhimento, mesmo sendo agendada para um atendimento

posteriormente ela sairá da USF se sentindo bem amparada. Para Fraccolli e Bertolozzi (2001, p. 6):

O acolhimento não se limita ao ato de receber, mas em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Dessa forma, “acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde. (2001, p. 6).

O acolhimento também é conceituado na Política Nacional de Humanização do SUS, como:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (2006, p. 35).

Conforme o disposto, o acolhimento ao usuário consiste na recepção do paciente por um profissional da equipe em uma sala reservada, onde então serão relatadas as queixas e feita uma análise do quadro e dependendo da necessidade será feito o encaminhamento para o serviço cabível ou for tomadas outras medidas.

Assim, após a observação de alguns aspectos da estratégia saúde da família, se faz pertinente partir para a verificação da (in) efetividade da ESF no município de Rubiataba frente o disposto em textos legais.

4.5. A (IN) EFETIVIDADE DA ESF NO MUNICÍPIO DE RUBIATABA

A seguir após a conceituação do vocábulo efetividade, será feita uma análise da efetividade ou (in) efetividade da Estratégia Programa Saúde da Família no âmbito do município de Rubiataba em face da Política Nacional de Atenção Básica.

4.5.1. Conceito de efetividade

Para analisar a (in) efetividade da ESF no município de Rubiataba, primeiro se faz necessário abordar alguns aspectos, dentre eles sobre o que vem a ser a efetividade. Para Barroso (1993, p. 79), “a efetividade significa, portanto, a realização do Direito, o desempenho concreto de sua função social. Ela representa a materialização dos fatos, dos preceitos legais e simboliza a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o dever-ser normativo e o ser da realidade social.” Também nas palavras de Carvalho (2004, p. 72):

A efetividade tem sido um alvo buscado na avaliação de políticas públicas, dada a consciência das desigualdades sociais, pobreza e exclusão que atingem parcela majoritária da população. É possível mesmo dizer que as investigações avaliativas vêm concentrando esforços na busca de correlacionar objetivos, estratégias, conteúdos e resultados com os impactos produzidos, isto é, com o grau de efetividade alcançado.

Assim, verificar a efetividade no âmbito da ESF que é uma política pública, significa analisar se a estratégia saúde da família cumpre com o disposto em textos normativos tais como o plano nacional de atenção básica.

4.5.2. A (in) efetividade da ESF no Município de Rubiataba em face da política nacional de atenção básica

Para a presente verificação de (in) efetividade foram entrevistados os enfermeiros: Eduardo Dionísio Travain (ESF 02), Laiane Mendes Araújo (ESF 10), Luana Barreto Ferreira Molinero (ESF 09), Maria Brunna Fernandes Silva (ESF 07) e Nayane Luzia Badaró (ESF 01), que coordenam cinco das dez equipes existentes no município.

No município de Rubiataba nenhuma das equipes conta com mais de 4.000 pessoas cadastradas. O que vai de acordo com a prescrição da PNAB: “III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição [...]”. (p. 2012).

Também as ACS que são fundamentais para o bom funcionamento da ESF, segundo os entrevistados, nenhuma se responsabiliza por prestar assistência mensal a mais de 750 pessoas, e a quantidade de ACS por equipe é entre seis e oito. E é especificado na PNAB que: “II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe” (2012 p. 55).

As equipes do município são compostas por um médico, um enfermeiro, uma ou duas técnicas de enfermagem e entre seis a oito agentes comunitárias de saúde. Nesse sentido o disposto na PNAB (2012, p. 55) apresenta:

Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Essas equipes também constam no cadastro nacional de estabelecimentos em saúde (CNES) e mediante a disposição da PNAB na ESF deve ser realizado “Cadastro atualizado dos profissionais que compõem a equipe de atenção básica no sistema de cadastro nacional

vigente, de acordo com as normas vigorantes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade” (2012, p. 7).

Cada profissional da estratégia saúde da família de Rubiataba é cadastrado em apenas uma equipe, e no referente à carga horária, os entrevistados afirmaram que todos, incluindo os médicos, cumprem uma jornada de 40 horas semanais de trabalho. O que está de acordo com a PNAB (2012, p. 55-56):

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma ESF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas ESF e com carga horária total de 40 horas semanais; V - Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família [...].

As obrigações da secretaria municipal de saúde para com a estratégia saúde da família, mediante o disposto no plano nacional de atenção, é:

X - Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde; XI - Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas. (2012, p. 33)

Em Rubiataba, os enfermeiros questionados foram unânimes em afirmar que a secretária de saúde costuma fornecer os materiais e equipamentos necessários para as atividades realizadas na unidade, porém as ACS das equipes 01 e 07 apenas não possuem balança para verificar o peso das crianças durante as visitas domiciliares.

Quanto aos ambientes que uma unidade saúde da família necessita para abrigar a estratégia saúde família, segundo prescrições da PNAB (2012, p. 35) são:

[...] 1 Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica; 2 Área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros.

E nas unidades saúde da família que abrigam as cinco equipes mencionadas, os enfermeiros afirmaram possuir todos os ambientes elencados, com exceção da sala de reuniões ou atividades coletiva, que quatro das equipes queixaram não possuir.

Sobre o funcionamento, as equipes realizam atendimentos de segunda a sexta feira, entre as sete horas da manhã e às cinco da tarde, e embora as consultas sejam marcadas entre as sete e oito horas da manhã e doze às treze horas da tarde, os pacientes que chegam em horários diferentes são acolhidos e dependendo do caso recebem atendimento médico

imediatos ou são agendados para retorno em momento posterior. Sobre o acolhimento na PNAB (2012, p. 41):

IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências.

Nos casos em que a pessoa necessite de cuidados, mas não possui condições de se deslocar até a unidade, tanto o médico quanto o enfermeiro realizam visita domiciliar. O que está em conformidade com a PNAB (2012, p. 42): “XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados”.

Cada unidade de saúde no município abriga no máximo duas equipes, e mediante o relatado, são atendidos nos diversos serviços prestados por cada equipe, como: aferição de pressão arterial e glicemia, consultas, curativos, vacinas, e orientações entre 20 a 80 pessoas diariamente.

Assim pode se dizer que a saúde, um dos princípios fundamentais em um Estado Democrático de Direito é efetivada no município de Rubiataba através da Estratégia Saúde da Família, uma vez que é cumprido quase na totalidade o disposto na Política Nacional de Atenção Básica, embora ainda tenha o que melhorar em alguns aspectos, como por exemplo, apenas as equipes 09 e 10 receberam algum tipo de treinamento introdutório sobre a estratégia saúde da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desse trabalho foi verificar a (in) efetividade da estratégia saúde da família no âmbito do município de Rubiataba. Nesse sentido, foi realizada uma análise do disposto em textos legais sobre como deve ser realizado o trabalho de uma equipe ESF, bem como deve ser a estrutura física da unidade que a abriga.

Porém antes de se chegar à constatação final, foram abordados os aspectos que contribuiriam para a obrigatoriedade do Estado em prover o direito a saúde a sua população. O que se deu com a previsão constitucional de que o Brasil se constitui em Estado Democrático de Direito.

Ora, uma característica dessa forma de Estado é o zelo para com os direitos e garantias fundamentais inerentes a dignidade humana, sendo que nenhuma pessoa ou autoridade se eleva frente às leis constitucionais. Destarte, o Brasil enquanto Estado Democrático de Direito deve garantir os direitos fundamentais aos pertencentes de seu território, bem como impossibilitar a violação destes, mesmo que por vontade geral.

Portanto, a dignidade humana na condição de princípio fundamental se torna um dos atributos primordiais na estruturação do Estado Democrático de Direito, sendo que seus valores e bases irão guiar constituinte na elaboração da constituição e das escolhas políticas.

Para uma existência digna a saúde é um pressuposto fundamental, sendo que o direito a saúde encontra previsão nos art. 196 a 200 do capítulo reservado a seguridade social na CF 88 que dispõe sobre a saúde ser direito de todos e dever do Estado, de forma que este deve viabilizar políticas sociais e econômicas voltadas à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

E uma dessas políticas públicas é o Sistema Único de Saúde que pode ser entendido como uma nova formulação política e organizacional para reordenar os serviços e ações de saúde e cujas ações e serviços de saúde são hierarquizados por níveis de complexidade. De forma, que o atendimento pelo SUS ocorre em três níveis de atenção denominados de primário, secundário e terciário.

O nível de atenção primária é a porta de entrada no sistema de saúde e abrange a Estratégia Saúde da Família que foi implantada reorientar o modelo de assistência na saúde da família mediante os princípios do SUS. De modo que as ações de proteção, promoção e prevenção da saúde oferecida pela ESF são voltadas para toda a família de acordo com as necessidades predominantes.

A composição da equipe estratégia saúde da família, bem como as demais regulamentações pertinentes ao seu bom funcionamento estão dispostas nos manuais e cartilhas do ministério da saúde, bem como na lei nº 8080 e na política nacional de atenção básica.

Sendo que foi mediante análise comparativa entre a política nacional de atenção básica e relatos de profissionais de algumas equipes do referido município que é que se chegou a conclusão da efetividade da estratégia saúde da família no município de Rubiataba.

Ao longo deste trabalho surgiram novas possibilidades que não foram desenvolvidas, pois tornariam este trabalho muito extenso, mas seria interessante para o desenvolvimento de um próximo estudo, uma delas seria a verificação da efetividade da estratégia saúde da família com base na percepção dos usuários cadastrados nas unidades de Rubiataba.

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. C. C.; ARAÚJO, M. R. N. **Legislação Básica: Saúde da Família**. Montes Claros; Unimontes, 1edição. 2004.

BARROSO, Luís Roberto. **O Direito Constitucional e a efetividade de suas normas - limites e possibilidades da constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Renovar, 2 ed. 1993.

BITENCOURT NETO, Eurico. **O direito ao mínimo para uma existência digna**. Porto Alegre: Livraria do advogado Editora, 2010.

BOBBIO, Noberto. **A Era dos Direitos**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

_____. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Malheiros, 1993.

_____. **Curso de Direito Constitucional**. 19 ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2006.

_____. **Curso de Direito Constitucional**. 9 ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

_____. **Curso de Direito Constitucional**. 28 ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

BONAVIDES, Paulo; MIRANDA, Jorge; AGRA, Walber de Moura. **Comentários à Constituição Federal de 1988**. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2009.

BRASIL. **abc do SUS: doutrinas e princípios/ secretaria nacional de assistência à saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 1990.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura física das Unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS.** Documento Base. 3 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição.** 3 ed. Coimbra: Almedina, 1999.

CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. **A integralidade e a competência coletiva** como significados e rumos para a transformação do cuidado em saúde como prática social. Brasília: UNB, 2008.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de Teoria Geral do Estado.** São Paulo: Saraiva, 1983.

DALMASO, Ana Silvia Whitaker; CARNEIRO, Junior N. **Atenção à demanda espontânea:** considerações sobre a organização do trabalho na atenção primária em saúde. 2006

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; BERTOLOZZI, Maria. R. **Abordagem do Processo Saúde doença das famílias e do coletivo.** In: Manual de enfermagem Programa de Saúde da Família/Instituto para desenvolvimento da saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

HÄBERLE, Peter. **A dignidade humana como fundamento da comunidade estatal.** In: Dimensões da dignidade humana: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional. Trad. Ingo Wolfgang Sarlet et al. 2 ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

HONESKO, Raquel Schlommer. **Discussão Histórico-Jurídica sobre as Gerações de Direitos Fundamentais:** a Paz como Direito Fundamental de Quinta Geração. In Direitos Fundamentais e Cidadania. FACHIN, Zulmar (coordenador). São Paulo: Método, 2008.

HOUAISS, A. & VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUBERMAN, Leo. **História da Riqueza do Homem.** 21 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1986.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes e Outros Escritos.** Trad. Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Claret, 2004.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado.** 10 ed. São Paulo: Método, 2006.

LOPES, Júlio Aurélio Vianna, **Lições de Direito Constitucional,** Rio de Janeiro: Forense, 2001.

MANDELLI, Marcos Jose; FEKETE, Maria Christina. **A Administração Estratégica em Unidade de Saúde**. In. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde. Brasília: OPAS/OMS, 1987.

MARQUES, Rafael da Silva. **Valor social do trabalho, na ordem econômica, na Constituição brasileira de 1988**. São Paulo: LTR, 2007.

MARQUES, Patrícia Figueiredo; FERREIRA, Silvia Lúcia. **O domicílio como espaço de práticas de saúde**: reflexões a partir dos programas de saúde da mulher. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v.10, n.2, maio/ago.2002.

MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais**. São Paulo: Altas, 2008.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da seguridade social**. São Paulo: Atlas, 19 ed. 2003, p. 43.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001.

MEDEIROS, Fernanda Luiza Fontoura de. **Meio ambiente**: direito e dever fundamental. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

MENDES, Gilmar Ferreira, COELHO, Inocêncio Mártires, BRANCO, Paulo Gustavo. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva: 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – **Participa SUS**. 2 ed. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **100 Anos de Saúde Pública**: A visão da Funasa. 1 ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 30 ed., São Paulo: Atlas, 2014.

MOREIRA, Lenice Silveira. **O Princípio Constitucional da Dignidade Humana**: Um olhar conforme a Epistemologia da Complexidade. Revista Jurídica da FAL, V2, N. 2. Natal, 2006.

MUNARI, Denize Bouttelet; FUGERATO, Antônia Regina Ferreira. **Enfermagem e grupos**. 2 ed. Goiânia: AB, 2003

NEGRI, Barjas. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime, 2002.

NETO, Milton Menezes da Costa: **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PONTES, Ana Paula Munhen de; OLIVEIRA, Denize Cristina de; CESSO, Rachel Garcia Dantas; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. **O Princípio da Universalidade do Acesso aos Serviços de Saúde: o que pensam os usuários.** 2009.

ROSA, Alexandre Moraes da; LINHARES, José Manuel Aroso. **Diálogos com a Law & Economics.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais.** 2ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Departamento das Ações e Serviços de Saúde. **Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde - Parauapebas PA.** Junho – 2012

SILVA, José Afonso. **Comentário Contextual à Constituição.** São Paulo: Editora Malheiros, 2006.

_____. **Curso de direito constitucional.** 22 ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

_____. **Curso Direito Constitucional Positivo.** São Paulo: Malheiros, 1994.

_____. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 28 ed. Brasil: Malheiros, 2007.

_____. **Curso de direito constitucional positivo.** 35 ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

SILVA, Plácido e. **Vocabulário Jurídico.** 12. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 1993.

SOARES, Mário Lúcio Quintão. **Teoria do Estado: o substrato clássico e os novos paradigmas como pré-compreensão para o direito constitucional.** Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

SOUZA, M. F. **A Cor-agem do PSF.** São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Brasília. Ed. MS, 2002.

STRECK, Lênio Luiz; MORAIS, José Luís Bolzan. **Ciência Política e Teoria Geral do Estado.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

VICTORINO, C. A. et al **Descrição da demanda espontânea** na UBS Milton Santos no ano de 2004. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 8º Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2, 2006, São Paulo. Anais de 15 a 18/6/2006.

Endereços eletrônicos:

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constuicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 15 de maio de 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967**. Brasília: Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc01-69.htm> Acesso em: 19 de abril de 2016.

BRASIL. **Decreto-lei** nº 3.171, DE 2 DE ABRIL DE 1941. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del3171.htm>. Acesso em: 16-05-2016.

BRASIL. **Decreto-lei** nº 19.402, de 14 de Novembro de 1930. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 16-04-2016.

BRASIL. ministério da saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** /Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. Ed. Brasília; Editora do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.bvsmis.saude.gov.br>>. Acesso em 19 de maio de 2016.

BRASIL. **Roteiro para apuração dos principais benefícios previdenciários**. Disponível em: <<http://www.df.trf1.gov.br>, link Juizados Especiais: SJDF, 17/06/2003>. Acesso em: 21 de abril 2016.

CANOTILHO, Joaquim José Gomes – **Estado de direito**. Disponível em: <<http://www.libertarianismo.org/livros/jjgcoedd.pdf>>. Acesso em 16 de maio de 2016

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Avaliação de projetos sociais**. Disponível em: <<http://www.aidsalliance.org/apoioong/resources/0202088p04.pdf>>. Acesso em: 5 de maio de 2016.

FINKELMAN, J. org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 24 de abril de 2016.

GIL, Celia Regina Rodrigues. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (2): 490- 498 mar-abr, 2005. Disponível em: < www.scielosp.org/pdf/csp/v21n2/15.pdf > Acesso em: 05 de maio de 2016.

MARTINS, André Amorim. **A integralidade nas políticas públicas de saúde brasileira**. 2006. 38 f. Monografia – Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: < <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/63.pdf>>. Acesso em: 18 de maio. 2016.

RIBEIRO, Weslley Carlos; JULIO, Renata Siqueira. **Direito e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras**. Novos Estudos Jurídicos – Disponível em: <<http://www.siaiweb06.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/2768>>. Acesso em: 15 abr.2016

SILVA, Guilherme A.P. **A técnica da ponderação** – uma (re) leitura a partir da colisão de princípios fundamentais na tutela aquiliana dos direitos de personalidade. X Salão de Iniciação Científica PUCRS, 2009. Disponível em <<http://www.pucrs.br/edipucrs>>. Acesso em 16 de abril de 2016

ANEXOS

Declaração-Termo de Concordância

Declaro para os devidos fins que participei de entrevista, do tipo (questionário) com a acadêmica do curso de direito da FACER-UniEVANGÉLICA, Darlene Ferreira Guimarães, para fins de pesquisa de campo, integrante do trabalho de conclusão de curso (TCC) da mesma.

Autorizo a utilização das respostas informadas no trabalho da referida acadêmica.

Rubiataba-GO, 18 de maio de 2016.

Maria Brunna Fernandes Felix

DECLARAÇÃO DE REVISÃO ORTOGRÁFICA

Eu, Marleides de Oliveira Mendes, portadora da carteira de identidade nº 1772696 SSP-GO, graduada em Letras Modernas pela FAFISP, de Ceres-Go, Registro de Licenciatura Plena nº 9400216, declaro que realizei as correções ortográficas e gramaticais da monografia intitulada: “O ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO E A (IN) EFETIVIDADE DA ESTRATÉGIA PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RUBIATABA”, da acadêmica **Darlene Ferreira Guimarães**, do curso de Direito da FACER - Faculdade de Ciências e Educação de Rubiataba.

Por ser verdade, firmo a presente.

Rubiataba, 10 de junho de 2016.

Marleides de Oliveira Mendes
Marleides de Oliveira Mendes

Declaração-Termo de Concordância

Declaro para os devidos fins que participei de entrevista, do tipo (questionário) com a acadêmica do curso de direito da FACER-UniEVANGÉLICA, Darlene Ferreira Guimarães, para fins de pesquisa de campo, integrante do trabalho de conclusão de curso (TCC) da mesma.

Autorizo a utilização das respostas informadas no trabalho da referida acadêmica.

Rubiataba-GO, 18 de maio de 2016.

Eduardo D. Teodoro

12 - Quando alguma pessoa doente se encontra impossibilitada de deslocar até o posto de saúde, o médico ou o enfermeiro realizam visita domiciliar?

Sim. Tanto o médico quanto o enfermeiro. () apenas o médico da ESF.
() apenas o enfermeiro da ESF. () não há visitas domiciliar.

13 - Em caso de necessidade o agente comunitário de saúde pode agendar consultas?

SIM () NÃO. Motivo:

14 - As pessoas precisam enfrentar filas para receber atendimento?

() NÃO. SIM. Motivo: *Atendimento adiantado*

15 - Quando o paciente precisasse outro tipo de atendimento, a equipe de saúde da família faz o encaminhamento para realização de exames e tratamentos?

SIM. () NÃO.

16 - Quando algum membro da equipe de saúde da família visita a família, o profissional pergunta sobre as condições de saúde de todos?

SIM. () NÃO.

17 - O médico do PSF atende por 40 horas semanais?

() SIM. NÃO. Motivo:

18 - O enfermeiro do PSF atende por 40 horas semanais?

() SIM. NÃO.

19 - Algum médico ou enfermeiro do PSF trabalha em dois municípios ao mesmo tempo?

NÃO. () SIM. Descreva o nome do profissional e o(s) município(s) em que trabalha:

20 - A população se queixa a respeito da qualidade do atendimento prestado pela equipe da ESF?

NÃO. () SIM. Motivo:

21 - O atendimento é realizado em quais turnos?

Manhã Tarde () Noite

22 - Esta unidade de saúde funciona no horário de almoço (12h às 14h)?

Sim () Não

23 - Esta unidade funciona aos finais de semana?

() Sim Não

24 - Há horários certos para marcar as consultas?

Sim () Não

Em caso afirmativo há cartazes informando? *Sim. Em caso de urgência o paciente é atendido em qualquer horário (atendimento)*

21 - Quantos pacientes são atendidos diariamente? *76*

22 - há quantas equipes na UBS? *02*

45F.02

| |
|---|
| Entrevistado: <i>Eduardo Diomício Trassan</i> |
| Cargo: <i>Enfermeiro</i> |
| Data: <i>23/05/86.</i> |

QUESTIONÁRIO:

- 1 - A equipe da ESF está implantada e é responsável, no máximo, por 4.000 habitantes?
 SIM.
 NÃO. Atende a quantos habitantes? (aproximadamente).....
- 2 - A equipe da ESF contém: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde?
 SIM.
 NÃO. Descreva os profissionais que compõem a equipe:
.....
..
- 3 - Os profissionais da ESF constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) - ?
 SIM. NÃO.
- 4 - Há algum ACS que é responsável por mais de 750 pessoas?
 NÃO. SIM. Por quantas?.....
- 5 - A equipe da ESF recebeu treinamento introdutório sobre a estratégia?
 SIM. NÃO.
- 6 - A equipe de saúde da família realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com a saúde e medidas sanitárias?
 SIM.
 NÃO. Comente:.....
- 8 - A Unidade Básica de Saúde (UBS) da ESF possui infraestrutura adequada (equipamentos necessários, banheiros limpos, paredes sem mofo, consultório médico com lavabo, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinas, espaço para reuniões, sala de espera etc)?
 SIM
 NÃO. Por qual motivo:.....
- 9 - A equipe de saúde da família dispõe de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades?
 SIM. NÃO. Motivo?.....
- 10 - Os agentes comunitários de saúde dispõem de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades? (tais como: meios de locomoção, uniforme, balanças e demais equipamentos, que devem ser fornecidos pela secretaria municipal de saúde)
 SIM. NÃO. Motivo?
- 11 - Os agentes comunitários de saúde visitam, no mínimo, mensalmente, as famílias da comunidade?
 SIM. NÃO. COM QUE FREQUÊNCIA?.....

Declaração-Termo de Concordância

Declaro para os devidos fins que participei de entrevista, do tipo (questionário) com a acadêmica do curso de direito da FACER-UniEVANGÉLICA, Darlene Ferreira Guimarães, para fins de pesquisa de campo, integrante do trabalho de conclusão de curso (TCC) da mesma.

Autorizo a utilização das respostas informadas no trabalho da referida acadêmica.

Rubiataba-GO, 18 de maio de 2016.

Laiane Mendes Araújo

PSF.07

| |
|--|
| Entrevistado: <i>Maria Bruna Fernandes Silva</i> |
| Cargo: <i>Enfermeira</i> |
| Data: <i>23.05.16</i> |

QUESTIONÁRIO:

1 - A equipe da ESF está implantada e é responsável, no máximo, por 4.000 habitantes?

SIM.

NÃO. Atende a quantos habitantes? (aproximadamente).....

2 - A equipe da ESF contém: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde?

SIM.

NÃO. Descreva os profissionais que compõem a equipe:

.....

3 - Os profissionais da ESF constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) - ?

SIM.

NÃO.

4 - Há algum ACS que é responsável por mais de 750 pessoas?

NÃO. SIM. Por quantas?.....

5 - A equipe da ESF recebeu treinamento introdutório sobre a estratégia?

SIM NÃO.

6 - A equipe de saúde da família realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com a saúde e medidas sanitárias?

SIM.

NÃO. Comente:.....

8 - A Unidade Básica de Saúde (UBS) da ESF possui infraestrutura adequada (equipamentos necessários, banheiros limpos, paredes sem mofo, consultório médico com lavabo, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinas, espaço para reuniões, sala de espera etc)?

SIM.

NÃO. Por qual motivo:.....

9 - A equipe de saúde da família dispõe de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades?

SIM. NÃO. Motivo?.....

10 - Os agentes comunitários de saúde dispõem de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades? (tais como: meios de locomoção, uniforme, balanças e demais equipamentos, que devem ser fornecidos pela secretaria municipal de saúde)

SIM. NÃO. Motivo? *Os ACS não possuem balanças, e demais itens.....*

11 - Os agentes comunitários de saúde visitam, no mínimo, mensalmente, as famílias da comunidade?

SIM. NÃO. COM QUE FREQUÊNCIA?.....

12 - Quando alguma pessoa doente se encontra impossibilitada de deslocar até o posto de saúde, o médico ou o enfermeiro realizam visita domiciliar?

Sim. Tanto o médico quanto o enfermeiro. apenas o médico da ESF.
 apenas o enfermeiro da ESF. não há visitas domiciliar.

13 - Em caso de necessidade o agente comunitário de saúde pode agendar consultas?

SIM. NÃO. Motivo:

14 - As pessoas precisam enfrentar filas para receber atendimento?

NÃO. SIM. Motivo: *filas para alta para atendimento.*

15 - Quando o paciente precisa de outro tipo de atendimento, a equipe de saúde da família faz o encaminhamento para realização de exames e tratamentos?

SIM. NÃO.

16 - Quando algum membro da equipe de saúde da família visita a família, o profissional pergunta sobre as condições de saúde de todos?

SIM. NÃO.

17 - O médico do PSF atende por 40 horas semanais?

SIM. NÃO. Motivo:

18 - O enfermeiro do PSF atende por 40 horas semanais?

SIM. NÃO.

19 - Algum médico ou enfermeiro do PSF trabalha em dois municípios ao mesmo tempo?

NÃO. SIM. Descreva o nome do profissional e o(s) município(s) em que trabalha:

20 - A população se queixa a respeito da qualidade do atendimento prestado pela equipe da ESF?

NÃO. SIM. Motivo:

21 - O atendimento é realizado em quais turnos?

Manhã Tarde Noite

22 - Esta unidade de saúde funciona no horário de almoço (12h às 14h)?

Sim Não

23 - Esta unidade funciona aos finais de semana?

Sim Não

24 - Há horários certos para marcar as consultas?

Sim Não

Em caso afirmativo há cartazes informando? *Não*

21 - Quantos pacientes são atendidos diariamente? *Arroximadamente 80 pessoas*

22 - há quantas equipes na UBS? *2*

DSFA

| | |
|---------------|------------------------------|
| Entrevistado: | <i>Áurea Barros Lourenço</i> |
| Cargo: | <i>Enfermeira</i> |
| Data: | <i>10/05/16</i> |

QUESTIONÁRIO:

1 - A equipe da ESF está implantada e é responsável, no máximo, por 4.000 habitantes?

SIM.

NÃO. Atende a quantos habitantes? (aproximadamente).....

2 - A equipe da ESF contém: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde?

SIM.

NÃO. Descreva os profissionais que compõem a equipe:

3 - Os profissionais da ESF constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) -?

SIM.

NÃO.

4 - Há algum ACS que é responsável por mais de 750 pessoas?

NÃO. SIM. Por quantas?.....

5 - A equipe da ESF recebeu treinamento introdutório sobre a estratégia?

SIM. NÃO.

6 - A equipe de saúde da família realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com a saúde e medidas sanitárias?

SIM.

NÃO. Comente:.....

8 - A Unidade Básica de Saúde (UBS) da ESF possui infra-estrutura adequada (equipamentos necessários, banheiros limpos, paredes sem mofo, consultório médico com lavabo, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinas, espaço para reuniões, sala de espera etc)?

SIM.

NÃO. Por qual motivo:.....

9 - A equipe de saúde da família dispõe de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades?

SIM. NÃO. Motivo?.....

10 - Os agentes comunitários de saúde dispõem de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades? (tais como: meios de locomoção, uniforme, balanças e demais equipamentos, que devem ser fornecidos pela secretaria municipal de saúde)

SIM. NÃO. Motivo?.....

11 - Os agentes comunitários de saúde visitam, no mínimo, mensalmente, as famílias da comunidade?

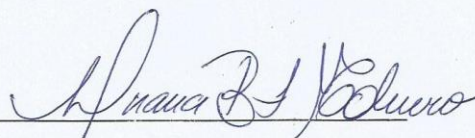
SIM. NÃO. COM QUE FREQUÊNCIA?.....

Declaração-Termo de Concordância

Declaro para os devidos fins que participei de entrevista, do tipo (questionário) com a acadêmica do curso de direito da FACER-UniEVANGÉLICA, Darlene Ferreira Guimarães, para fins de pesquisa de campo, integrante do trabalho de conclusão de curso (TCC) da mesma.

Autorizo a utilização das respostas informadas no trabalho da referida acadêmica.

Rubiataba-GO, 18 de maio de 2016.



12 - Quando alguma pessoa doente se encontra impossibilitada de deslocar até o posto de saúde, o médico ou o enfermeiro realizam visita domiciliar?

Sim. Tanto o médico quanto o enfermeiro. () apenas o médico da ESF.
() apenas o enfermeiro da ESF. () não há visitas domiciliar.

13 - Em caso de necessidade o agente comunitário de saúde pode agendar consultas?

SIM. () NÃO. Motivo:

14 - As pessoas precisam enfrentar filas para receber atendimento?

() NÃO. SIM. Motivo:

15 - Quando o paciente precisa de outro tipo de atendimento, a equipe de saúde da família faz o encaminhamento para realização de exames e tratamentos?

SIM. () NÃO.

16 - Quando algum membro da equipe de saúde da família visita a família, o profissional pergunta sobre as condições de saúde de todos?

SIM. () NÃO.

17 - O médico do PSF atende por 40 horas semanais?

SIM. () NÃO. Motivo:

18 - O enfermeiro do PSF atende por 40 horas semanais?

SIM. () NÃO.

19 - Algum médico ou enfermeiro do PSF trabalha em dois municípios ao mesmo tempo?

NÃO. () SIM. Descreva o nome do profissional e o(s) município(s) em que trabalha:
.....

20 - A população se queixa a respeito da qualidade do atendimento prestado pela equipe da ESF?

NÃO. () SIM. Motivo:

21 - O atendimento é realizado em quais turnos?

Manhã Tarde () Noite

22 - Esta unidade de saúde funciona no horário de almoço (12h às 14h)?

Sim () Não

23 - Esta unidade funciona aos finais de semana?

() Sim Não

24 - Há horários certos para marcar as consultas?

Sim () Não

Em caso afirmativo há cartazes informando? *Sim*

21 - Quantos pacientes são atendidos diariamente? *Aproximadamente 20 a 25 ptes, depende da demanda.*

22 - há quantas equipes na UBS? *Quas equipes*

| | | |
|---------------|----------------------------|---------|
| Entrevistado: | <i>Jaime Mendes Araújo</i> | PSF: 10 |
| Cargo: | <i>Enfermeiro</i> | |
| Data: | <i>23/05/16</i> | |

QUESTIONÁRIO:

1 - A equipe da ESF está implantada e é responsável, no máximo, por 4.000 habitantes?

SIM.

NÃO. Atende a quantos habitantes? (aproximadamente).....

2 - A equipe da ESF contém: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde?

SIM.

NÃO. Descreva os profissionais que compõem a equipe:

..... *ACS - 08*

..

3 - Os profissionais da ESF constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) - ?

SIM.

NÃO.

4 - Há algum ACS que é responsável por mais de 750 pessoas?

NÃO. SIM. Por quantas?.....

5 - A equipe da ESF recebeu treinamento introdutório sobre a estratégia?

SIM. NÃO.

6 - A equipe de saúde da família realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com a saúde e medidas sanitárias?

SIM.

NÃO. Comente:.....

8 - A Unidade Básica de Saúde (UBS) da ESF possui infra-estrutura adequada (equipamentos necessários, banheiros limpos, paredes sem mofo, consultório médico com lavabo, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinas, espaço para reuniões, sala de espera etc)?

SIM

NÃO. Por qual motivo:..... *A unidade não possui sede própria, utilizando a da unidade. O q/n disponível de espaço pl reuniões e sala de espera*

9 - A equipe de saúde da família dispõe de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades?

SIM. NÃO. Motivo?.....

10 - Os agentes comunitários de saúde dispõem de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades? (tais como: meios de locomoção, uniforme, balanças e demais equipamentos, que devem ser fornecidos pela secretaria municipal de saúde)

SIM. NÃO. Motivo?.....

11 - Os agentes comunitários de saúde visitam, no mínimo, mensalmente, as famílias da comunidade?

SIM. NÃO. COM QUE FREQUÊNCIA?.....

12 - Quando alguma pessoa doente se encontra impossibilitada de deslocar até o posto de saúde, o médico ou o enfermeiro realizam visita domiciliar?

Sim. Tanto o médico quanto o enfermeiro. apenas o médico da ESF.
 apenas o enfermeiro da ESF. não há visitas domiciliar.

13 - Em caso de necessidade o agente comunitário de saúde pode agendar consultas?

SIM. NÃO. Motivo:

14 - As pessoas precisam enfrentar filas para receber atendimento?

NÃO. SIM. Motivo: *serviço Odontológico - agendado*

15 - Quando o paciente precisa de outro tipo de atendimento, a equipe de saúde da família faz o encaminhamento para realização de exames e tratamentos?

SIM. NÃO.

16 - Quando algum membro da equipe de saúde da família visita a família, o profissional pergunta sobre as condições de saúde de todos?

SIM. NÃO.

17 - O médico do PSF atende por 40 horas semanais?

SIM. NÃO. Motivo:

18 - O enfermeiro do PSF atende por 40 horas semanais?

SIM. NÃO.

19 - Algum médico ou enfermeiro do PSF trabalha em dois municípios ao mesmo tempo?

NÃO. SIM. Descreva o nome do profissional e o(s) município(s) em que trabalha:

Profissional médico - Ceres, UPA

20 - A população se queixa a respeito da qualidade do atendimento prestado pela equipe da ESF?

NÃO. SIM. Motivo:

21 - O atendimento é realizado em quais turnos?

Manhã Tarde Noite

22 - Esta unidade de saúde funciona no horário de almoço (12h às 14h)?

Sim Não

23 - Esta unidade funciona aos finais de semana?

Sim Não

24 - Há horários certos para marcar as consultas?

Sim Não

Em caso afirmativo há cartazes informando? *Sim. Em caso de urgência, paciente é atendido independente do horário.*

21 - Quantos pacientes são atendidos diariamente? *75 pacientes*

22 - há quantas equipes na UBS? *02*

Declaração-Termo de Concordância

Declaro para os devidos fins que participei de entrevista, do tipo (questionário) com a acadêmica do curso de direito da FACER-UniEVANGÉLICA, Darlene Ferreira Guimarães, para fins de pesquisa de campo, integrante do trabalho de conclusão de curso (TCC) da mesma.

Autorizo a utilização das respostas informadas no trabalho da referida acadêmica.

Rubiataba-GO, 18 de maio de 2016.

Nayane Luzia Badaró

Nayane Luzia Badaró
Enfermeira
COREN 383.429

PSF: 01

| |
|---|
| Entrevistado: <i>Mayumi Kuza Badaro</i> |
| Cargo: <i>Enfermeira</i> |
| Data: <i>19.05.16.</i> |

QUESTIONÁRIO:

1 - A equipe da ESF está implantada e é responsável, no máximo, por 4.000 habitantes?

SIM.

NÃO. Atende a quantos habitantes? (aproximadamente)

2 - A equipe da ESF contém: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde?

SIM.

NÃO. Descreva os profissionais que compõem a equipe: *6*

3 - Os profissionais da ESF constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) -?

SIM.

NÃO.

4 - Há algum ACS que é responsável por mais de 750 pessoas?

NÃO. SIM. Por quantas?

5 - A equipe da ESF recebeu treinamento introdutório sobre a estratégia?

SIM. NÃO.

6 - A equipe de saúde da família realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com a saúde e medidas sanitárias?

SIM.

NÃO. Comente:

8 - A Unidade Básica de Saúde (UBS) da ESF possui infra-estrutura adequada (equipamentos necessários, banheiros limpos, paredes sem mofo, consultório médico com lavabo, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinas, espaço para reuniões, sala de espera etc)?

SIM

NÃO. Por qual motivo: *Não temos sala de reunião.*

9 - A equipe de saúde da família dispõe de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades?

SIM. NÃO. Motivo?

10 - Os agentes comunitários de saúde dispõem de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades? (tais como: meios de locomoção, uniforme, balanças e demais equipamentos, que devem ser fornecidos pela secretaria municipal de saúde)

SIM. NÃO. Motivo? *falta balanças*

11 - Os agentes comunitários de saúde visitam, no mínimo, mensalmente, as famílias da comunidade?

SIM. NÃO. COM QUE FREQUÊNCIA?

12 - Quando alguma pessoa doente se encontra impossibilitada de deslocar até o posto de saúde, o médico ou o enfermeiro realizam visita domiciliar?

Sim. Tanto o médico quanto o enfermeiro. () apenas o médico da ESF.
() apenas o enfermeiro da ESF. () não há visitas domiciliares.

13 - Em caso de necessidade o agente comunitário de saúde pode agendar consultas?

SIM () NÃO. Motivo:

14 - As pessoas precisam enfrentar filas para receber atendimento?

() NÃO SIM. Motivo: *Depende da demanda.*

15 - Quando o paciente precisa de outro tipo de atendimento, a equipe de saúde da família faz o encaminhamento para realização de exames e tratamentos?

SIM () NÃO.

16 - Quando algum membro da equipe de saúde da família visita a família, o profissional pergunta sobre as condições de saúde de todos?

SIM () NÃO.

17 - O médico do PSF atende por 40 horas semanais?

SIM () NÃO. Motivo:

18 - O enfermeiro do PSF atende por 40 horas semanais?

SIM () NÃO.

19 - Algum médico ou enfermeiro do PSF trabalha em dois municípios ao mesmo tempo?

NÃO () SIM. Descreva o nome do profissional e o(s) município(s) em que trabalha:

20 - A população se queixa a respeito da qualidade do atendimento prestado pela equipe da ESF?

NÃO () SIM. Motivo:

21 - O atendimento é realizado em quais turnos?

Manhã Tarde () Noite

22 - Esta unidade de saúde funciona no horário de almoço (12h às 14h)?

Sim () Não

23 - Esta unidade funciona aos finais de semana?

() Sim Não

24 - Há horários certos para marcar as consultas?

Sim () Não

Em caso afirmativo há cartazes informando? *Sim! Há cartazes informativos*

21 - Quantos pacientes são atendidos diariamente? *Normalmente são atendidos*

22 - há quantas equipes na UBS? *Há 2 equipes 30 pacientes*