



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE
CURSO DE GESTÃO PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO
REGIONAL**

FABIANA LETÍCIA COSTA DE SOUSA

**GESTÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB
A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
DE SANTARÉM**

**SANTARÉM
2022**

FABIANA LETÍCIA COSTA DE SOUSA

**GESTÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB
A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
DE SANTARÉM**

Monografia apresentada no Instituto de Ciências da Sociedade da UFOPA como requisito básico para conclusão do Curso de Gestão Pública e Desenvolvimento Regional

Orientadora: Dr^a Inailde Almeida

**SANTARÉM
2022**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) Sistema Integrado Bibliotecas – SIBI/UFOPA

S725g Sousa, Fabiana Letícia Costa de

Gestão da saúde: um estudo da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde de Santarém / Fabiana Letícia Costa de Sousa – Santarém, 2022.

57 f.: il.

Orientadora: Inailde Almeida

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Ciências da Sociedade, Curso de Gestão Pública e Desenvolvimento Regional.

1. gestão da saúde pública. 2. Unidade Básica de Saúde. 3. Estratégia de Saúde da Família. 4. Profissionais de Saúde. I. Almeida, Inailde, *orient.* II. Título

CDD: 23 ed. 614.098115

Bibliotecária - documentalista: Mary Caroline Santos Ribeiro – CRB-2/566

FABIANA LETÍCIA COSTA DE SOUSA

**GESTÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SANTARÉM**

Monografia apresentada no Instituto de
Ciências da Sociedade da UFOPA como
requisito básico para conclusão do Curso de
Gestão Pública e Desenvolvimento Regional

Orientadora: Dr.^a Inailde Almeida

Conceito:

Data de Aprovação: ____/____/____

Dr.^a Inailde Corrêa de Almeida – Orientadora
(UFOPA)

Dr.^a Giselle Alves Silva - Avaliadora
(UFOPA)

Dr.^a Antônia Socorro Pena da Gama – Avaliadora
(UFOPA)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE
PROGRAMA DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
CURSO DE BACHARELADO EM GESTÃO PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

ATA DE DEFESA PÚBLICA DE MONOGRAFIA DO CURSO DE BACHARELADO EM GESTÃO PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

No décimo nono dia do mês de julho de dois mil e vinte e dois, às 09 horas e 00 minutos, realizou-se a Defesa Pública *on-line*, por meio da plataforma Google meet (link: meet.google.com/qcz-scth-qik), da Monografia do(a) acadêmico(a) **FABIANA LETÍCIA COSTA DE SOUSA** (matrícula: 201800829), intitulada “Gestão da Saúde: Estudo de caso nas unidades básicas de saúde de Santarém”, sob orientação do(a) Prof.(a) Dr^a Inailde Corrêa de Almeida que compôs a banca examinadora com os professores Dr^a Giselle Alves Silva e Dr^a Antônia Do Socorro Pena da Gama. A presidente fez a abertura do trabalho com a apresentação dos componentes da banca e do(a) discente e atribuiu o tempo de vinte e cinco a trinta minutos para a apresentação do trabalho. Após a apresentação, seguiu-se a arguição e as respostas. Posteriormente, os membros da banca fizeram suas considerações finais passando a palavra para o(a) discente que efetuou seus agradecimentos. A comissão reuniu-se e apresentou o parecer final com a nota 9,5. Nada mais havendo a tratar, eu, Prof.(a) Inailde Corrêa de Almeida, lavrei a presente ata que, após ser lida, será assinada pelos membros da banca.

Prof.(a) Inailde Corrêa de Almeida – Orientador(a)

Prof.(a) Dr^a Giselle Alves Silva – Membro da banca

Prof.(a) Dr^a Antônia Do Socorro Pena da Gama – Membro da banca

Fabiana Letícia Costa de Sousa – Discente

Inailde Correa
De
Almeida:89324
960210

Assinado em nome
digital por Inailde
Correa De
Almeida:89324
960210 em 25/07/2022
às 09:01:01

Documento assinado digitalmente

gov.br

GISELLE ALVES SILVA
Data: 25/07/2022 17:12:38-0300
Verifique em <https://verificador.it.br>

Documento assinado digitalmente

gov.br

ANTONIA DO SOCORRO PENA DA GAMA
Data: 25/07/2022 21:04:23-0300
Verifique em <https://verificador.it.br>

Fabiana L. Costa de Sousa

AGRADECIMENTOS

Primeiro gostaria de expressar a minha gratidão ao meu Deus que sonhou esse momento pra mim, e me capacitou para eu chegar nesse momento da minha vida acadêmica. Gratidão pelos dias vividos dentro da universidade, pelos saberes que adquire ao longo dos anos, pelas oportunidades de fazer o certo.

O sentimento que estou sentindo é de muita felicidade por ter tido essa oportunidade. Gratidão as pessoas que fizeram e fazem parte da minha vida como incentivadores, apoiadores, parceiros e amigos nessa jornada. Gostaria muito que meus avôs paternos Francisco e Lúcia estivessem presentes nesse momento, mas sei que eles ficariam felizes com essa conquista. Eles foram muito importantes na minha caminhada, como segundo pais, sem dúvida. Cuidaram de mim, me ensinaram o que era correto, e assim como meus pais sempre me incentivaram a estudar e me deram as melhores oportunidades que podiam.

Quero também agradecer aos meus pais Fabio e Thelma eles são meus incentivadores diários, sonharam e sonham comigo, desejam o melhor pra mim e me ensinaram a não desistir, e em alguns momentos até acreditaram que era possível mais que eu. Obrigada por todo apoio, todo carinho, por todo incentivo. Amo vocês.

Quero registrar também todo carinho e gratidão que tenho pela minha família que sem dúvida irão está em festa com a notícia da conclusão dessa fase da minha vida, por isso a gratidão a família Amorim e Sousa. Assim como, os incentivos do meu esposo Samuel que nessa fase foi muito importante para mim.

Além disso, para a construção desse trabalho foi indispensável a participação dos profissionais da saúde e principalmente, das Agentes Comunitários de Saúde que forneceram informações e suas experiências de vida profissional, devo toda gratidão aos profissionais.

É muito importante ter pessoas que sonhem contigo, que dividam história, saberes, momentos de felicidade e também de tristeza. E nesses anos de Universidade eu conheci pessoas que se tornaram amigos muito próximos, pessoas essenciais para essa caminhada. E nos últimos meses tive a feliz oportunidade de conhecer a Professora Inilde que tão gentilmente se dispôs a ser minha orientadora. A construção desse Trabalho sem dúvida foi mais leve e agradável por que eu tive uma excelente orientadora e eu sou muito grata por tê-la nessa fase, meus sinceros agradecimentos a todos.

Obrigada!

*“Tudo tem o seu tempo
determinado, e há tempo
para todo o propósito
debaixo do céu.”*

Eclesiastes 3:1

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a gestão da saúde nas Unidades Básicas de Saúde no município de Santarém, além de entender seu funcionamento, serviços prestados e os desafios que os profissionais da saúde enfrentam para a efetivação de tais políticas da Atenção Básica de Saúde através das perspectivas dos profissionais que compõem essas UBS. Assim, a pesquisa foi direcionada para os profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família, sendo esta a principal da atenção básica. A discussão possibilitou entender quais os principais desafios enfrentados pelos agentes da saúde. Além disso, ficou evidente as dificuldades que a região oeste do Pará encara na sua rotina diária pelos rios, lagos e floresta. Os resultados de tal pesquisa, apontam problemas na gestão do município e nas unidades de saúde, uma vez que a falta de profissionais e materiais básicos são comuns para as unidades.

Palavras-Chave: Gestão da Saúde Pública, Unidade Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

This research aims to understand health management in Basic Health Units in the city of Santarém, in addition to understanding its operation, services provided and the challenges that health professionals face for the implementation of such policies of Primary Health Care through the perspectives of the professionals who make up these UBS. Thus, the research was directed to the professionals who make up the Family Health Strategy, which is the main one in primary care. The discussion made it possible to understand the main challenges faced by health agents. In addition, it was evident the difficulties that the western region of Pará faces in its daily routine through rivers, lakes and forest. The results of such research point out problems in the management of the municipality and in the health units, since the lack of professionals and basic materials are common to the units.

Key words: Public Health Management, Basic Health Unit, Family Health Strategy, Health Professionals.

LISTA DE SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

CIPLAN - Comissão Interinstitucional de Planejamento

AB - Atenção Básica

ESF - Estratégia Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PSA - Projeto Saúde Alegria

PSFF - Programa Saúde da Família Fluvial

ESFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha

ESFF - Equipes de Saúde da Família Fluviais

EACS - Equipe de Agentes Comunitários de Saúde

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: As zonas das ESF.....	27
Figura 2: Tela para registro de atendimento individual do PEC e-SUS APS.....	30
Figura 3: Telas para configuração de agenda online do profissional.....	35
Figura 4: Arquitetura do Sistema de Agendamento Online.....	35
Figura 5: Localização do Lago Grande, no município de Santarém, PA.....	47

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Participação dos profissionais da Equipe de Saúde da família, na pesquisa, em Santarém, Pará.	39
Gráfico 2 – Quantas unidades básicas de saúde possuem Estratégia Saúde da Família no município de Santarém, PA.....	40
Gráfico 3 – Quantos profissionais compõe a Estratégia Saúde da Família.....	41
Gráfico 4 – Principais desafios enfrentados na oferta dos serviços de Saúde.....	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Saúde Pública no Brasil	15
2.2 O Sistema Único de Saúde	17
2.3 Atenção Primária	19
2.3.1 Atenção Básica à Saúde	20
2.3.2 Estratégia Saúde da Família	22
2.4 A Gestão do Sistema Único de Saúde: Origem das Unidade Básicas de Saúde e seus desafios	24
2.5 Equipe de Profissionais das Unidades de Saúde	24
3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	26
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
4.1 As Unidades de Saúde Básica no município de Santarém	27
4.2 A gestão das Unidades de Saúde Básica no município de Santarém	39
4.2.1 A gestão da Estratégia de Saúde da Família, em Santarém	42
4.3 A gestão administrativa das UBS	44
4.4 A Atenção Básica e as comunidades ribeirinhas	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	55

1. INTRODUÇÃO

A saúde pública teve início, no Brasil Colônia, entre os séculos XVI e XIX, pela falta de saneamento básico, onde as primeiras epidemias vieram pela ausência de estrutura sanitária. Isso é evidente com o surgimento da cólera, malária, varíola e entre outras (SAÚDE, 2019). A partir disso, foram elaboradas formas de diminuir os problemas e criar uma manutenção da saúde para o bem-estar dos cidadãos. Um processo necessário para os avanços na qualidade da saúde para chegar nos dias atuais com um sistema de saúde pública que, além de ser uma conquista para a humanidade, também é garantida pela Constituição Federal de 1988, como um direito. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) para o contexto brasileiro é um marco histórico dos direitos humanos, uma conquista do movimento da Reforma Sanitária.

O Sistema Único de Saúde, é um dos sistemas mais complexos do mundo, com início no ano de 1988, com a Constituição Federal, desde quando o Brasil deixou o sistema de seguro social e adotou o sistema de seguridade social, de acordo com Cordoba (2013). O SUS é o principal meio de acesso a tratamentos e prevenção de saúde brasileiro. Segundo o Ministério da saúde (2021) o sistema atende desde a atenção primária, com casos de pequeno porte como verificação da pressão arterial até casos de transplante de órgãos.

Assim, é imprescindível entender que a Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com, o Ministério da Saúde (2021), é o primeiro nível de atenção em saúde do SUS. A APS é o conjunto de ações no campo individual e coletivo, cujo objetivo é de ampliar a uma atenção integral que tenha resposta positiva no estado de saúde de toda a população. A partir de então, a Atenção Básica nasce como um mecanismo adotado pelo Governo para abranger um conjunto de ações de saúde que visem tanto o indivíduo quanto o coletivo. É uma política que permite que os serviços de saúde cheguem até a casa de cada usuário do SUS.

A efetivação da Atenção Básica está ligada as ações de promoção da saúde, as estratégias adotadas por esta política Nacional, sendo formada por equipes. Neste trabalho será apresentado a Equipe Saúde da Família, sendo está a principal estratégia da Atenção Básica. O funcionamento desta equipe é essencial, uma vez que é funciona por meio das Unidades de Saúde, que estão localizadas próximos aos seus usuários, abrangendo determinada área e prestando serviços de saúde de prevenção, tratamento, e solucionar possíveis agravos. A atenção Básica é o primeiro nível do SUS, e imprescindível para a manutenção da saúde brasileira.

Compreende-se que a construção deste trabalho está direcionada para a região Norte, precisamente para a Cidade de Santarém, no Estado do Pará. A região em questão possui

especificidades diferenciadas, pois possui uma extensa vegetação composta pela floresta Amazônica, conhecida por sua densidade por bacias hidrográficas. É inegável que a região tem características distintas do restante do país, e ponderando essa particularidade é preciso pensar uma gestão de saúde de qualidade e com propostas adequadas para a área em discussão.

Santarém está situada no Baixo Amazonas, por sua vez, não está nada distante da realidade já mencionada acima, é uma cidade de médio porte que vem crescendo demograficamente, em território, e economicamente devido ao agronegócio na região (JÚNIOR, TRINDADE E OLIVEIRA, 2014). Além disso, é formada por regiões de rios, meio rural e urbano. E pensar uma Gestão de Saúde para uma região que se encontra há milhares de quilômetros de distância do Distrito Federal e conseqüentemente do Ministério da Saúde, onde se planeja e efetivar as políticas nacionais de saúde, é uma tarefa que demanda estudo e análise de uma área específica, que é grande parte do espaço territorial brasileiro.

Por isso, é importante estudar a cidade de Santarém tendo um campo de floresta, comunidades indígenas, ribeirinhas, áreas rurais, e zona urbana. Becker (2010) descreve que a para a elaboração de políticas nesse espaço é preciso ter conhecimento sobre o processo de transformação territorial que ocorre na Amazônia atualmente.

Os problemas na efetivação das políticas de saúde são frequentes, e possíveis de resolver ou até mesmo diminuir sua frequência, sendo eles, falta de profissionais, infraestrutura adequada, insumos e a distância. Existem comunidades em que a distância precisa ser contemplada no planejamento estratégico do Sistema de saúde, para facilitar a mobilidades dos profissionais de saúde até os usuários do SUS, assim como, o transporte de medicamentos, o que implica diretamente na prestação dos serviços de saúde e a garantia do direito à Saúde.

Seguindo este raciocínio, temos como questionamento: Como, atualmente, dar-se a gestão da saúde pública, como uma prestação de serviços aos usuários do SUS, a partir do estudo das UBS, no município de Santarém? Para tal, é imprescindível este estudo, levantar os principais pontos que podem contribuir para a manutenção de uma boa gestão. Assim como, para o funcionamento da coisa pública e qualidade de vida da população. O trabalho do SUS é complexo, sendo um sistema descentralizado que envolve vários agentes que são responsáveis pelo seu desenvolvimento e execução.

A motivação para a construção desse trabalho parte da problemática na qual a Gestão da Saúde é o principal ponto para a efetivação de políticas públicas existentes e conseqüentemente o uso do direito à saúde existente nas normas Constitucionais, desde 1988. Além disso, é importante pontuar fatos distintos frequentes que inviabilizam a realização de tais serviços de saúde.

Dessa forma, este estudo, tem como objetivo geral compreender a Gestão das Unidades básicas de saúde, em relação a atenção básica, na prestação dos serviços de Saúde na cidade de Santarém- PA, com suas características espaciais, climática e com vegetação diferenciada. E com os objetivos específicos, tem-se: conhecer o funcionamento da administração das UBS, e compreender as adversidades de execução da Atenção Básica no contexto das comunidades ribeirinhas. Desta forma, o estudo traz discussões em torno, das ações dos agentes de saúde, presentes nas comunidades que vivem à margem de rios, em locais com grande volume de floresta e a quilômetros de distância dos centros urbanos e também apreciar as ações positivas desenvolvidas mesmo em meio a tanta adversidade.

O trabalho está dividido em cinco partes: o primeiro capítulo é introdução, a segunda é o referencial teórico no qual é abordado a Saúde Pública no Brasil, o Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária, a Atenção Básica à Saúde, a Estratégia Saúde da Família, a Gestão do Sistema Único de Saúde: Origem das Unidade Básicas de Saúde e seus desafios e as Equipe de Profissionais das Unidades de Saúde. O terceiro capítulo é o procedimento metodológico, o quarto é apresentação dos resultados que se refere as Unidades de Saúde Básica no município de Santarém, a gestão das Unidades de Saúde Básica no município de Santarém, a gestão da Estratégia de Saúde da Família, em Santarém, a gestão administrativa das UBS e Atenção Básica e as comunidades ribeirinhas. Por fim, as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde Pública no Brasil

A Saúde Pública no Brasil foi motivada quando o país ainda era colônia portuguesa da América, por questões econômicas, uma vez que este período é marcado pela exportação de café na região sudeste. Fazia-se necessário melhorias sanitárias devido aos surtos de doenças infecciosas como varíola, cólera, febre amarela, doenças que se espalhavam rapidamente e matava centenas de pessoas. Aos olhos da Coroa Portuguesa era de urgência que medidas de higiene pública fosse tomada (BERTOLLI FILHO, 2011).

Grande parte da sociedade vivia em aglomerados, chamados de cortiços e sem nenhum tipo de saneamento. Skidmore (1998), descreve um país que:

“Mantinhm muito das aparências, sons e odores de seu passado colonial. [...] o Rio de Janeiro repelia muitos visitantes estrangeiros. [...] a cidade tinha uma reputação de moléstia, principalmente de febre amarela”. Os Grandes centros, portos não tinham as mínimas condições de saúde, com um “sistema” de saneamento primitivo”.

Skidmore, enfatiza que as linhas marítimas evitavam fazer escalas no Brasil. O ambiente brasileiro não representava a ambição de se tornar moderno ou desenvolvido como os outros países da época.

Avançar na questão sanitária, mostrava que o país estava apto a receber estrangeiros, tornando necessária uma política que incentivava a migração de estrangeiro para serem usados como mão de obra no país. Certas medidas de controle sanitário não surtiram tanto efeito e milhares de pessoas morreram (FINKELMAN, 2002). Esse período é marcado por um processo lento, mas sem dúvida, necessário para a construção de um sistema de saúde pública. Vale ressaltar que as primeiras atividades eram restritas a cidade portuária de Rio de Janeiro.

Em 1921, os serviços de saúde passaram as fronteiras da cidade do Rio de Janeiro em muitas vezes como tentativas desesperadas. Segundo Finkelman (2002, p. 121),

Em muitas situações, a autoridade sanitária se exercia de forma impositiva; por exemplo, no caso da lepra, poderia ser utilizada a força policial para obrigar pessoas suspeitas a realizar o exame diagnóstico ou para o isolamento compulsório dos doentes.

O próximo passo na melhoria da política de saúde, veio através da Lei Elói Chaves, em 1923, segundo Carvalho (2013, p.7), “a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregado de todos: o Instituto Nacional de Previdência Social”.

O autor ainda descreve que a relação do Brasil com os Estados Unidos na guerra, devido a extração da borracha e manganês possibilitou a criação de um sistema de saúde novo para atender as populações envolvidas. Com o apoio financeiro dos EUA, esse sistema tornou-se o único e mais completo programa de atenção à saúde.

Posteriormente, a Conferência Nacional de Saúde, em 1963, tinha como objetivo era criar um sistema de saúde para todos, como direito de todos os cidadãos e organizado de forma descentralizada, ou seja, com o apoio dos municípios. Porém, no ano de 1964, marcado por sua vez pelo período militar teve proposta indeferida pelo governo atual.

De acordo com Finkelman (2002, p. 240-241), foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social, pelo Decreto Lei nº 72 de 21 de novembro de 1966, com o objetivo principal de aumentar a eficiência do sistema. Muitos esforços foram empenhados, nos anos 60, para avançar significativamente nas políticas de saúde, inclusive, no que diz respeito da “universalização do acesso e a integração da assistência médica no Ministério Saúde”, plano que não foi bem visto para a área da previdência, a repercussão negativa foi tanto, que o Governo cancelou o plano. E essa não foi a única tentativa de o Ministério da Saúde implementar esse plano.

A tabela a seguir descreve o caminho que a saúde, como direito a todos, percorreu até a criação do Sistema Único de Saúde do Brasil, garantindo não somente o acesso universal, mas respaldado por princípios e diretrizes firmados no direito à saúde, assegurado pela Constituição Federal.

Tabela 1 – Trajetória da Política de Saúde de 1974-1988)

1974	Plano de Habitação para a população de baixa renda;
1975	Nova sistemática do Plano Nacional de Saneamento;
1975	Criação do Sistema Nacional de Saúde;
1976	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição;
1976	Programa de Interiorização das ações de Saúde no saneamento no Nordeste;
1980	Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN);
1982	Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, no âmbito da Previdência Social;
1984	Ações Integradas de Saúde
1985-88	Movimento de Reforma Sanitária que levou a criação do Sistema Único de Saúde;
1986	VIII Conferência Nacional da Saúde, os assuntos discutidos foram usados na elaboração dos tópicos referentes à saúde na Constituição Federal de 1988;

1987	Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS).
-------------	--

Fonte: Cordoba (2013, p. 13-15); Finkelman (2002, p. 121-127).

Atualmente, temos um Sistema Único de Saúde do país que abrange todos os cidadãos seguindo as normas constitucionais, todos tem o direito de ter acesso a saúde e seus serviços. Por isso, é importante frisar e compreender o papel de cada política pública e, especialmente, as Unidades de Saúde, que faz parte de um sistema universal e igualitário.

2.2 O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), é um dos sistemas mais complexos do mundo, teve início no ano de 1988, com a Constituição Federal (CF), quando o Brasil deixou o sistema de seguro social e adotou o de seguridade social. O sistema é regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que traz o seguinte objetivo: “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990b). Segundo o Ministério da Saúde (2000), o SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde.

A organização que compõe o SUS é vasta e envolve tanto ações quanto os serviços de saúde. Assim, o sistema teve sua gestão distribuída em três esferas do governo, sendo de responsabilidade da União, dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios. O objetivo é garantir a execução do SUS. Além disso, a CF de 1988 descreve o SUS que funcione nas seguintes diretrizes:

“Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade” (BRASIL, 2002).

Nesse modelo descentralizado, dentro da perspectiva de organização à saúde abrange “a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológicas e assistência farmacêutica” (BRASIL, 2013, p. 1).

O SUS atende os brasileiros e cobre os serviços essenciais de saúde. Nesse sentido a Atenção Básica tem o funcionamento de responsabilidade do Município, porém a execução das atividades depende do comprometimento local e da gestão do conjunto de aliados ao Ministério da Saúde (as esferas, municipais, estaduais, união), mas principalmente da esfera municipal de acordo Lucchese (2002). Deve-se considerar as especificidades de cada localidade, dos

equipamentos disponíveis, da capacitação dos profissionais e gerenciamento dos recursos disponíveis .

Vale ressaltar que o processo de construção do SUS teve em essencial a participação do movimento social que teve início na década de 1970, tendo como objetivo mudanças na área da saúde no país. Assim, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, “foram lançadas as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único. Saúde é vista como dever do Estado.” Assim:

O crescimento do movimento sanitário, organizado desde os anos 1970, foi crucial para o amplo debate dessas questões. Enquanto o país passava pelo processo de redemocratização, o movimento ganhou consistência e avançou na produção de conhecimento, com a criação de órgãos como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979 (BRASIL, 2019).

Isso porque a Conferência possibilitou evidenciar mudanças não apenas voltadas para uma reforma administrativa e financeira como também uma avaliação no conceito de saúde e revisão da legislação.

O sistema é regulamentado por princípios e diretrizes. Segundo Paim (2015), os princípios são valores que orientam o pensamento e as ações. Já as diretrizes são orientações gerais de caráter organizacional ou técnico que auxiliam as diferentes partes que compõem o sistema de saúde. Os Princípios são:

A universalidade, integralidade, preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral; direito, por parte das pessoas assistidas, à informação sobre a sua saúde; igualdade da assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie (PAIM, 2015, p.37).

Os princípios foram criados para valorizar o bem-estar do ser humano na sua plenitude, além de garantir o acesso aos serviços e as ações para que isso aconteça. Enquanto que as diretrizes são para a:

Utilização da epidemiologia para o estabelecimento das prioridades, a alocação de recursos e a orientação pragmática; a descentralização; a participação da comunidade; divulgação de informações; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (PAIM, 2015, p.37).

Portanto, os princípios e diretrizes regulam o SUS pela União, estados e Municípios para cumprimento dos serviços de manutenção da saúde, além da organização da coisa pública e seus serviços. Ademais, no SUS existe uma hierarquização no sentido de utilizar os recursos disponíveis, com objetivo de atender, com eficácia, os usuários do sistema. Dessa forma, como decorrência da experiência desses atores, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica.

Segundo Brasil (2012), a Atenção Básica está no mais alto grau de descentralização, pois acontece no local mais próximo das pessoas.

Assim, de acordo com Paim (2015), é possível ordenar a complexidade crescente, onde os serviços são organizados em: unidades de saúde, municípios, municípios-polo e região. Ainda de acordo com autor, 80% dos casos poderiam ser atendidos e resolvidos nos serviços básicos e, em âmbito municipal. Dessa forma, a atenção básica constitui o primeiro nível de atenção no interior do sistema de saúde.

2.3 Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com o Ministério da Saúde (2021), é o primeiro nível de atenção em saúde do SUS. A APS é o conjunto de ações no campo individual e coletivo, cujo objetivo de ampliar a uma atenção integral que tenha resposta positiva no estado de saúde de toda a população.

No Brasil pensar em APS entrou em pauta na reforma setorial nos 1970, devido ao movimento internacional de acordo com a Giovanella e Mendonça (2009).

Por outro lado, alguns autores da área da saúde no contexto mundial descrevem o conceito de atenção primária como a mais restrita, ou seja, seletivo de serviços de saúde, muito imprecisa, e até mesmo primitiva apesar desta ser reconhecida internacionalmente. Segundo Giovanella (2018), o termo atenção básica à saúde foi adotada em oposito ao uso da atenção primária à saúde no contexto internacional, uma vez que a Atenção Básica tem abrangência mais ampla, com o objetivo de desenvolver o sistema de saúde para promoção da cidadania e a universalização do sistema.

Essa imprecisão do termo pode dificultar o acesso aos serviços e conseqüentemente ao direito à saúde. Ainda de acordo com Giovanella (2018), o termo equivocado pode interferir de forma prejudicial na formulação e na implementação das políticas de atenção primária à saúde, assim, “a prioridade da atenção primária à saúde é evocada sob discursos díspares e abarca iniciativas por vezes contrapostas” (GIOVANELLA, 2018, p. 2).

O termo usado por outros países e que poderia ser aproveitado pelo Brasil, por possuir o mesmo objetivo e diretriz, além de estar contido na declaração da Alma-Ata, mas ainda caros ao SUS, tinha três componentes: acesso universal; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social. Ou seja, foram criados limites e critérios para que a população tivesse acesso a política de saúde.

A autora Giovanella (2018), descreve sobre a atenção primária à saúde, que o movimento da medicina social latino-americana a criou como “atenção primária à saúde integral”, era parecido com as diretrizes do SUS no sentido de garantia dos direitos à saúde. Porém, não foi essa política implementada no país, uma vez que a política internacional era mais “seletiva” e até mesmo “primitiva”. Portanto, para se contrapor a essa concepção que se admitiu no SUS foi criada a chamada “atenção básica à saúde”.

2.3.1 Atenção Básica à Saúde

Atenção básica à saúde tem como objetivo a prestação de serviços que contribuam e promovam a saúde e o bem-estar da sociedade brasileira. Ao longo dos anos passou por várias inovações, especialmente a partir da ampliação da cobertura da Estratégia da Família, sua principal política.

De acordo com a Portaria nº 2.488/2011, Atenção Básica é definida como,

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução dos danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação da saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011, p. 1).

Na atenção básica existe a necessidade de seguir práticas de cuidados e gestão, além de democráticas e participativas. A Atenção Básica (AB) é o primeiro nível do sistema de saúde que busca realizar ações de promoção desta, assim como prevenção e tratamento, pautada no conceito de saúde e qualidade de vida.

Segundo a Constituição Federal de 1988, saúde:

É direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ao entender o conceito demonstrado pela Constituição Federal de 1988, afirma-se que a “saúde é assim entendida como produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, [...] estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde” (CARVALHO *et al.* 2012). Em seguida na tabela 2 está descrito as ações, programas e estratégias da atenção básica que são alicerces para a manutenção da saúde pública, assim como atender os princípios de Universalidade, Integralidade e equidade descritos nas normas que regulam o SUS.

Tabela 2 – Ações, Programas e Estratégias

Nome	Definição ou Critério
Academia da Saúde (2011)	Promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos para práticas de exercícios físicos.
Brasil Sorridente	Política de acesso aos serviços odontológicos de saúde de forma gratuita.
Consultório na Rua (2011)	Visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde de forma integral a esse grupo populacional.
Estratégia Saúde da Família	É tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica.
e-SUS Atenção Primária	É um sistema de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação.
NASF (2008)	O objetivo é de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços.
NutriSUS (2015)	Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes (vitaminas e minerais) em Pó.
PMAQ	Objetivo é incentivar os gestores e as equipes de saúde a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território.
Políticas de Promoção da Equidade em Saúde Práticas Integrativas e Complementares.	São programas e ações governamentais, no âmbito do SUS, para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social.
Prevenção e Controle dos Agravos Nutricionais	São recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde.
Programa Bolsa Família	É um programa federal de transferência de renda para famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza.
Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (2005).	O objetivo é reduzir e controlar a hipovitaminose A, a mortalidade e morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade.
Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável.	O objetivo apoiar Estados e municípios brasileiros no desenvolvimento da promoção e proteção à saúde da população, possibilitando um pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania.
Requalifica UBS	É uma das estratégias do Ministério da Saúde para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica.
Rede Cegonha	É uma estratégia de uma rede de cuidados as mulheres através do planejamento reprodutivo, na gravidez, além de assegurar o direito ao nascimento e crescimento da criança.
Saúde na Hora	O programa viabiliza o custeio aos municípios e Distrito Federal horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Saúde na Escola (PSE)	É a saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral.
Sistema Prisional	Políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade é a superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento.
Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)	São embarcações que comportam Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), providas com a ambiência, mobiliário e equipamentos necessários para atender à população ribeirinha da Amazônia Legal e pantanal mato-grossense.
Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR)	Desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas em comunidades pertencentes a áreas em que estão acrescentadas, cujo acesso é por rio.
Vigilância Alimentar e Nutricional.	A avaliação contínua do perfil alimentar e nutricional da população e seus fatores determinantes.

Fonte: Elaborado pela autora (2022), com dados obtidos do Ministério da Saúde, 2012.

Assim, é possível concluir que a criação da Política Nacional de Saúde atende a atenção básica e enfatiza através de seus programas, estratégias e ações medidas meios de assistir a todos os usuários do SUS, uma vez que todos tem direito ao acesso (Universalidade), os usuários devem ter acesso a todo tipo de serviço de saúde do qual precise, seja de tratamento, prevenção, reabilitação e etc. (integralidade) e considera que cada cidadão possui uma necessidade distinta (equidade).

Segundo Cordoba (2013), essas ações possibilitam uma ligação direta com os usuários através das Unidades Básicas de Saúde distribuídas em diferentes cidades e locais, através da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Nesse contexto, a Atenção Básica tem o foco nas ações da Estratégia da Família que funciona nas unidades de saúde. Em 1993, a ESF era denominada Programa Saúde da Família, portaria nº 648/2006. Os “objetivos principais estavam pautados na expansão, qualificação e consolidação da atenção básica” (CORDOBA, 2013, p. 17), já nessa nova estratégia, composta por trabalhadores da saúde como, médicos, técnicos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, além de uma equipe de cirurgião dentista e auxiliares ou técnicos em saúde bucal.

2.3.2 Estratégia Saúde da Família

Em junho de 1991, iniciou a Estratégia do Programa Saúde da Família com o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), anos mais tarde, foram formadas as primeiras

equipes de saúde da família, ampliando a atuação dos agentes comunitários conforme Cobra, Pegoraro, Gonçalves e Oliveira (2012). Por outro lado, segundo Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016), o reconhecimento da ESF é devido a sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, buscando respostas às dificuldades da população e cooperar para a melhoria da assistência vigente.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) nasce como ideia central para a organização da atenção básica, que promove o bem, a qualidade de vida dos sujeitos, compreendendo a dinâmica do espaço em que se encontra o coletivo e o individual (FIGUEIREDO, 2012). A ESF, sem dúvida é uma estratégia territorial criada para tornar a Atenção Básica uma política eficiente e acessível.

Atenção Básica está longe de ser uma política simples, como mencionado anteriormente, esta política é o primeiro nível do SUS, e por isso, um dos mais importantes em nível de cuidados e acesso à população. Figueiredo (2012) enfatiza que a Estratégia Saúde da Família “são complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influam na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade”. Ação executada através das equipes de saúde da família. De acordo com Shimizu e Junior (2012), “a eficácia na ESF supõe o trabalho em equipe e a interação organizada entre indivíduos com competências e habilidades distintas.”

Certamente, os serviços de saúde disponibilizados na atenção básica através da ESF são essenciais, uma vez que política abrange e atende desde o início da vida. Segundo Garuzi et al. (2014), isso ocorre através do modelo de trabalho em equipes, priorizando a família em seu território, através de visitas. A dinâmica entre profissionais e usuários funciona por meio de visitas a residências como um planejamento prioritário, ações de prevenção e promoção da saúde, assim como, tratamentos e reabilitação desses pacientes.

Como descrito anteriormente, o acolhimento torna-se um dos pilares para o desempenho da ESF, desse modo, vale ressaltar que este amparo não acontece exclusivamente através de visitas programadas no território, mas também, nas unidades básicas de saúde onde os profissionais atuam e atendem a população. Seja realizando consultas médicas, vacinação, acompanhamento de crianças que fazem parte de algum outro programa de acompanhamento a saúde, seja para o recebimento de medicamentos, assim como exames rápidos de glicemia, ou verificação da pressão arterial, e outros agravos.

Sem dúvida, o papel da ESF dentro da Atenção Básica é indispensável, pois busca o processo de cuidado integral à saúde. Uma vez que doenças diagnosticadas no estágio inicial

possibilitam o tratamento e controle do avanço da doença. Exemplo disso, são pessoas que tem diabetes e problemas de pressão.

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou um caderno da Atenção Básica como título “Rastreamento”, no qual o objetivo é pontuar os principais objetivos do Sistema de Saúde, da Atenção Primária à Saúde por meio da ESF, ou seja, “a promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação” Brasil (2010). Por fim, essas atividades são executadas nas Unidades Básicas de Saúde que estão localizadas e distribuídas nos bairros.

2.4 A Gestão do Sistema Único de Saúde: Origem das Unidade Básicas de Saúde e seus desafios

As unidades Básicas de Saúde são estruturas físicas que estão localizadas em cada bairro, onde se tem uma população ou comunidade presente. As UBS são orientadas pelos princípios da “universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012). Assim, as UBS são a parte de infraestrutura e funcionamento da atenção básica.

A gestão das unidades básicas é primeiramente executada pelo município, pois este compõe uma das principais esferas do governo. Sua responsabilidade é garantir a estrutura física para o funcionamento e execução das diversas ações propostas, podendo contar com o apoio das Secretarias de Estado e do próprio Ministério da Saúde.

Por outro lado, as unidades de saúde são gerenciadas por um (a) enfermeiro (a), este profissional executa muito além da sua formação de origem, pois fica responsável pela gerencia da unidade, dos insumos, do planejamento e criação de ações, segundo Brasil (2012). Vale mencionar, que em Belo Horizonte foi realizado uma pesquisa na qual mostrou que 49, 15% das gerencias são feitas por enfermeiros e somente 1,69% são gerenciados por Administrador segundo Alves, Penna e Brito (2004).

2.5 Equipe de Profissionais das Unidades de Saúde

A equipe de profissionais são os enfermeiros, os auxiliares e técnicos de enfermagem, os médicos, os agentes comunitários de saúde, os cirurgiões dentistas, os técnicos em saúde bucal e os auxiliares em saúde bucal. No entanto, é preciso pontuar que

a Estratégia Saúde da Família que foi criada visando a reorganização da atenção básica e que tem uma equipe multiprofissional (equipe de saúde da família) composta pelos mesmos profissionais mencionados inicialmente e todos com carga horária de 40 horas semanais.

A equipe de saúde da família fica responsável por determinada área/bairro. Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (2012), é necessário “o número suficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família”. Essa organização é imprescindível, pois esta obedece ao objetivo da AB que é ter contato direto com a população.

Os ACS, fazem visitas a todos os moradores e escrevem todas as informações da família visitada e nessas visitas são utilizado duas fichas de cadastro uma individual e outra domiciliar e territorial, ou seja, é registrado os dados pessoais, informações sociodemográficas, nível de escolaridade, situação no mercado de trabalho, informações sobre os moradores da residência, se tem plano de saúde, situações de saúde gerais, se tem alguém doente ou que possuem doenças crônicas, assim como, a forma de moradia etc. são esses profissionais que levam as informações até a UBS para que algumas ações sejam planejadas, e como também, cadastram suas produções no e-SUS (aplicativo que registra as informações dos usuários).

3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Para obter os resultados deste trabalho foi utilizado o método de pesquisa exploratória, que envolve além do levantamento bibliográfico, a realização de entrevistas, de forma a descrever o processo da gestão da saúde no Município, assim como, ressaltar as dificuldades enfrentadas pelas Unidades de Saúde.

Os autores utilizados na pesquisa sobre foram: Córdoba (2013), Paim (2015, Giovanella (2018), Legislação do SUS (2003), Constituição Federal de 1988 e Finkelman (2002). Além destes, a revisão obteve informações do site oficial do Ministério da Saúde (2021). Os autores foram essenciais para os conceitos e informações sobre a criação de políticas e estratégias da saúde, enquanto que do Ministério, obteve-se questões históricas. Vale destacar que a Constituição Federal do Brasil de 1988, também foi utilizada, mas no sentido de afirmar a existência do direito à saúde coletiva.

Para a construção deste trabalho foi desenvolvido uma entrevista direcionada para os profissionais da saúde que trabalham nas unidades de saúde de Santarém, abrangendo a região de rios, a zona urbana e zona rural. Assim como, conversas por meio do aplicativo de reunião (Google Meet) com os profissionais da UBS de Santarém.

Na pesquisa foi aplicado um questionário estruturado, abordando perguntas abertas e fechadas, contendo 14 questionamentos, com aplicação por meio virtual, utilizando a plataforma do Google Formulário, enviado individualmente para os profissionais. A escolha do meio digital, ocorreu devido o momento atípico de pandemia e a necessidade de distanciamento social, sendo o modo virtual a opção mais viável para a realização.

Diante desse cenário, o critério adotado para seleção dos sujeitos da investigação foi possuir experiência relacionada ao objeto de estudo no contexto do serviço de saúde (MINAYO, 2008). No estudo participaram do trabalho 31 profissionais da área. O tamanho da amostra considerou o critério de saturação de Minayo (2008), que se refere a um momento na coleta de dados em que a sua continuação não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado, mas trabalhando com a ideia de que ciência se faz por aproximações (BACHELARD, 1990) sendo uma linha de continuação para novas pesquisas no futuro.

As análises dos dados e sistematização das informações ocorreram com a inserção em um banco de dados no programa Microsoft Excel, no qual foi realizada uma análise descritiva com distribuição de frequência de dados nominais.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

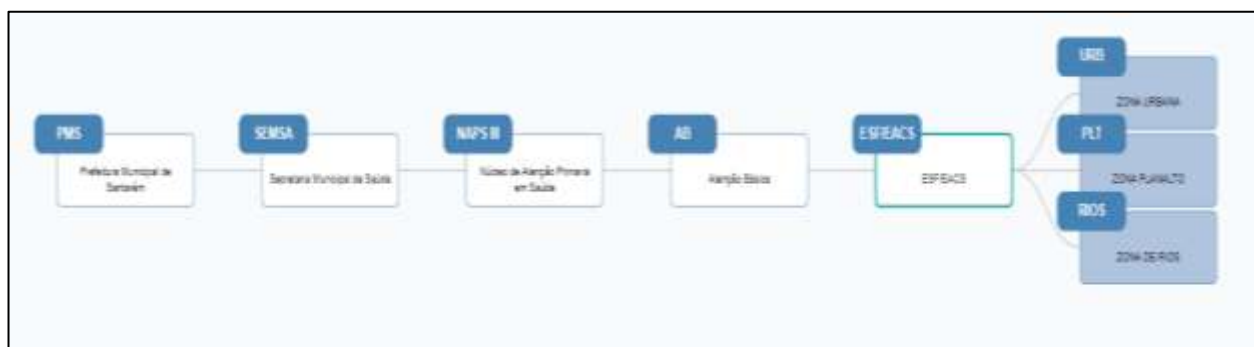
4.1 As Unidades de Saúde Básica no município de Santarém

O Município de Santarém possui diversas riquezas, é abundante em rios, praias e está localizado no meio da floresta amazônica. A cidade é a das maiores do estado do Pará, possui cerca de 308.339 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Segundo Câmara Municipal de Santarém (2022), a modalidade hidroviária é a mais utilizada para a locomoção de passageiros, assim como para o transporte de cargas, considerando os vários rios como o Amazonas, Tapajós, Arapiuns, Moju etc., que formam a rede hidrográfica que possibilita o desenvolvimento econômico da região.

A cidade de Santarém, é o município que melhor atende o quesito de infraestrutura disponível na questão da saúde, na região oeste do Estado, possuindo um Hospital Regional, Municipal e as Unidades de Pronto Atendimento, que recebem pacientes de todo o oeste do Pará, pois é referência nos atendimentos de áreas especializadas e para tratamentos de saúde.

No município no organograma da Secretaria de Saúde, possui o Núcleo de Atenção Primária em saúde (NAPS III) que possui suas subdivisões, conforme as zonas, sendo três: zona urbana, zona de planalto e zona de Rios (Figura 1).

Figura 1: As zonas das ESF



Fonte: Prefeitura de Santarém, 2022.

Na zona urbana, onde a locomoção pode ser feita por transporte público; tem-se os bairros que possuem acesso de ônibus, do centro da cidade para algumas comunidades, como Vila Nova, Eixo Forte, Irurama, Pajuçara Santa Maria da zona rural, porém algumas comunidades ficam distantes dos pontos de ônibus, sendo mais afastadas.

Na zona rural as Unidades de Saúde ficam muitos distantes do centro urbano. Santarém é uma cidade que liga à muitas outras comunidades, como as da região de rios. Essas

comunidades possuem como único meio de transporte pela hidrovia, ou seja, por barcos e lanchas.

Em Santarém, tem-se a atuação do Projeto Saúde e Alegria, sendo uma organização sem fins lucrativos que opera, desde 1987, nas comunidades rurais e ribeirinhas da Amazônia brasileira, desenvolvendo trabalhos comunitários de forma sustentável buscando dar manutenção e auxílio na qualidade de vida dos moradores dessas áreas. Sua atuação é no oeste do Pará, abrangendo os municípios de Santarém, Belterra, Aveiro e Juruti. Com a participação ativa dos moradores, o projeto atua nas áreas da:

[...] saúde e saneamento básico; Ordenamento territorial, fundiário e ambiental; Organização social, cidadania e direitos humanos; Produção agroextrativista e geração de renda; Energias renováveis, Economia da floresta, ecoturismo e artesanato; Educação, cultura, comunicação e inclusão digital. (PROJETO SAÚDE & ALEGRIA, 2022)

Segundo o Projeto Saúde e Alegria (2022), o município é muito grande e possui longas distâncias, com muitas dificuldades no acesso, no transporte, no alto custo com a logística, na falta de saneamento. O SUS acaba não conseguindo atender toda a demanda. Considerando esse contexto, “o Projeto Saúde Alegria (PSA) criou o modelo de atendimento através do “navio-hospital Abaré I que iniciou seu funcionamento em 2006. Segundo o Projeto Saúde e Alegria (2022), foram “atendidos mais de 15 mil ribeirinhos de áreas remotas do Tapajós, com 93% de resolutividade – ou seja, só sete a cada 100 pacientes encaminhados a serviços de saúde em centros urbanos”.

Com criação do Navio-Hospital, em 2010, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família Fluvial, política voltada para a Amazônia Legal. O Abaré I já realizou ações em 72 comunidades no oeste do Pará. O projeto Saúde e Alegria (2022), em sua área de atuação com a equipe de profissionais da saúde exercem os seguintes serviços: “a saúde da família e da mulher, planejamento familiar, saúde da criança e imunizações, acompanhamento pré-natal, saúde oral, atendimentos médicos e exames de rotina, atendimentos de emergência e pequenas cirurgias.”

Ainda, sobre a importância do Abaré I, para o direito à saúde dos ribeirinhos, os resultados que o navio-hospital, conforme levantamento, são mais de vinte mil procedimentos de saúde por ano, mais de duzentas atividades de educação e prevenção por ano, 93% de resolutividade, 100% de cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde, 96,5% de cobertura vacinal, 89,9% de aleitamento exclusivo, 98% de cobertura de pré-natal das gestantes e queda dos índices de desnutrição para 1,6% (SOSNISKI, 2008).

Na zona urbana, o funcionamento das unidades básicas de saúde, juntamente com os agentes comunitários de saúde (ACS), ocorre da seguinte forma: por meio do monitoramento, prevenção, acompanhamento e orientação.

Conforme a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, acata a Política Nacional de Atenção Básica, cuja revisão da atenção básica para a ESF e PACS, portaria revisada seguindo a atribuição do Ministério da Saúde. Assim, a portaria estabelece que compete as Secretárias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal combinar estratégias, diretrizes e normas que possibilitem a implantação da atenção básica no Estado, assim como destinar recursos municipais para o financiamento da atenção básica, além de inserir a ESF como prioridade fornecendo estrutura física, profissional, como também equipamentos e insumos, ainda avaliando e monitorando a política (Brasil, 2012).

Para que a estratégia se torne eficaz o processo acontece da seguinte forma: Com estrutura física adequada (UBS), com os profissionais necessários para compor a ESF, e os materiais e insumos precisos. A equipe planeja juntamente com a enfermeira chefe/ gestora da unidade como funcionará, para isso há uma divisão da área que a UBS fica responsável e em seguida o ACS fica com a responsabilidade de cobrir uma determinada área. Os agentes comunitários fazem o trabalho de visita, na qual é preenchida duas fichas, uma de cadastro individual e outra de cadastro domiciliar.

O cadastramento das famílias é o ponto de partida da estratégia, pois é através dele que é possível visualizar as pessoas que precisam de atendimentos específicos. Na Ficha de cadastro individual além dos dados pessoais e identificação do usuário, é possível registrar o nível de escolaridade, se pertence a alguma comunidade tradicional, orientação sexual, se possui algum tipo de deficiência, se é gestante, o peso, se faz o consumo de tabaco, álcool ou outras drogas, se tem diabetes ou outro tipo de doença como hanseníase, tuberculose, câncer. Além disso, é possível identificar o tipo de moradia, a condição de saúde (se é acamado ou faz tratamento devido alguma doença), se faz regularmente as refeições, se tem acesso a higiene pessoal, ou se teve algum diagnóstico de doença mental entre outros.

Posteriormente, é preenchido a ficha de cadastro domiciliar e territorial que registra o local onde a família mora, o tipo de imóvel, domicílio e as condições de moradia, além de como funciona o abastecimento de água, a destinação de lixo, o escoamento do banheiro ou sanitário, se existem animais na residência. Após o registro das informações, toda a produção é lançada no e-SUS que “é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária à Saúde (APS) em nível nacional” (Figura 2) (PORTO ALEGRE, 2022).

Figura 2: Tela para registro de atendimento individual do PEC e-SUS APS.



Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Após o cadastro, é possível iniciar o processo de orientação, acompanhamento, monitoramento e prevenção. Os pacientes que precisam de monitoramento são: os diabéticos, os hipertensos, acamados, as crianças de 0 a 5 anos que precisam registrar o peso, crescimento e vacinas mensalmente, as gestantes desde do início e mensalmente precisam ser acompanhadas, além de pessoas portadoras de doenças crônicas: hepatite, aids etc.

Os agentes comunitários são indutores de cidadania, sendo o profissional que atua com o contato direto aos moradores e usuários do SUS, sendo a categoria responsável pela identificação de supostos casos de doenças, estado de vulnerabilidade socioeconômicas, crianças que precisam de atendimento especial, idosos que precisam fazer uso de medicamentos que são disponibilizados de forma gratuita pelo SUS, pessoas com sintomas que precisam fazer exames e ter acompanhamentos, além para as mulheres que devem fazer o exame preventivo do câncer de colo do útero etc.

Conforme o estudo, nos centros de saúde, distribuídos no município de Santarém (TABELA 3), temos um total de 516 ACS em campo nos meses de fevereiro a abril. Além disso, no comparativo que o centro de Saúde Santíssimo/ Prainha possui 23 ACS, sendo o com maior número de ACS, o segundo centro de saúde é Aparecida/Caranazal com 22 ACS em campo. Vale ressaltar que os centros em questão têm mais de duas equipes dentro da Unidade. Por outro lado, os quatro menores em números de ACS por unidades são: Área Verde com dois ACS, Santarém Miri também com dois ACS, a ESF do Amparo com três ACS e Jaderlândia também com três ACS.

Tabela 3: Quantitativo do número de agentes, no município de Santarém, no primeiro semestre de 2022.

CENTROS DE SAÚDE	Equipes	Número de Agentes Comunitários	Total
Centro de Saúde Aparecida/Caranazal	Aparecida	9	22
	Caranazal I	6	
	Caranazal II	7	
Centro de Saúde Aritapera	Aritapera	7	7
Centro de Saúde Jardim Santarém I	Jardim Santarém I	4	10
	Jardim Santarém II	6	
Centro de Saúde Santa Clara	ESF do Santa Clara	6	6
Centro de Saúde Santíssimo/ Prainha	Prainha	5	23
	Santíssimo I	7	
	Santíssimo II	6	
Centro de Saúde da Nova República	ESF do Nova República I	3	8
	ESF do Nova República II	5	
Centro de Saúde de Boim	Boim	5	5
Centro de Saúde de Cachoeira do Arua	EACS do Cachoeira do Arua	8	8
Centro de Saúde de Curuai	ESF do Curuai	9	9
Lago Grande	Lago Grande	10	10
Centro de Saúde de Fatima	ESF da Aldeia	5	13
	ESF de Fátima	4	
	ESF do Laguinho	4	
Centro de Saúde de Guajara	Guajara	8	8
Centro de Saúde de Inanu	Inanu do Lago Grande	4	4
Centro de Saúde de Mapiri/Liberdade	Liberdade	6	10
	Mapiri	4	
Centro de Saúde de Paissandu	Paissandu	5	5
Centro de Saúde de Piraquara	Piraquara	9	9
Centro de Saúde de Santana	Santana I	7	14
	Santana II	7	

Centro de Saúde de São Ciriaco	EACS de São Ciriaco	8	8
Centro de Saúde de São Miguel	São Miguel	7	7
Centro de Saúde de São Pedro	São Pedro	4	4
Centro de Saúde de Vila Gorete	EACS Vila Gorete	6	6
Centro de Saúde de Vila Socorro	Vila Socorro	10	10
Centro de Saúde do Aeroporto Velho	Aeroporto Velho	11	11
Centro de Saúde do Jaderlândia	Jaderlândia	3	3
Centro de Saúde do Livramento	ESF do Livramento	8	8
	ESF do São José Operário	6	6
Centro de Saúde do Paraua	Paraua	10	10
Centro de Saúde do Santarenzinho	ESF do Santarenzinho III	4	14
	ESF do Santarenzinho II	5	
	ESF do Santarenzinho I	5	
Centro de Saúde do Tapara Grande	Tapara Grande	6	6
Unidade Básica de Saúde Corta Corda	ESF do Corta Corda	5	5
Unidade Básica de Saúde Jutai Urumari	EACS Jutai	6	6
Unidade Básica de Saúde Santo André	ESF Santo André I	2	5
	ESF Santo André II	3	
Unidade Básica de Saúde Vitoria Regia	ESF Vitoria Regia	11	11
Unidade Básica de Saúde da Conquista	Conquista-Novo Horizonte	5	5
	São Cristóvão Alvorada	7	7
Unidade Básica de Saúde de Santarém Miri	Santarém Miri	2	2
Unidade Saúde da Família Fluvial Abaré I	ESFFSB ABARE I	7	7
Unidade Saúde da Família do Salvação	ESF Salvação	7	7
Unidade de Saúde Margarida Maria Pereira Silva	Diamantino I	8	15
	Diamantino II	7	
Unidade de Saúde da Família Área Verde	Área Verde	2	2

Unidade de Saúde da Família Boa Esperança	Boa Esperança	5	5
Unidade de Saúde da Família Dr. Everaldo Sousa Martins	ESF do Guaraná	5	5
Unidade de Saúde da Família Enf. Patrícia Coelho Rodrigues	ESF Uruará III	5	14
	Uruará I	4	
	Uruará II	5	
Unidade de Saúde da Família Enf. Maria de Fatima Maia Duarte	Cipoal	5	5
Unidade de Saúde da Família Esperança	Esperança I	6	12
	Esperança II	6	
Unidade de Saúde da Família Interventoria	Interventoria	8	8
Unidade de Saúde da Família Maicá	Maicá	5	5
Unidade de Saúde da Família Matinha	Matinha I	5	11
	Matinha II	6	
Unidade de Saúde da Família Nova Esperança do Ituqui	Nova Esperança do Ituqui	4	4
Unidade de Saúde da Família Ribeirinha Antônio Evangelista	ESFR de Arapixuna	8	8
Unidade de Saúde da Família Ribeirinha de Santana do Ituqui	Santana Do Ituqui	6	6
Unidade de Saúde da Família Ribeirinha do Tingu	ESFR do Quilombo Tingu	7	7
Unidade de Saúde da Família São Braz	São Braz	11	11
Unidade de Saúde da Família São Jose	São José	4	4
Unidade de Saúde da Família da Floresta	Floresta I	4	16
	Floresta II	4	
	Floresta III	4	
Unidade de Saúde da Família de Alter do Chão	Alter Do Chão	7	7
Unidade de Saúde da Família de Mararu	Mararu	8	8
Unidade de Saúde da Família de Tabocal	Tabocal	6	6

Unidade de Saúde da Família do Amparo	ESF do Amparo	3	3
Unidade de Saúde da Família do Jacamin	Curua-Una	10	10
	Jacamim	9	9
Unidade de Saúde da Família do Maracanã	ESF Maracanã III	8	16
	ESF Maracanã II	5	
	ESF Maracanã I	3	

Fonte: Elaborado pela autora com base nas informações do Relatório de Visita Domiciliar do dia 01 de fevereiro a 30 de abril de 2022.

A tabela mostra também como está dividida as equipes, por exemplo, UBS do Maracanã a terceira com 16 ACS em campo (juntamente com UBS da Floresta), está dividida em três estratégias, sendo que a unidades de saúde cobre os bairros do Maracanã, Nova Vitória, Juá e Elcione Barbalho, na qual cada ESF cobre uma determinada área e cada ACS cobre um micro área de até 750 indivíduos e até 150 famílias.

A unidade da Floresta recentemente passou por reformas e atualmente atua como Unidade de Saúde da Família. A USF da Floresta é a primeira unidade passar por revitalização, uma exigência do Ministério da Saúde que solicitou a “informatização das Unidades de saúde em todo Brasil”. Assim, a UBS da Floresta é a primeira a ter prontuário eletrônico em Santarém e agora atende com horário estendido de 7h às 18h de segunda a sexta feira e 7h às 12h aos sábados, funcionamento que atende as condições do Programa Saúde na Hora (PREFEITURA DE SANTARÉM, 2021).

Para o bom funcionamento da UBS, após a etapa inicial de preenchimento dos dados, tem-se as etapas de monitoramento e acompanhamento, que acontece por meio do diagnóstico do paciente. O diagnóstico é feito por meio da visita dos ACS, nas residências, onde é coletado todas informações dos moradores e registrado na ficha de cadastro individual. No módulo de agenda profissional disponível no aplicativo *Conecte SUS Cidadão* ocorre o sistema de agendamento online (Figura 3 e 4). Na ficha de cadastro domiciliar, os moradores que possuem alguma doença, ou queixa é direcionado à unidade de saúde para a realização de consulta e encaminhado para fazer exames etc.

Figura 3: Telas para configuração de agenda online do profissional.

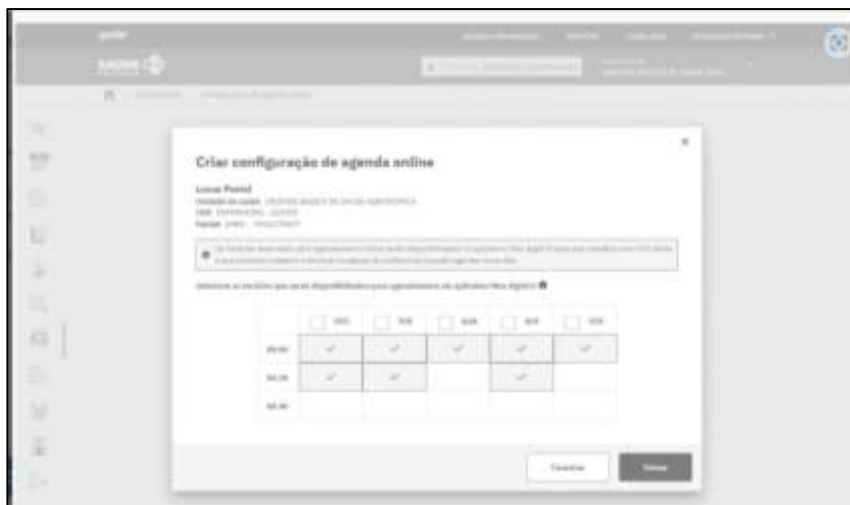


Figura 4: Arquitetura do Sistema de Agendamento Online.



Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Enquanto que, as etapas de prevenção e orientação acontecem por meio do planejamento da ESF e programação de micro área, uma vez que as campanhas são para atender os usuários do sistema com teste rápidos, a distribuição de medicamentos, preservativos, vacinas, encaminhamentos para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), e é esse método de monitoramento, acompanhamento, prevenção de orientação torna eficaz os tratamentos das atenção básica e impede que no mínimo de usuários tenham que recorrer aos serviços de média ou alta complexidade. Assim, a tabela abaixo mostra a quantidade de atendimento das ACS, nas visitas, em cada micro área, nas suas respectiva UBS.

Tabela 4: Quantitativo das visitas domiciliares e territoriais, realizadas no município, no primeiro semestre de 2022.

CENTROS DE SAÚDE	Equipes	Número de Atendimentos
Centro de Saúde Aparecida/Caranazal	Aparecida	5.087
	Caranazal I	3.499
	Caranazal II	3.681
Centro de Saúde Aritapera	Aritapera	4.488
Centro de Saúde Jardim Santarém I	Jardim Santarém I	2.301
	Jardim Santarém II	4.925
Centro de Saúde Santa Clara	ESF do Santa Clara	1.993
Centro de Saúde Santíssimo/ Prainha	Prainha	836
	Santíssimo I	1.478
	Santíssimo II	1.658
Centro de Saúde da Nova República	ESF do Nova República I	1.371
	ESF do Nova República II	2.397
Centro de Saúde de Boim	Boim	2.354
Centro de Saúde de Cachoeira do Arua	EACS do Cachoeira do Arua	7.476
Centro de Saúde de Curuai	ESF do Curuai	4.875
Lago Grande	Lago Grande	4.641
Centro de Saúde de Fatima	ESF da Aldeia	1.322
	ESF de Fátima	1.574
	ESF do Laguinho	2.308
Centro de Saúde de Guajara	Guajara	5.143
Centro de Saúde de Inanu	Inanu do Lago Grande	3.522
Centro de Saúde de Mapiri/Liberdade	Liberdade	2.687
	Mapiri	2.222
Centro de Saúde de Paissandu	Paissandu	5.379
Centro de Saúde de Piraquara	Piraquara	8.669
Centro de Saúde de Santana	Santana I	5.797
	Santana II	4.720
Centro de Saúde de São Ciriaco	EACS de São Ciriaco	8.881
Centro de Saúde de São Miguel	São Miguel	3.037
Centro de Saúde de São Pedro	São Pedro	2.145
Centro de Saúde de Vila Gorete	EACS Vila Gorete	2.691
Centro de Saúde de Vila Socorro	Vila Socorro	5.611

Centro de Saúde do Aeroporto Velho	Aeroporto Velho	1.968
Centro de Saúde do Jaderlândia	Jaderlândia	817
Centro de Saúde do Livramento	ESF do Livramento	4.958
	ESF do São José Operário	2.330
Centro de Saúde do Paraua	Paraua	6.538
Centro de Saúde do Santarenzinho	ESF do Santarenzinho III	1.437
	ESF do Santarenzinho II	2.405
	ESF do Santarenzinho I	2.110
Centro de Saúde do Tapara Grande	Tapara Grande	5.063
Unidade Básica de Saúde Corta Corda	ESF do Corta Corda	5.829
Unidade Básica de Saúde Jutai Urumari	EACS Jutai	7.841
Unidade Básica de Saúde Santo André	ESF Santo André I	1.676
	ESF Santo André II	3.314
Unidade Básica de Saúde Vitoria Regia	ESF Vitoria Regia	6.312
Unidade Básica de Saúde da Conquista	Conquista-Novo Horizonte	4.377
	SAO CRIST ALVORADA	4.226
Unidade Básica de Saúde de Santarém Miri	Santarém Miri	1.778
Unidade Saúde da Família Fluvial Abare I	ESFFSB ABARE I	5.556
Unidade Saúde da Família do Salvação	ESF do Salvação	1.517
Unidade de Saúde Margarida Maria Pereira Silva	Diamantino I	2.906
	Diamantino II	5.490
Unidade de Saúde da Família Área Verde	Área Verde	922
Unidade de Saúde da Família Boa Esperança	Boa Esperança	6.335
Unidade de Saúde da Família Dr. Everaldo Sousa Martins	ESF do Guaraná	6.210
Unidade de Saúde da Família Enf. Patrícia Coelho Rodrigues	ESF Uruará III	2.289
	Uruará I	3.082
	Uruará II	2.036
Unidade de Saúde da Família Enf. Maria de Fatima Maia Duarte	Cipoal	6.190
Unidade de Saúde da Família Esperança	Esperança I	3.602
	Esperança II	2.682
Unidade de Saúde da Família Interventoria	Interventoria	5.827
Unidade de Saúde da Família Maicá	Maicá	3.640
Unidade de Saúde da Família Matinha	Matinha I	2.896
	Matinha II	4.941
Unidade de Saúde da Família Nova Esperança do Ituqui	Nova Esperança do Ituqui	2.295

Unidade de Saúde da Família Ribeirinha Antônio Evangelista	Esfr de Arapixuna	4.654
Unidade de Saúde da Família Ribeirinha de Santana do Ituqui	Santana do Ituqui	4.916
Unidade de Saúde da Família Ribeirinha do Tingu	Esfr do Quilombo Tingu	2.736
Unidade de Saúde da Família São Braz	São Braz	7.535
Unidade de Saúde da Família São José	São José	3.543
Unidade de Saúde da Família da Floresta	Floresta I	2.798
	Floresta II	3.463
	Floresta III	1.494
Unidade de Saúde da Família de Alter do Chão	Alter do chão	1.866
Unidade de Saúde da Família de Mararu	Mararu	9.948
Unidade de Saúde da Família de Tabocal	Tabocal	6.904
Unidade de Saúde da Família do Amparo	Esf do amparo	1.379
Unidade de Saúde da Família do Jacamin	Curua-una	13.454
	Jacamim	10.049
Unidade de Saúde da Família do Maracanã	Esf Maracanã III	5.577
	Esf Maracanã II	5.622
	Esf Maracanã I	496

Fonte: Elaborado pela autora com base nas informações do Relatório de Visita Domiciliar do dia 01 de fevereiro a 30 de abril de 2022.

Conforme o estudo, nos centros de saúde, distribuídos no município de Santarém (TABELA 5), temos no comparativo que os maiores números de atendimento, cerca de 23.503 entre o dia 01 de fevereiro a 30 de abril ocorreram na Unidades de Saúde da Família de Jacamin, que atende com as equipes de Curua-una e Jacamin. Segundo Impacto (2015), a UBS atende à demanda de mais 11 comunidades: Tipizal, Perema, Santo da Boa Fé, Bom Jardim, São Raimundo da Palestina, Jota Pereira, Santa Cruz, Poço das Antas, São Jorge, Santa Rosa e Secretaria.

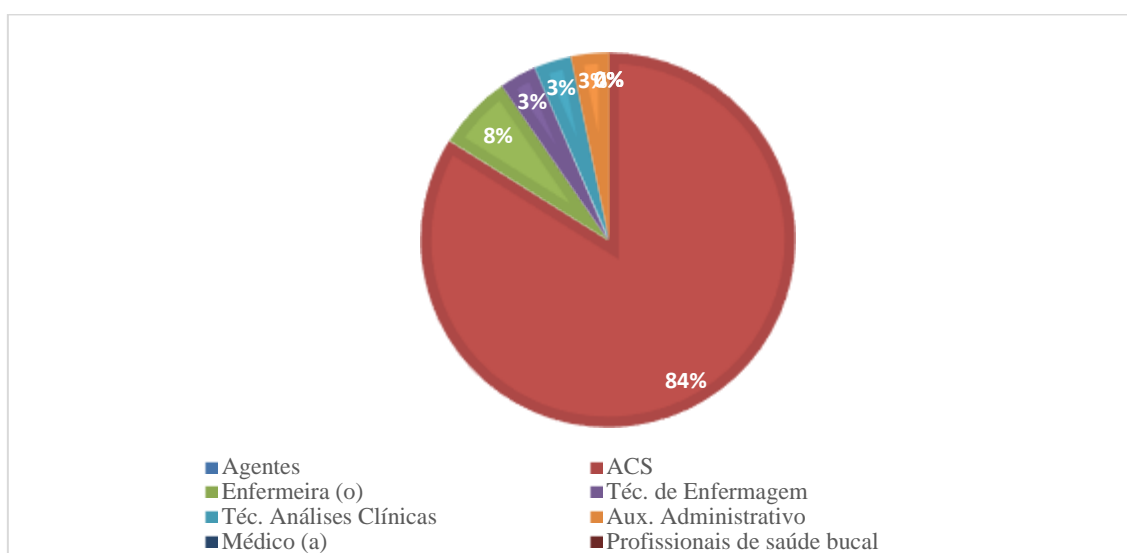
4.2 A gestão das Unidades de Saúde Básica no município de Santarém

A participação dos profissionais da Saúde, no estudo, trouxe uma gama de conhecimento muito importante para a construção dos resultados do trabalho. Conhecer como funciona a gestão de Unidade Básica de Saúde, assim como, saber como as atividades são desenvolvidas nos mostra de que forma, o poder público municipal atua na oferta dos serviços de saúde da população. As respostas dos profissionais: Agente comunitários de saúde,

Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliar administrativo e Técnico em análises clínicas, embasam a discussão que faremos neste tópico.

Os profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família (ESF), devem cumprir uma carga horária de 40 horas semanais. Os agentes comunitários de saúde, são a maioria que compõem a ESF, realizam o trabalho de campo e tem contato direto com os moradores de cada região, e apresentaram no estudo 83,9% de participação na pesquisa. Seguidos dos enfermeiros, com porcentagem de 6,5%, os técnicos em enfermagem com 3,2%, os técnicos em análises clínicas com 3,2% e por fim, os auxiliares administrativos também com 3,2% de participação, como aponta o gráfico 1.

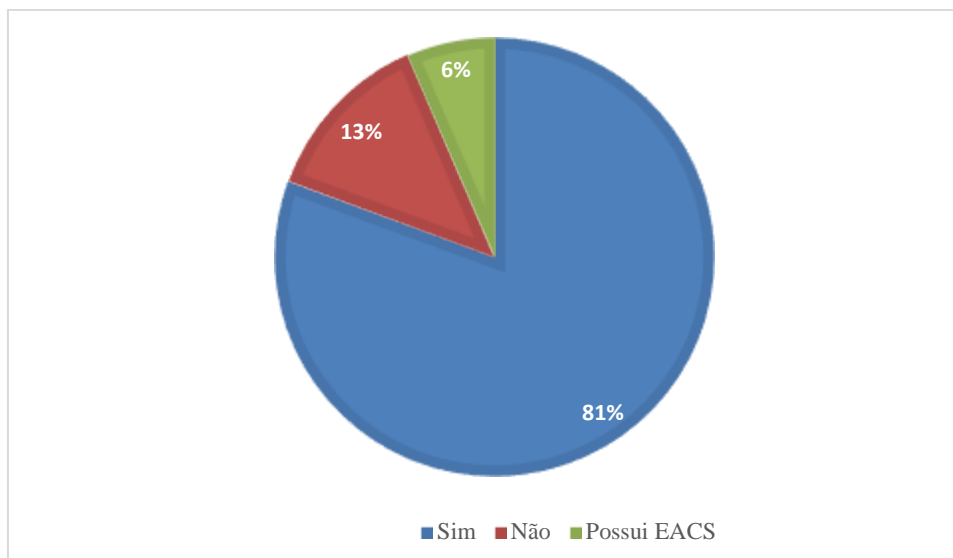
Gráfico 1 – Participação dos profissionais da Equipe de Saúde da família, na pesquisa, em Santarém, Pará.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

No município existem duas modalidades estratégicas, sendo a Estratégia de Saúde da Família, que deve conter os diferentes profissionais que atendam as distintas áreas: serviços médicos, odontológicos, necessidades básicas de enfermagem, com atuação dos ACS. A outra modalidade é chamada de “Equipe de Agentes Comunitários de Saúde - EACs”, que conta com, no mínimo, um enfermeiro e quatro agentes. Na pesquisa, encontramos que, 81% possui em sua UBS uma ESF, e 13% não possuem em suas comunidades. Porém, 6% relataram que a modalidade em sua unidade é de EACs se faz presente em sua realidade comunitária, conforme apresentado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Quantas unidades básicas de saúde possuem Estratégia Saúde da Família no município de Santarém, PA.



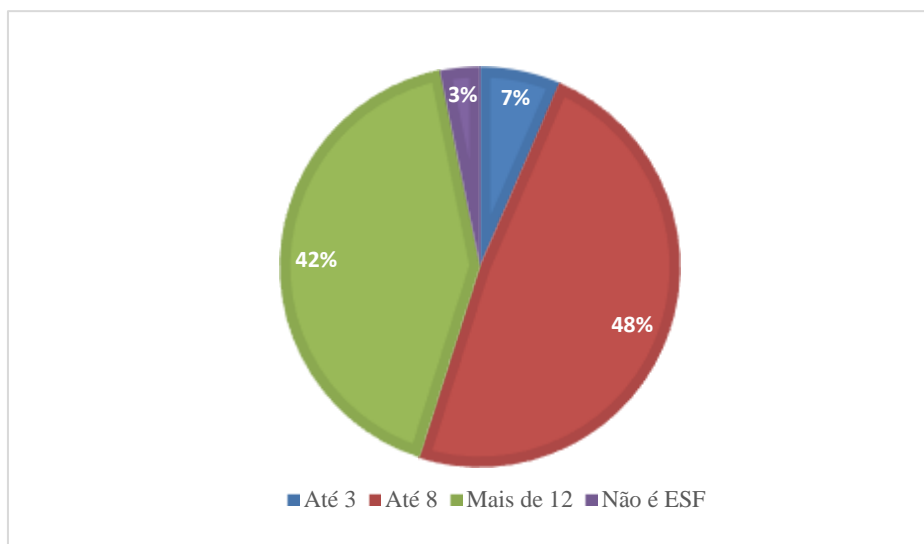
Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Além das duas modalidades descritas acima, ainda existem duas outras: a de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) que deve atender à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente à 8h/dia) e dois dias para atividades de educação permanente. Por fim, tem-se a modalidade das Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): onde ocorre o registro da produção e planejamento das ações desta equipe a exercer suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) (BRASIL, 2012).

Na composição das ESF deve ter no mínimo 11 profissionais sendo eles: um médico especialista, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um odontólogo e no mínimo 3 ACS, caso tenha esses profissionais e tenha um número menor que 11 profissionais é caracterizado como EACS.

A Estratégia Saúde da Família, temo como ideal, fornecer uma equipe composta por 11 profissionais, porém, o que encontramos no estudo, foi uma realidade com oferta de profissionais abaixo e acima, desta referência numérica. Observamos que 48% dos entrevistados sinalizaram ter mais de 08 profissionais, 42% tem mais de 12 profissionais, e outros 16,1% possuem menos profissionais que o necessário para formar a ESF.

Gráfico 3 – Quantos profissionais compõe a Estratégia Saúde da Família.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Na percepção dos entrevistados quanto ao número de profissionais, os 3% que disseram possuir menos profissionais que o necessário para formar a ESF, ainda relatam a sobrecarga de trabalho e falta de médicos, como um ponto de fragilidade:

“Na UBS que eu trabalho a enfermeira ocupa o cargo tipo de gerente da unidade, e também enfermeira da estratégia. Pouco ela trabalha fazendo visita, até mesmo ações, pois ela fica mais dentro da UBS” (ENTREVISTADA; 28 de maio de 2022).

“Uma dificuldade que posso falar é que não temos prédio próprio e ainda falta médicos” (ENTREVISTADO; 28 de maio de 2022).

No aspecto número de profissionais na equipe de saúde, a partir da opinião dos profissionais, que a construção da agenda no âmbito do planejamento das Unidades de Saúde, apesar de todas as potencialidades como o atendimento domiciliar agendados, apresenta suas fragilidades no quesito técnico quantitativo. A prática produtivista com a sobrecarga dos profissionais em suas funções ou ausência de médicos, podem causar prejuízo na qualidade da assistência à saúde.

4.2.1 A gestão da Estratégia de Saúde da Família, em Santarém

O trabalho desenvolvido pelos profissionais da ESF requer muita dedicação e compromisso com a saúde pública. A atuação destes profissionais, está, muito além, de apenas cumprir uma carga horária semanal, exige envolvimento e compromisso profissional, conforme será apresentado neste tópico.

Segundo o preconizado pela gestão pública municipal, devem ser ofertados um conjunto de serviços, descrito no quadro abaixo.

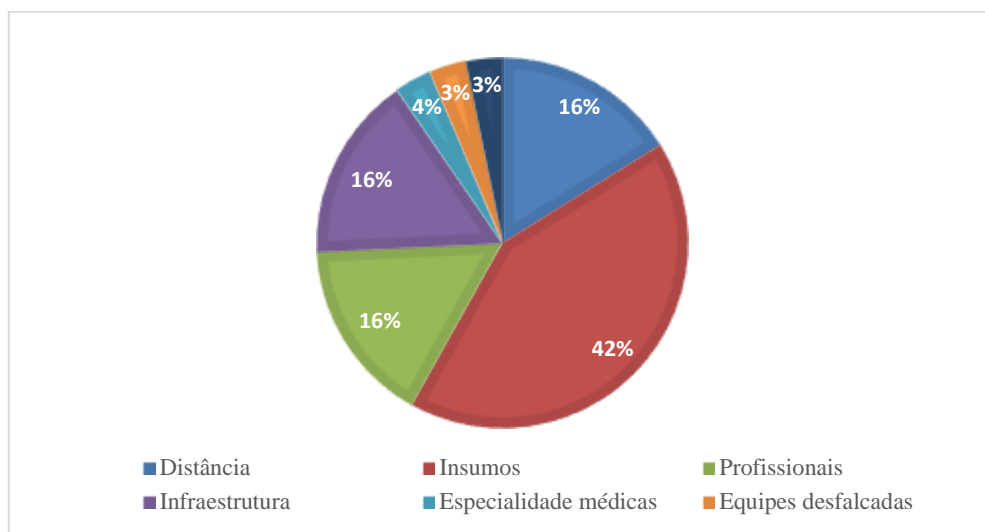
Quadro 1: Quais os serviços disponibilizados pelas Unidades de Saúde.

Serviços disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde	
Exames	coleta de exame preventivo do câncer de colo do útero (PCCU).
	coleta de sangue, fezes e urina.
Teste Rápidos	Aferição de Pressão Arterial e Glicemia (Hiperdia)
	Teste do pezinho
	testes de rápidos de gravidez
Consultas Médicas ou com enfermeiros	CD: consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos.
	Consultas em geral
	Vacinas em geral
Atendimento Odontológico	Limpeza, restauração
Entregas	Medicamentos
Programas	Hiperdia- Hipertensos e diabéticos
	Tuberculose
	Saúde da Mulher
	Saúde Mental
Planejamento Familiar	
Peso das Crianças	

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

No estudo, os entrevistados apresentam alguns desafios para a oferta dos serviços de saúde no cotidiano do seu trabalho profissional. As dificuldades foram associadas a falta de insumos, com 42%. Em seguida 16% indicam a ausência de profissionais, 16% tem a distância como maior dificuldade, 16% a carência de infraestrutura, 4% apontam a falta de especialidades médicas, 3% ESF desfalcada e por fim 3% indicaram a falta de materiais como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 4 – Principais desafios enfrentados na oferta dos serviços de Saúde.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

No estudo, foram citados pontos específicos sobre os problemas mais recorrentes nas unidades básicas de saúde de Santarém. Em sua maioria, as dificuldades relatadas foram internas, como a falta de local adequado para armazenamento de vacinas; a falta de iluminação, como no caso de comunidades, que não possuem fornecimento de energia 24 horas. Além, de outras dificuldades em relação a oferta dos serviços de saúde, das quais emergiram as seguintes respostas:

“No serviço de oferta de saúde bucal, existe a falta de materiais odontológico, de limpeza e de curativos” (ENTREVISTADA; 28 de maio de 2022).

“Os espaços são inadequados para realização de consultas e demora nos exames solicitados como ultrassom, mamografia e raio x”. (ENTREVISTADO; 28 de maio de 2022).

A falta de manutenção da saúde na atenção básica, influência nos agravos das doenças, na quantidade crescentes de casos na média e na alta complexidade, e as despesas com os tratamentos e as medidas de prevenções consequentemente acabam aumentando uma vez que o custo na média e alta complexidades são muito maiores. Por outro lado, observando o lado do paciente/ usuário os danos podem ser irreparáveis. Há casos em que a falta de medicamentos para um diabético ocasiona diversos problemas. A Dra. Daniele Zaninelli afirma que:

Deixar o tratamento de lado é um risco grave, já que as possíveis consequências da falta de insulina, das medicações e do controle do peso não afetam apenas um ou dois órgãos, mas atrapalham todo o organismo. “A falta do tratamento adequado aumenta o risco de complicações crônicas da doença, como alterações visuais, pé diabético e doenças cardiovasculares”, alerta a profissional (ZANINELLI, 2021).

Percebe-se nas falas acima que a falta de materiais, instrumental e manutenção de equipamentos constituem-se barreiras, para o atendimento satisfatório da população e esse fator afeta diretamente na efetivação das políticas públicas de saúde, ou seja, na prestação dos serviços de saúde.

Sobre a organização da oferta dos serviços de saúde bucal na ESF no Município estudado, foi possível verificar a existência de fragilidades quanto à disponibilidade de materiais aos serviços de saúde bucal, sendo uma possível barreira funcional comprometendo a plena utilização da capacidade instalada dos serviços existentes.

Em algumas comunidades, a unidade de saúde atende casos de emergência no período noturno, excedendo o horário de atendimento normal de oito horas. Os profissionais improvisam, algumas medidas, para não deixar os usuários desassistidos. Um entrevistado citou a dificuldade de acesso as Unidades como um problema a dificultar a acessibilidade do usuário aos serviços de saúde, pois, algumas UBS ficam a mais de 30km de distância da comunidade.

Algumas Unidades de Saúde estão localizadas em áreas muito distantes, com escassos meios de transporte, e em muitos casos sem energia, dessa forma, alguns profissionais sugeriram um sistema de energia solar para abastecer o fornecimento de energia para estas comunidades. Desta forma, teriam melhorias no desenvolvimento mais eficiente das UBS por meio do “Prontuário eletrônico” o que maximizaria o tempo e o espaço dentro da estrutura.

4.3 A gestão administrativa das UBS

A administração das unidades básicas de saúde em Santarém é de exclusividade dos profissionais de enfermagem. No estudo, emergiram alguns relatos que apontam que a administração poderia ser bem mais eficaz se fosse administrada por outro profissional, evitando acúmulo de função.

Quando os sujeitos da pesquisa foram questionados sobre esta situação da administração das Unidades, um dos entrevistados fez o seguinte relato, descrito abaixo:

“O mesmo enfermeiro que planeja, organiza e coordena as ações da UBS é mesmo que atende os pacientes e por isso fica sobrecarregado com tantas tarefas para desenvolver”. (ENTREVISTADA; 28 de maio de 2022).

Desta forma, este estudo aponta, quanto a administração das Unidades, é algo que deveria ser executado por profissionais que possuam a formação necessária para tal função. Deixando o profissional de enfermagem desempenhar sua competência, de assistir os pacientes, visando não comprometer a qualidade do trabalho executado pelo profissional de enfermagem. Uma opção, levantada pelos entrevistados, é que isso acontecesse por via de um gestor administrativo, especialista na área da saúde e na Estratégia de Saúde da Família.

Além disso, “ter apoio da gestão”, na esfera municipal, uma vez que a falta de insumos, médicos e materiais em geral é um dos principais pontos para o pleno desenvolvimento do trabalho.

O último ponto do questionário foi reservado para que os sujeitos, apresentassem sugestões e comentários, alguns sugeriram a uma “nova avaliação na aplicação dos serviços”, dentre outros, descritos abaixo:

“Seria bom que os gestores tivessem compromisso com a saúde da população de modo geral e aplicasse os recursos que vem pra essas demandas de forma exata não só fazerem maquiagem” (ENTREVISTADA; 28 de maio 2022).

“Os medicamentos e insumos em muitos dos casos não supre a demanda da população”. (ENTREVISTADO; 28 de maio de 2022).

“Precisa ser mandado material para se trabalhar pois o dentista atende 1paciente por agente de saúde por semana sendo que temos mais de 600 pessoas em cada área” e essa pode ser a realidade de mais de uma UBS”. (ENTREVISTADO; 28 de maio de 2022).

“Nossa UBS atende a região do médio lago grande por isso deveríamos ter uma melhor atenção por parte de nossos representantes”. (ENTREVISTADO; 28 de maio de 2022).

Por se tratar de um município que possui muitas especificidades é necessário a criação de estratégias que estejam de acordo com a realidade da região atendendo as demandas que estão distantes do centro urbano. A realidade do Município é a falta de profissionais para compor as ESF, é a falta de materiais para a manutenção dos serviços de saúde, é a falta de transportes adequado para os profissionais da região de rios e floresta, sendo que para o UBSF, o ABARÉ I e II são os principais meios de acesso a saúde dos moradores.

4.4 A Atenção Básica e as comunidades ribeirinhas: o caso do Lago Grande, em Santarém

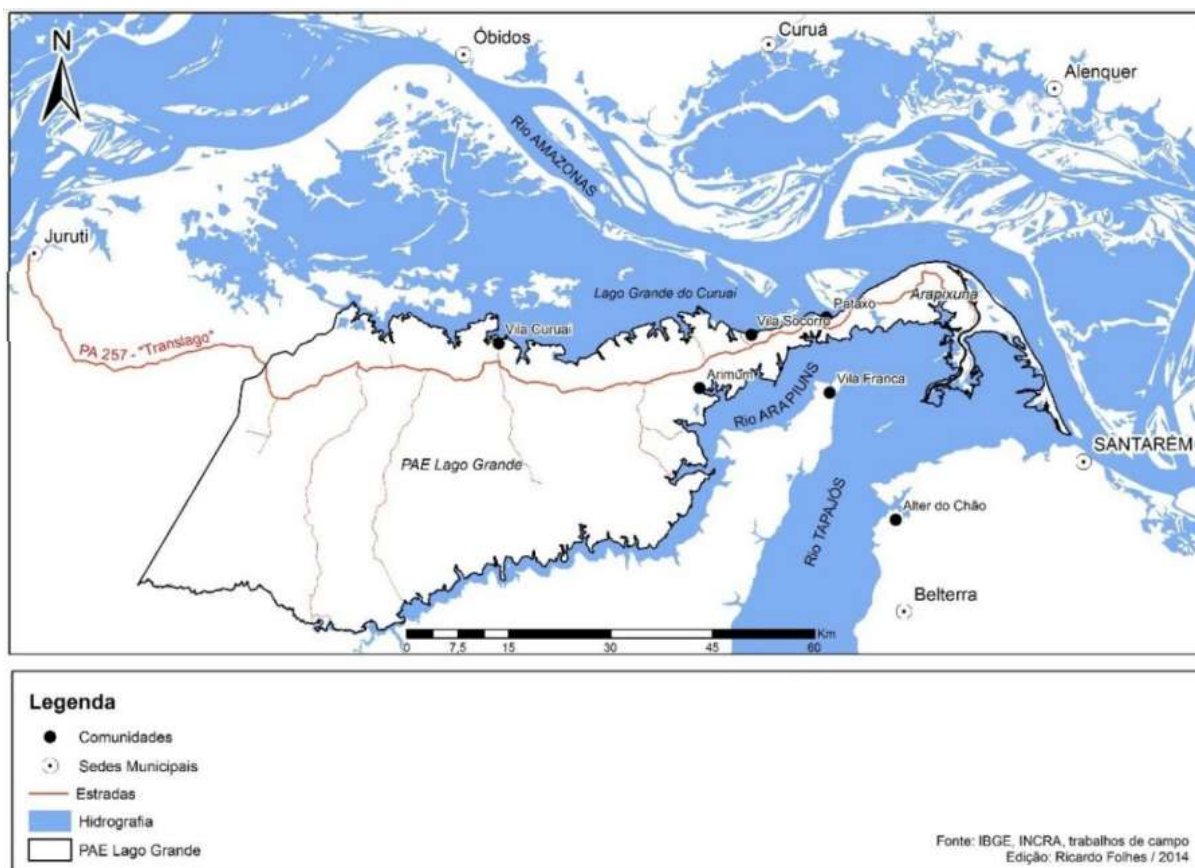
A região do Lago Grande está situada no Município de Santarém, e possui uma extensão de terra de 250 mil hectares sendo essa extensão parte do Projeto de Assentamento Agroextrativista (PAE). Esse assentamento engloba 144 comunidades e tem uma população que pode chegar até 35 mil pessoas, que tem a terra como seu recurso de subsistência (FIO CRUZ, 2019).

A área é rica em biodiversidade, as famílias que ali residem vivem dos extrativismos, da agricultura e da pesca. Os moradores com seu modo de subsistência, a favorecer o bem ecológico, fundamentadas no conhecimento empírico do bioma e respeitando suas peculiaridades ecológicas. É importante enfatizar que o modo de vida dos moradores é uma tentativa de sobrevivência, perante as adversidades no que tange à distância interferindo no modo de vida dessa população que não tem os mesmos acessos que a população que vive próximo ao centro da cidade (Figura 5).

O interesse por essas terras é antigo, segundo Folhes:

[...] A disputa pelo controle do acesso, uso e apropriação dos recursos naturais da várzea foram componentes importantes da história local, desde o período colonial, provavelmente de forma mais marcante que em outras regiões amazônicas distantes das várzeas, visto que ali a 31 fertilidade dos solos atraiu sobremaneira os interesses dos colonizadores. (FOLHES, 2016)

Figura 5: Localização do Lago Grande, no município de Santarém, PA.



Fonte: Folhes, 2016.

As comunidades ribeirinhas, possuem uma relação profunda com a natureza e seus ciclos, sua estrutura de produção baseada no trabalho da própria população, adequando-se ao que a natureza tem a oferecer, a manejar com seus conhecimentos tácitos e que se perpetuam na identidade do grupo (DIEGUES, 1996). Conforme descrito, no relato de experiência de uma agente comunitária da região do lago grande. Ela descreve que a

“A região do lago grande pode se considerar uma região de muitas diversidades devido sua extensão territorial onde divide-se em três sub-regiões alto, médio e baixo lago grande somos privilegiados por ainda podermos desfrutar da caça, pesca e da agricultura familiar”.
(ENTREVISTADA; 28 de maio de 2022).

A vida no Lago Grande é moldada sazonalmente pelas enchentes e vazantes das águas fluviais, tratar sobre está dinâmica de várzea (rica), terra firme (pobre). A identidade da

população está ligada a terra, ao modo de vida. Há os que moram na área de várzea e os que vivem na terra firme e cada um tem sua história com o lugar em que vive (FOLHES, p. 26, 2016). Assim o trabalho dos agentes comunitários na região convive com esta realidade:

“ACS funciona de acordo com nossa realidade digo (peculiaridade) sabe se que temos que desenvolver nossas atividades, mas infelizmente não podemos fazer além do que nós somos permitidas dentro da nossa atribuição mesmo sabendo das dificuldades de nossa população.”

Os moradores da região de rios vivem de forma isolada devido a ocupação geográfica que estão, e existem dificuldades para acessar os serviços de saúde básicos, assim como, acesso à informação e a outros serviços de públicos, pois a realidade é que as comunidades estão isoladas. Como apontado no relato da agente:

“A equipe divide-se em estratégia saúde da família e EACS que é a estratégias de agentes comunitário de saúde. Posso citar a comunidade de castanhazinha que é uma das últimas comunidades da região do Lago Grande tendo em médio mais ou menos 32 km só uma base não sei ao certo, E o nosso deslocamento varia do local de abrangência usamos moto, carro, bicicletas e rabeta no meu caso uso bicicleta e moto”. (ENTREVISTADA; 28 de maio de 2022).

Os relatos sobre a vivência, na região de rios, mostram as particularidades que o território possui. O autor abaixo descreve abaixo, uma possibilidade para se estabelecer um planejamento com base, nas especificidades do local, em que há a necessidade de se obter um acesso digno imediato.

“Ter um bom planejamento é fundamental ao prestamos assistência à saúde das populações rurais. Devido as peculiaridades da região amazônica, é preciso organizar previamente tudo que for desafiador para a equipe de saúde que estará isolada, cujo o intuito é garantir um atendimento satisfatório e de qualidade. Neste sentido, não basta apenas oferecermos serviços de saúde esporádicos, visto que existe a necessidade de aprimorar o acesso dessas populações à serviços essenciais básicos, especialmente serviços de saúde regulares e contínuos (FRANCO EC, et al., 2015).”

Assim, será possível que centenas de pessoas possam ter seu direito a saúde como descritos nos princípios do SUS, de forma universal, com equidade, integralidade, descentralizado e com participação popular.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho visou demonstrar a gestão das Unidades básicas de saúde para os usuários do SUS e para atenção básica na prestação de serviços de saúde no município de Santarém. Considerando as especificidades do oeste do estado do Pará, com seus vastos rios, lagos, várzeas e áreas de florestas. Entende-se que Atenção Básica e as Unidades Básicas de Saúde são essenciais para a manutenção da saúde coletiva e individual, e seus profissionais de saúde são indispensáveis para a efetivação de tais políticas, tendo em vista, serem os profissionais os responsáveis pela linha de frente e contato direto com a população.

Porém, a pesquisa demonstrou que em muitos casos a falta de suprimentos e insumos indispensáveis tem ocasionado a não efetivação da prestação dos serviços básicos, nas Unidades de Saúde, além disso, a falta de profissionais impede a formação de Estratégias de Saúde da Família, sendo essa a principal, estratégia da atenção básica. Outro ponto, é sobrecarga de tarefas impostas aos gestores também fica evidente, uma vez que a administração das Unidades é realizada majoritariamente por enfermeiros que tem a função de administrar todas as tarefas realizadas pelas UBS e ainda desempenhar sua função de enfermeiro.

Entende-se que o município possui autonomia para gerenciar as unidades de saúde assim como repassar materiais e outros recursos para o desempenho das atividades, mas a realidade é a falta de medicamentos, produtos de limpeza, a falta de insumos para curativos, insumos para o trabalho odontológico, estrutura física para consulta, insumos para exames de rotina como teste rápido de glicemia, PCCU e outras coletas.

Por se tratar de uma região com suas especificidades territoriais e suas longas distâncias, entende-se que o transporte deve ser diferenciado, pois se trata de uma região que abrange dezenas de comunidades ribeirinhas, que possuem o direito à saúde, tanto quanto uma pessoa que mora no centro da cidade. A efetivação das políticas existentes para as comunidades ribeirinhas deve partir primeiramente da Gestão Municipal e para que isso aconteça deve existir um comprometimento com saúde e com a coisa pública.

Em muitos relatos na pesquisa os profissionais comentaram sobre os vários desafios e dificuldades, dos mais variados tipos, mas ainda assim, desempenham o seu trabalho com empenho e dedicação, apesar das péssimas condições dispostas, tais como, a falta de luz, estrutura ou material inadequado. O que a saúde pública precisa em essencial é de fato o comprometimento de gestores que estejam dispostos a fazer uma administração eficiente e eficaz, a exigir de suas equipes o melhor.

A reivindicação dos direitos deve sim partir de cada cidadão e de cada órgão que possa

incentivar a buscar a concretização e consolidação dos direitos. A luta pela melhoria da saúde pública é o primeiro passo para um Sistema Único de Saúde eficaz e universal, cada cidadão, seja ele um morador, um profissional da saúde pública, um gestor tem a sua função na construção, no desenvolvimento e na melhoria do SUS.

A experiência que o estudo trouxe, foi a respeito, do dia a dia dos profissionais, os relatos foram ricos em conhecimentos de um setor tão importante para a qualidade de vida da população. É interessante ressaltar o modo de vida distinto, entre as zonas urbana, rural e de rios. A relação com o meio ambiente é diferenciada, a subsistência e a relação com o rio também. É uma cultura rica e complexa. Os desafios que o processo de construção textual nos trouxe, foi no acesso às informações, e conseqüentemente aos profissionais devido à distância, porém com os esforços de ambas as partes foi possível a conclusão deste trabalho.

Ainda como, resultado deste estudo, é importante sugerir, pesquisas mais aprofundadas sobre a necessidade de um gestor, da unidade de saúde, ser um profissional com formação para desempenhar tal cargo. Algumas inquietações perpassam pela mente desta pesquisadora: Seria mais eficaz o gestor da UBS ser um profissional da saúde como por um Enfermeiro? Seria mais eficiente que este profissional desempenhasse apenas a uma função ou a de enfermeiro ou a de gestor? Outro ponto latente no trabalho é, porque tanta falta de insumos e profissionais? Falta de verba e recurso federal pra manutenção da saúde e do quadro de funcionário? São pergunta ainda sem repostas, mas inquietações para estudos futuro.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 5, p. 1499-1510, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 25 maio 2022.
- BACHELARD, G. **Essai sur la connaissance approchée**. 3. ed. Paris: Librairie Philosophique, 1990.
- BECKER, Bertha Koiffmann. Novas territorialidades na Amazônia: desafio às políticas públicas. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 17-23, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-81222010000100003>.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. 5. Ed. São Paulo, 2011.
- BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, SEÇÃO II - DA SAÚDE, Art. 196 - 200. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 mar. 2021.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL. Lei, de 19 de setembro de 1990. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DISTRITO FEDERAL, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 31 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?** Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 21 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS Princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf> Acesso em: 28 fev 2021.

CARVALHO, Antônio Ivo de *et al.* DETERMINANTES SOCIAIS NA SAÚDE, NA DOENÇA E NA INTERVENÇÃO. In: GIOVANELL, Lígia; LOBATO, Sarah; COSTA, Lenaura de Vasconcelos; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio Janeiro: Fio Cruz, 2012. Cap. 4. p. 141-166.

CASTRO, Edna Maria Ramos de; FIGUEIREDO, Silvio Lima. **Sociedade, campo social e espaço público**. Belém: NAEA, 2014.418 p. Disponível em:http://www.naea.ufpa.br/images/Livros/Sociedade_Campo_Social_e_Espao_Pblico.pdf. acesso em: 11 de jul. de 2022.

COBRA, Bruno Tessari; PEGORARO, Ilka Barbosa; GONÇALVES, Mari Aangela; OLIVEIRA, Maria Alice F. Colli de. **PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. 2012. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssauade/pdf/pgm-saude-fam-historico.pdf>. Acesso em: 25 maio 2022.

CORDOBA, Elisabete. **SUS E ESF: sistema único de saúde e estratégia saúde da família**. São Paulo: Rideel, 2013. 296 p.

DIEGUES, A.C. **O mito moderno da natureza intocada**. São Paulo: Hucitec. 169 p. 1996.
FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2.

FOLHES, Ricardo Theophilo. **O LAGO GRANDE DO CURUAI: HISTÓRIA FUNDIÁRIA, USOS DA TERRA E RELAÇÕES DE PODER NUMA ÁREA DE TRANSIÇÃO VÁRZEA-TERRA FIRME NA AMAZÔNIA**. 2016. 300 f. Tese (Doutorado) - Curso de Geografia, Institut Des Hautes Études de L'amérique Latine, Université Paris 3 Sorbonne Nouvelle, Belém, 2016. Cap. 2.

GARUZI M, ACHITTI MCO, SATO CA, ROCHA SA, SPAGNUOLO RS. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa**. Rev. Panam Salud Publica. 2014; 35(2):144–9.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 8, p. 1-5, 20 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00029818>. Acesso em: 24 mar. 2021

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCORE, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de, CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**. São Paulo: Cebes, 2009. p. 575-626.

IMPACTO, Rg 15/O. **Comunidade de Jacamim recebe nova Unidade de Saúde**. 2015. Disponível em: <https://oimpacto.com.br/2015/05/21/comunidade-de-jacamim-recebe-nova-unidade-de-saude/>. Acesso em: 01 jul. 2022.

LUCHESE, Patrícia T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública** / Patrícia T. R. Lucchese, coord, Dayse Santos Aguiar, Tatiana Wargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinias Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MAPA DE CONFLITOS (Brasil). **PA – Centenas de comunidades de assentados de Lago Grande são ameaçadas pela mineração enquanto aguardam os títulos coletivos de suas terras.** Disponível em: <http://mapadeconflitos.ensp.fiocruz.br/conflito/pa-centenas-de-comunidades-de-assentados-de-lago-grande-sao-ameacadas-pela-mineracao-enquanto-aguardam-os-titulos-coletivos-de-suas-terras/>. Acesso em: 07 jul. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona#:~:text=O%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)%20%C3%A9%20um%20dos%20maiores,toda%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona#:~:text=O%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)%20%C3%A9%20um%20dos%20maiores,toda%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs). Acesso em: 22 fev. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/02/>. Acesso em: 30 abr. 2021.

PENA, Rodolfo F. Alves. "Floresta Amazônica"; *Brasil Escola*. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/brasil/floresta-amazonica.htm>. Acesso em 30 de maio de 2022.

PORTO ALEGRE - RS. ATENÇÃO BÁSICA DO RS. (org.). **E-SUS APS.** Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/e-sus>. Acesso em: 21 jun. 2022.

PORTUGAL, Jéssica Karoline Alves; REIS, Marcelo Henrique da Silva; VALÉRIO, Fernanda Katrine Pantoja; BARÃO, Évelyn Janaína da Silva; FREITAS, Duã Louise Aires de; SOUZA, Tanny Thaylle Gomes de; REIS, Yara da Silva dos; SILVA, Mariana Paula da; BATISTA, Gabriel Maia; PINHEIRO JUNIOR, José Carlos Ferreira. **PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE RIBEIRINHOS DE UM MUNICÍPIO DO AMAZONAS ENTRE OS ANOS DE 2017 A 2019. Saúde em Foco: Temas Contemporâneos - Volume 3, [S.L.], p. 541-550, 2020.** Editora Científica Digital. <http://dx.doi.org/10.37885/201001600>.

PREFEITURA DE SANTARÉM. Weldon Luciano. **Unidade de Saúde no Bairro Floresta é revitalizada e a primeira a ter prontuário eletrônico em Santarém.** 2021. Disponível em: <https://santarem.pa.gov.br/noticias/saude/revitalizada-unidade-de-saude-no-bairro-floresta-e-a-primeira-a-ter-prontuario-eletronico-em-santarem-vuyycs>. Acesso em: 01 jul. 2022.

PROJETO SAÚDE & ALEGRIA (Santarém). **Abaré - Saúde da Família Fluvial.** Disponível em: <http://saudeealegria.org.br/saude-comunitaria/abare-saude-familia-fluvial/>. Acesso em: 13 jun. 2022.

SANTARÉM. CÂMARA MUNICIPAL DE SANTARÉM. **O MUNICÍPIO.** Disponível em: <https://santarem.pa.leg.br/o-municipio/>. Acesso em: 08 jun. 2022.

SAÚDE, SUMMIT. **Conheça a história da Saúde Pública no Brasil.** 2019. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/conheca-a-historia-da-saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: 08 jul. 2022.

SHIMIZU, HELENA ERI; JUNIOR, DANIEL ALVÃO DE CARVALHO. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9):2405-2414, 2012.

SILVA, Emmanuel. **PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.** Santarém: Secretário Municipal de Saúde de Santarém, 00. 30

slides, color. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/6seminario/temas_simultaneos/31/sala3/5_emmanuel.pdf.
Acesso em: 01 jul. 2022.

SKIDMORE, Thomas E. **Uma história do Brasil**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998. 328 p.

SUS. **UM SISTEMA DE SAÚDE ÚNICO NO MUNDO**. 20 anos. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_politica_inclusao_social.pdf. Acesso em: 12 maio 2021.

ZANINELLI, Dra. Daniele. **Quais são os principais riscos associados ao abandono do tratamento do diabetes?** 2021. Disponível em: <https://cuidadospelavida.com.br/saude-e-tratamento/diabetes/riscos-abandono-tratamento-diabetes>. Acesso em: 01 jul. 2022.

APÊNDICE A – ENTREVISTA**Formulário: Entrevista com profissionais da Saúde**

Os dados serão utilizados para a construção de um trabalho de conclusão de curso.

***Obrigatório**

1. E-mail *

2. Quantos anos de experiência?

3. Cargo *

ACS

Enfermeira (o)

Médico (a)

Profissionais de saúde bucal

Téc. de Enfermagem

Auxiliar técnico

Outro: _____

4. Qual UBS?

5. Qual Zona?

Urbana

Rural

Regiões de Rios

Outro: _____

6. Quantos profissionais tem na UBS? *

- Até 5 profissionais
- Até 10 profissionais
- Até 15 profissionais
- Outro: _____

7. Quantos usuários em média mensal são atendidos pela sua UBS? *

- menos de 100 pessoas
- mais de 100 pessoas
- mais de 150 pessoas
- mais de 200 pessoas
- mais de 250 pessoas
- Outro: _____

8. A UBS possui estratégia saúde da família? *

- Sim
- Não
- Outro: _____

9. Quanto profissionais compõe a ESF? *

- Até 3
- mais de 8
- mais de 12
- Outro: _____

10. Quais os principais serviços ofertados pela UBS?

11. Quais os desafios na oferta dos serviços de saúde? *

- Distância
- Insumos
- Profissionais
- Infraestrutura
- Outro: _____

12. Cite uma dificuldade/ problema específico da sua UBS *

13. Quais as maiores dificuldades da ESF em desempenhar o seu trabalho?

14. Qual profissional é responsável pela administração/ gestão da sua UBS?

- Médico (a)
- Enfermeiro (a)
- ACS
- Téc. de enfermagem
- Auxiliar Técnico
- Profissionais de saúde bucal
- Outro:

1. Qual a sua opinião sobre administração/ gestão da sua UBS?

15. O que melhoraria o funcionamento da sua UBS?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
REITORIA

SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA CENTRAL RUY BARATA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

1. Identificação do autor

Nome completo: Fabiana Letícia Costa de Sousa

CPF: 795.966.812-49 RG: 6054585 Telefone: (93) 99205 6561

E-mail: fabiana.lcs23@outlook.com

Titulação recebida: Bacharel em Gestão Pública e Desenvolvimento Regional

Seu e-mail pode ser disponibilizado na página de rosto?

Sim Não

2. Identificação da obra

Monografia TCC Dissertação Tese Artigo científico Outros: _____

Título da obra: Gestão da Saúde: Um estudo da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde de Santarém.

Programa/Curso de pós-graduação: Gestão Pública e Desenvolvimento Regional

Data da conclusão: ____/____/____

Orientador: Professora Doutora Ináilde Corrêa de Almida

E-mail: inaildealmida@hotmail.com

Co-orientador: _____

Examinadores: Professora Doutora Giselle Alves Silva

Professora Doutora Antônia Socorro Pina da Gama

3. Termo de autorização

Autorizo a Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) a incluir o documento de minha autoria, acima identificado, em acesso aberto, no Portal da instituição, na Biblioteca Ruy Barata, no Repositório Institucional da Ufopa, bem como em outros sistemas de disseminação da informação e do conhecimento, permitindo a utilização, direta ou indireta, e a sua reprodução integral ou parcial, desde que citado o autor original, nos termos do artigo 29 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Essa autorização é uma licença não exclusiva, concedida à Ufopa a título gratuito, por prazo indeterminado, válida para a obra em seu formato original.

Declaro possuir a titularidade dos direitos autorais sobre a obra e assumo total responsabilidade civil e penal quanto ao conteúdo, citações, referências e outros elementos que fazem parte da obra. Estou ciente de que todos os que de alguma forma colaboram com a elaboração das partes ou da obra como um todo tiveram seus nomes devidamente citados e/ou referenciados, e que não há nenhum impedimento, restrição ou limitação para a plena validade, vigência e eficácia da autorização concedida.

Santarém, 12 / 08 / 2022.

Fabiana Letícia Costa de Sousa

Assinatura do autor

4. Tramitação

Secretaria / Coordenação de curso

Recebido em ____/____/____. Responsável: _____

Siape/Carimbo