

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO PÚBLICA - UAB/ CAPES

JAQUELINE HÖNIG

**A EFETIVIDADE DA ESF DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DA VILA SÃO PAULO DE SAPIRANGA NA PREVENÇÃO
E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

PORTO ALEGRE

2012

JAQUELINE HÖNIG

**A EFETIVIDADE DA ESF DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DA VILA SÃO PAULO DE SAPIRANGA NA PREVENÇÃO
E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gestão Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientador: Rogério Faé

PORTO ALEGRE

2012

JAQUELINE HÖNIG

**A EFETIVIDADE DA ESF DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
DA VILA SÃO PAULO DE SAPIRANGA NA PREVENÇÃO
E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gestão Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Conceito final:

Aprovado em dede.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Orientador – Prof. Dr. – Instituição

Dedico este trabalho ao meu filho João Pedro e ao meu esposo Pedro Luis Hönig pelo amor e importância que representam em minha vida.

Primeiramente agradeço a Deus, por sempre iluminar meus pensamentos.

A meu orientador pela dedicação dispensada durante a elaboração deste trabalho, bem como seus ensinamentos que foram indispensáveis para a realização deste estudo.

Aos professores tutores que ao longo do curso tão bem orientaram para a busca do saber e foram fundamentais para o processo de ensino-aprendizagem.

A meu esposo, Pedro, por me incentivar infinitamente e me fazer acreditar na realização deste Projeto.

A minha colega e amiga Marlei, sempre muito prestativa e companheira desta caminhada.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão do presente trabalho.

Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles.

Augusto Cury

RESUMO

O atual trabalho apresenta uma pesquisa descritiva sobre a importância da efetividade da Estratégia da Saúde da Família – ESF da Unidade Básica de Saúde – UBS da Vila São Paulo de Sapiranga na prevenção e controle da hipertensão arterial, além disso, o estudo focaliza a ESF enquanto Política Pública e sua relevância no trabalho de promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde - APS, bem como cita autores que falam a respeito da importância de programas públicos, os quais atuam com eficácia e efetividade na solução das mazelas sociais, especialmente, aqueles direcionados para o setor da saúde. Logo, o presente estudo almeja abordar o tema da efetividade de uma Política Pública em seu trabalho de prevenção e controle da hipertensão arterial, refletindo sobre o desempenho da mesma junto ao contexto, o qual tenta modificar, bem como objetiva verificar a efetividade da Equipe da ESF na Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo de Sapiranga, enquanto política pública, em relação à prevenção e ao controle da hipertensão arterial. Também convém salientar que o estudo pretende pesquisar e descrever sobre a ESF; pesquisar características do bairro beneficiado pela ESF; coletar e recolher dados a respeito das famílias assistidas pela Estratégia e da própria ESF em destaque. Já em relação à metodologia, o trabalho evidencia a pesquisa descritiva, a qual para, Collis e Hussev (2005), caracteriza-se por um estudo que se preocupa em descrever o comportamento dos fenômenos, sendo ainda utilizada para identificar e obter informações sobre aspectos de uma determinada questão. No que tange a síntese dos resultados é importante enfatizar que a ESF não consegue atender a demanda a contento, seja pela carga horária estipulada, seja pela falta de efetivo; também se observou que há determinado comprometimento da ESF em relação à prevenção e ao controle da hipertensão, entretanto, o controle da mesma fica, na maioria das vezes, sob responsabilidade do próprio paciente, visto que é ele quem vai até a UBS levar sua “carteirinha” para a verificação e registro. Desta forma, faz-se oportuno ressaltar que o trabalho de conscientização precisa ser constantemente revisto e melhor analisado.

Palavras-chave:

Políticas Públicas. Estratégia da Saúde da Família. Efetividade. Hipertensão Arterial. Prevenção. Tratamento.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
1 POLÍTICAS PÚBLICAS – REFERENCIAL TEÓRICO	12
1.1 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS	14
1.1.1 Quanto aos tipos de avaliação	15
2 UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	18
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	19
2.2 FUNCIONAMENTO DO SUS	20
3 ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF	24
3.1 O MUNICÍPIO DE SAPIRANGA E A VILA SÃO PAULO	26
3.2 A ESF NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA VILA SÃO PAULO DE SAPIRANGA	26
3.3 EM RELAÇÃO AO FUNCIONAMENTO DA ESF	28
3.4 UMA PERCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS ASSISTIDAS PELA ESF	28
4 HIPERTENSÃO ARTERIAL: AGRAVOS, CONTROLE E PREVENÇÃO	30
4.1 PREVENÇÃO E CONTROLE DE HIPERTENSÃO PELA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DA UBS DA VILA SÃO PAULO DE SAPIRANGA	31
5 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	34
5.1 COLETA DE DADOS	35
5.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	48
ANEXOS	56

INTRODUÇÃO

Inicialmente, faz-se necessário evidenciar que o foco da preocupação social mudou da exata relação de pobreza para a desigualdade entre grupos na sociedade, no que tange, principalmente, em relação à renda e ao acesso aos serviços públicos, conforme aponta Maria Paula dos Santos (2009). Ainda, de acordo com a autora, as políticas desenvolvidas na área da saúde e da educação são essenciais na formação de um país, o qual deseja promover a equidade entre todos os brasileiros, sem distinção alguma. Nesse sentido, a pretensão do presente trabalho é de externar certas impressões e suscitar algumas reflexões a respeito da Estratégia da Saúde da Família – ESF enquanto Política Pública, sua efetividade no trabalho de prevenção e controle da hipertensão arterial nas famílias assistidas pela Estratégia. No que tange este tema, faz-se necessário evidenciar que no Brasil, conforme cita o Ministério da Saúde (2012), a hipertensão tem sido o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Logo, é preciso salientar que cabe ao Estado amparar legalmente as famílias desprovidas de recursos próprios de subsistência e neste aspecto, há políticas públicas que visam instaurar estratégias de saúde pública intencionadas à redução da hipertensão arterial, bem como suas decorrentes complicações. Além disso, faz-se necessário repensar sobre o papel das políticas públicas, as quais almejam a redução da desigualdade social e a instituição da cidadania, agindo com eficácia e efetividade no contexto social.

Corroborando com tais perspectivas, é preciso evidenciar que no Município de Sapiiranga há vários bairros periféricos, os quais abrigam cidadãos que se encontram em situação vulnerável, dentre eles, a Vila São Paulo, cuja localização está ao extremo norte da cidade, a qual é contemplada com uma ESF que será objeto de estudo deste trabalho. Nesse âmbito, torna-se imprescindível que haja políticas públicas, bem como programas ou estratégias que almejem diminuir os problemas sociais e oportunizem serviços e ações com o intuito da promoção e a prevenção da saúde, atendendo as necessidades mais básicas desta e tantas outras comunidades que se encontram em situação carente.

Desse modo, evidencia-se como parte de uma política pública, para o atual estudo, a ESF da Unidade Básica de Saúde – UBS da Vila São Paulo de Sapiiranga,

a qual atende diretamente famílias deste bairro do município. Vale ressaltar que a ESF visa o trabalho de promoção da saúde, bem como ações de Atenção Primária à Saúde – APS, justificando assim a atuação da equipe neste bairro periférico da cidade.

Assim, é oportuno salientar que o atual trabalho torna-se viável, uma vez que oportuniza a verificação da efetividade da ESF na UBS da Vila São Paulo de Saporanga, em relação à prevenção e ao controle da hipertensão arterial, se as ações desenvolvidas pela Equipe estão de acordo com os princípios do SUS e da própria Estratégia da Saúde da Família. A partir deste estudo, poder-se-á ter uma noção dessas ações desempenhadas pela Equipe já referida, ou seja, se está havendo eficácia e efetividade enquanto política pública.

Problema de pesquisa: Qual a efetividade da ESF na Unidade Básica de Saúde – UBS da Vila São Paulo de Saporanga, enquanto política pública, em relação à prevenção e ao controle da hipertensão arterial?

Objetivo Geral:

Avaliar a efetividade da equipe da ESF na Unidade Básica de Saúde – UBS da Vila São Paulo de Saporanga, enquanto política pública, em relação à prevenção e ao controle da hipertensão arterial.

Objetivos Específicos:

Pesquisar e descrever sobre a ESF;

Pesquisar características do bairro beneficiado pela ESF;

Recolher dados a respeito das famílias assistidas pela ESF;

Coletar dados sobre a equipe da ESF na Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo – Saporanga;

Pesquisar sobre hipertensão arterial;

Verificar a aplicação da ESF na comunidade local; e

Verificar a efetividade da equipe da ESF na UBS da Vila São Paulo de Saporanga, enquanto política pública, na prevenção e controle da hipertensão arterial.

1 POLÍTICAS PÚBLICAS – REFERENCIAL TEÓRICO

Conforme esclarece Santos (2009), é extremamente importante que haja políticas públicas que atuem com eficiência, eficácia e efetividade na elucidação de problemas sociais. Para a autora, “as políticas públicas são implementadas mediante alguns processos destinados a gerar produtos com a finalidade de produzir efeitos, ou seja, transformar a realidade.” Nesse sentido, é válido salientar que cabe ao Estado amparar legalmente as famílias desprovidas de recursos próprios com políticas públicas que almejem a redução da desigualdade social e a inserção dos indivíduos enquanto cidadãos. Assim, é notório que haja políticas públicas, as quais operem com efetividade no âmbito social.¹

Vale enfatizar que as políticas públicas são condizentes com os deveres do Estado, tendo como um dos seus principais desígnios o enfrentamento e a redução dos efeitos devastadores sobre a vida social provocado pelos sistemas de produção, especialmente no capitalismo, o qual propicia na estrutura social, desigualdades em relação a sua própria constituição econômica. No âmbito de políticas sociais, surge então o Sistema Único de Saúde (SUS) em prol da universalização do direito à saúde de acordo com políticas públicas embasadas na universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2006). Conforme salienta Draibe (1997), essa concepção da política de saúde no Brasil aproxima-se do modelo institucional-redistributivo, com o intento do Estado em reduzir os efeitos da questão social, a partir da promoção e garantia da implantação de seus princípios.

Como também enfatiza Jaccoud (2008, p.3):

[...] as políticas sociais fazem parte de um conjunto de iniciativas públicas, com o objetivo de realizar, fora da esfera privada, o acesso a bens, serviços e renda. Seus objetivos amplos e complexos, podendo organizar-se não apenas para a cobertura de riscos sociais, mas também para a equalização de oportunidades, o enfrentamento das situações de destituição e pobreza,

¹ Eficácia: Relaciona atividades com seus produtos iniciais, intermediários e finais (metas e objetivos). Exemplo: 100% do número de crianças vacinadas.

Eficiência: Relaciona os produtos com seus custos (financeiros, humanos, tempo). Exemplo: Custo por criança/ vacina 2% menor que o custo médio dos últimos cinco anos. Todos os prazos previstos cumpridos.

Efetividade: Relaciona produtos com seus efeitos na realidade que se quer transformar, ou seja, conseqüências. Exemplo: redução da incidência da doença “X” em 90%. RUA. Maria das Graças. Políticas Públicas. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

o combate às desigualdades sociais e a melhoria das condições sociais da população.

Nesse sentido, é preciso ressaltar que as políticas públicas permitem aos cidadãos bens e serviços sociais necessários, sejam eles, social, econômico, cultural, político, ambiental, entre outros. Além disso, as políticas públicas precisam estar focadas para a realização de direitos, necessidades e potencialidades dos cidadãos.

Para O'Donnel e Schmitter (1988 apud RUA, 2009), políticas públicas representam “instâncias empíricas do Estado em ação” fazendo com que todos os atores envolvidos mobilizem-se de forma direta com a administração pública. RUA (2009) destaca ainda que as políticas públicas são baseadas em decisões e ações (atividades de Planejamento e Execução do Ciclo PEAC)², submetidas pela autoridade e poder público – “poder extroverso”. Além disso, a autora aponta também que em uma agenda de políticas públicas existe uma lista de prioridades previamente estabelecidas e que devem ser parte importante da atenção dos governantes. Ainda conforme a autora referida, questões como a desigualdade social e o desenvolvimento econômico e social fazem parte da agenda sistêmica, a qual engloba toda a sociedade, independente de partido político ou governo.

Logo, sendo a ESF uma estratégia no campo de políticas públicas, pensou-se em analisar a efetividade da mesma em um estudo que visa considerar a efetividade da ESF na Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo de Sapiranga, em relação à prevenção e ao controle da hipertensão arterial, bem como aos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), além de estudar a atuação do mesmo, relacionando-o ao seu público alvo, isto é, comunidade local. Nesse aspecto, vale ressaltar que este estudo faz-se necessário para observar a aplicação da ESF, se sua efetividade está de acordo com os objetivos e princípios da Estratégia referida, conforme Ministério da Saúde.

Como o presente trabalho almeja analisar a efetividade da ESF enquanto política pública far-se-á necessário também uma abordagem no que tange a avaliação do mesmo. Segundo salienta Barreira (2000, p.13) apud Fagundes e Moura (2009), a avaliação de programas sociais é necessária para a tomada de decisões, bem como para o aprimoramento das ações na área das políticas sociais.

² Ciclo PEAC – Modelo de Ciclo de Gestão na Administração Pública – abrange quatro etapas: Planejamento (P), Execução (E), Avaliação (A) e Controle (C).

Nesse aspecto, deve-se avaliar o grau de efetividade e eficácia, ainda de acordo com as autoras, a abrangência de um programa pode ser entendida por elementos como: metas, objetivos, recursos e/ou a população assistida ou beneficiada. Além disso, as mesmas salientam também que avaliar a efetividade é poder questionar os objetivos, a ação desenvolvida e a própria proposta na capacidade de corresponder adequadamente à situação problema e não tão somente sua capacidade de execução.

Já Mendes (2001), salienta a importância da afinidade entre Estado e sociedade civil, para ela é preciso que haja consciência por parte da população, em relação aos seus direitos sociais, o cidadão precisa sentir-se portador de seus direitos, para que então haja políticas públicas de qualidade. A autora aponta ainda que a burocracia do setor público é complexa e de estrutura rígida, está comumente, mais preocupada com a eficiência dos seus serviços do que com a eficácia e efetividade de suas ações enquanto instituição pública. Nesse sentido, faz-se necessário destacar a importância de haver interação e apoio por parte de todos os atores envolvidos.

A respeito, Mendes (2001) enfatiza:

Ao mesmo tempo em que o Estado-nação é importante para a cidadania, verifica-se uma crise de sua autonomia, na qual as condições econômicas não são definidas pelos governos locais. Entretanto, estes podem adotar políticas públicas para facilitar a ação coletiva, envolvendo o público em projetos educacionais voltados ao desenvolvimento de competências técnicas e políticas apoiando iniciativas que facilitem a participação na administração pública. (GYFORD, 1991 apud MENDES, 2001).

Assim sendo, é preciso que a população exerça sua cidadania, e nesse aspecto pode-se citar o controle social, cada vez mais imprescindível para a obtenção de resultados satisfatórios.

1.1 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Já no que tange o aspecto da avaliação, de acordo com Ala-Harja e Helgason (2000), faz-se conveniente destacar os processos avaliativos dos programas como mecanismo de melhoria do processo de tomada de decisões, visto que a avaliação permite aos governantes certo conhecimento dos resultados de um determinado programa/ estratégia. É preciso convir que as informações podem ser utilizadas para

melhorar a concepção ou implementação de um programa, bem como fundamentar decisões e melhorar a prestação de contas sobre políticas e programas públicos. Convém ainda dizer que os autores citados definem como principais metas da avaliação: a melhoria do processo de tomada de decisão, a alocação apropriada de recursos e a responsabilidade para o parlamento e os cidadãos.

Conforme aponta Silva (1999), o principal objetivo do governo em relação à avaliação de atividades de programas/estratégias seria a preocupação com a efetividade, ou seja, a noção dos resultados esperados e não-esperados alcançados pela implementação dos programas. Seguido pelo motivo de entender o processo pelo qual, determinados programas tiveram êxito para alcançar resultados ou não. Nesse aspecto, há que se destacar que efetividade, segundo Cohen e Franco, é a relação entre os resultados e o objetivo. “É a medida do impacto ou do grau de alcance dos objetivos.”

1.1.1 Quanto aos tipos de avaliação

Conforme Cohen e Franco (2004) e Cotta (1998), as avaliações podem ser classificadas segundo vários critérios, a saber:

Avaliação externa – é realizada por pessoas, experientes neste tipo de atividade, de fora da instituição responsável pelo programa. A isenção e a objetividade dos avaliadores externos, neste caso, são vistos como vantagens desta avaliação, visto que não estão diretamente envolvidos com o processo. Todavia, o acesso aos dados necessários encontra-se longínquos e, muitas vezes, aqueles que terão seu trabalho avaliado, tendem a colocarem-se na defensiva, fornecendo informações parciais ou omitindo-as, bem como minimizando o efeito de melhoria dos programas.

Avaliação interna – é desempenhada dentro da instituição responsável, com uma maior participação dos sujeitos que participam do programa. Geralmente, este tipo de avaliação diminui a resistência natural a um avaliador externo. Por outro lado, perde-se em objetividade, pois aqueles que avaliam também se encontram envolvidos com o programa.

Avaliação mista – combina os dois tipos de avaliação anteriores, tende a aproximar os avaliadores externos com os participantes do programa avaliado.

Avaliação participativa – é usada, geralmente, em pequenos projetos, prevê a participação dos beneficiários das ações no planejamento, na programação, execução e avaliação dos mesmos.

Em relação à natureza, as avaliações podem ser:

Avaliações formativas – referem-se à formação do programa e estão voltadas para a análise e produção de informação sobre as etapas de implementação. Desse modo, fornecem informações para aqueles que estão diretamente envolvidos com o programa, com o intuito de prover elementos para a realização de correções de procedimentos para possíveis melhorias do programa.

Avaliações somativas – dizem respeito à análise e produção de informações sobre etapas posteriores. São realizadas quando o programa está sendo implementado ou após sua implementação, visa verificar, principalmente, sua efetividade.

De acordo com Cohen e Franco (2004), quando se trata do momento da realização, as avaliações podem ser identificadas:

Avaliação *ex-ante* – é feita no início de um programa, com o intuito de dar suporte à decisão de implementar ou não o programa em questão, bem como ordenar os objetos, segundo sua eficiência para atingir os objetivos determinados.

Avaliação *ex-post* – realizada durante a execução de um programa ou ao seu final, quando as decisões são baseadas nos resultados alcançados. Este tipo de avaliação analisa, durante a execução, se um determinado programa deve continuar ou não, com base nos resultados obtidos até o momento. Vale comentar que a avaliação *ex-post* é a mais desenvolvida metodologicamente e a que tem tido maior aplicação.

Ainda, conforme Cohen e Franco (2004) e Cotta (1998), é possível destacar dois enfoques, segundo os tipos de problemas ou perguntas que as avaliações respondem:

Avaliação de processos – refere-se à dimensão de gestão, realizada durante a implementação do programa. Caracteriza-se como uma avaliação periódica que procura detectar as dificuldades que ocorrem durante o processo para efetuar correções ou ajustes, além disso, oferece suporte para melhorar a eficiência operativa. Além disso, dá suporte para decisões políticas, em relação à continuação do programa e formulação de outros. É uma avaliação bastante complexa, uma vez que envolve o julgamento sobre hipóteses, como por exemplo: se uma solução se

aplica a várias realidades, ou apenas a determinado contexto; se as mudanças observadas na situação-problema se devem à intervenção ou a outros fatores; se as mudanças são permanentes ou temporárias, cessando com a interrupção do programa. Convém observar que Cotta (1998) coloca uma diferenciação entre avaliação de resultados e avaliação de impacto:

[...] depende eminentemente do escopo da análise: se o objetivo é inquirir sobre os efeitos de intervenção sobre a clientela atendida, então, trata-se de uma avaliação de resultados; se a intenção é captar os reflexos desta mesma intervenção em contexto mais amplo, então, trata-se de uma avaliação de impacto. (COTTA, 1998, p.113).

2 UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Segundo dados do Ministério da Saúde, a história da Saúde Pública brasileira iniciou por volta de 1808, entretanto o próprio Ministério da Saúde só foi instituído no dia 25 de julho de 1953, sob a Lei nº 1920, a qual então desmembrou o Ministério da Educação e Saúde em dois: Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação e Cultura. Com a sua criação, o MS passou a encarregar-se, especificamente, das atividades que eram de responsabilidade do Departamento Nacional da Saúde (DNS). E embora sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, ela continuava ainda sendo distribuída por vários ministérios e autarquias.

Três anos após o surgimento do MS, 1956, é criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, cuja finalidade era organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e demais endemias existentes no país.

Em consonância, o Instituto Oswaldo Cruz preservava sua condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas, enquanto que a Escola Nacional de Saúde Pública incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e o antigo Serviço Especial de Saúde Pública atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência.

A partir da década de 60, a desigualdade social, distinguida pela baixa renda per capita e a alta concentração de riquezas, ganha espaço no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento e o planejamento de metas de crescimento e de melhorias convergiu para o planejamento global e o planejamento em saúde. Assim, as propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada, pelos sanitaristas desenvolvimentistas, tiveram destaques importantes, como a formulação da Política Nacional de Saúde na gestão do então Ministro, Estácio Souto-Maior (1961), cujo intuito era redefinir a identidade do MS e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social.

Já em 1964, com os militares no comando do Governo, Raymundo de Brito assume como Ministro da Saúde e reitera o propósito de incorporar ao MS a assistência médica da Previdência Social, como parte integrante do Plano Nacional

de Saúde, conforme as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1963.

A partir de então, o MS passou por diversas reformas em sua estrutura, ao longo de cinco décadas de existência. Contudo, é oportuno salientar a reforma de 1974, quando as Secretarias de Saúde e Assistência Médica foram englobadas, constituindo a Secretaria Nacional de Saúde. Além disso, foram criadas as Coordenadorias de Saúde, divididas por regiões: Amazônia, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

No final dos anos 80, destaca-se a Constituição Federal de 1988, a qual determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população, criando então, o Sistema Único de Saúde – SUS. E em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde³ que detalha o funcionamento deste Sistema. Só então, em 1994, surge o Sistema Único de Saúde, o qual será objeto de estudo do próximo capítulo.

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Conforme já exposto, anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do Ministério da Saúde resumia-se às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, como por exemplo, a vacinação, realizadas em caráter universal, bem como a assistência médico-hospitalar para algumas doenças. Nesse sentido, é válido ressaltar que a implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS; depois, a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS ao Ministério da Saúde sob Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990; seguida da Lei Orgânica da Saúde sob nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual fundou o SUS. Meses depois foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual transmitiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, isto é, a possibilidade de participação dos usuários (cidadãos) na gestão do serviço. Entretanto, convém destacar que o INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993, através da Lei nº 8.689.

³ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Também cabe enfatizar que o SUS teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 19 de dezembro de 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

A saber:

O Princípio da Universalidade, como afirma a CF/88 “A saúde é um direito de todos”. Nesse sentido, entende-se que cabe ao Estado prover atenção à saúde, ou seja, institui o desafio de oferta desses serviços e ações a todos que deles necessitem, sempre enfatizando as ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos, além de objetivar o acesso universal eficiente, eficaz e efetivo aos serviços e ações de saúde;

Enquanto que o Princípio da Integralidade inclui atenção à saúde, no que diz respeito tanto os meios curativos quanto os preventivos; assim como os individuais e coletivos. Ou seja, é preciso atender as necessidades de saúde das pessoas ou grupos, mesmo que essas necessidades de saúde não sejam iguais às da maioria;

Já a equidade, por sua vez, garante igualdade de oportunidade para que todas as pessoas tenham direito de beneficiar-se do sistema de saúde; no que tange esse aspecto, pode-se dizer que tal princípio condiz com a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país;

A participação da comunidade (controle social) permite aos usuários a participação da gestão do SUS através das Conferências de Saúde, as quais ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis, e através dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados também em todos os níveis. Vale observar que as políticas públicas estão entre as de maior e melhor participação social, entretanto, também convém lembrar que é constante a busca pelo aperfeiçoamento dos mecanismos que garantam a transparência por meio da melhora tanto na qualidade quanto na quantidade de informações prestadas à sociedade;

A descentralização político-administrativa consente que cada vez mais aos municípios que assumam maior espaço na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde, já que o SUS existe em três níveis ou esferas: nacional, estadual e municipal, sendo que cada uma com comando único e atribuições próprias; e

A hierarquização e regionalização correspondem a níveis de complexidade; o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário.

O Sistema Único de Saúde, o SUS é constituído pelo conjunto de todos os serviços e ações de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, no entanto, à iniciativa privada é permitido participar desse sistema de forma complementar.

Nesse âmbito, cabe enaltecer que o SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na CF/88, principalmente porque seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde, os quais deixam de ser restritos para ser universais, bem como, deixam de ser centralizados para serem guiados pela descentralização. É preciso salientar que com a criação do SUS, a saúde pública passou a denotar uma nova concepção em termos de saúde, uma vez que anteriormente a saúde era vista como a cura de agravos à saúde, ou seja, havia uma prática voltada para remediar os efeitos com menor ênfase nas causas. A partir da efetivação do SUS uma nova maneira de pensar a saúde começou a ser implantada, visto que o objetivo maior era trabalhar a prevenção dos agravos, bem como a promoção da saúde. Para isso, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, isto é, há a valorização de um conjunto de fatores que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer etc.

Faz-se necessário enfatizar que o SUS foi instituído constitucionalmente em outubro de 1988, sendo que a seção de que trata a saúde na Constituição vai dos artigos 196 a 200. A consagração institucional do SUS trouxe a previsão da necessidade de novas leis para sua regulamentação, conforme as Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, as quais conjuntamente formam a Lei Orgânica da Saúde.

Todavia, é indispensável salientar que o SUS está em constante processo de aperfeiçoamento, já que a sociedade, justamente por ser dinâmica, encontra-se em constante mudança e evolução. A cada dia, novas tecnologias são oferecidas no mercado para que se tenha melhoria dos serviços e das ações em saúde. Por outro lado, também deve ser observado que são inalteráveis os surgimentos de novos agravos à saúde, as quais carecem de monitoramento constante, bem como novos cuidados.

2.2 FUNCIONAMENTO DO SUS

O SUS é um sistema de saúde de âmbito nacional, entretanto pode-se dizer que há a esfera estadual, cuja responsabilidade compete aos Governos Estaduais, bem como a esfera municipal, a qual é de responsabilidade dos municípios, enfatizando-se bastante esse último, por se responsável pelo atendimento integral da população local. Assim, nota-se que o Sistema Único de Saúde compreende uma rede, visto que o SUS de domínio municipal está engendrado de maneira conjunta nas demais abrangências, as quais correspondem os níveis estaduais e federais.

Conforme citação de Migueletto, 2001 (apud MALMEGRIN) “A rede é um arranjo organizacional (sistema organizacional) formado por um grupo de atores, que se articulam – ou são articulados por uma autoridade – com a finalidade de realizar objetivos complexos...” Assim, pode-se associar que todas as esferas (atores) estão interligadas com o intuito de promover serviços de saúde pública de maneira, no mínimo, satisfatória.

Outro fator, também importante, refere-se ao fato de que cada vez mais o SUS encontra-se descentralizado, já que a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizada em rede regionalizada e hierarquizada. Logo, segundo Maria Leonídia define “A descentralização pode ser entendida como a transferência de recursos e do poder decisório de instâncias superiores para unidades espacialmente menores.” (MALMEGRIN, 2010, p. 30).

Desta maneira, então, percebe-se que essa citação está de acordo com o que pode se entender por rede, bem como relacioná-la ao SUS, visto que a gestão do mesmo é um dos modelos de descentralização com maior êxito nos serviços públicos brasileiros. Cabe salientar que o modelo de descentralização adotado pelo SUS define a organização como gestores co-responsáveis, em relação aos três níveis de governo com características das políticas adotadas na saúde. Nesse sentido, é importante assinalar que muitas reformas incrementais no SUS ocorreram durante a década de 1990, assim acompanhando o movimento de descentralização das políticas sociais do Estado brasileiro, conforme aponta Arretche (1999).

Convém ainda lembrar que a rede do SUS é constituída de maneira regionalizada e com nível de complexidade crescente, os municípios podem arranjar consórcios ou estabelecer parcerias com a rede privada de saúde para melhor

desenvolver ações e serviços que estejam sob sua tutela, embora, ainda nesses casos, a direção do sistema continue sendo única em cada nível de governo.

O fato é que se faz necessário refletir sobre a municipalização da saúde, principalmente no que se refere às ações de APS, a qual surgiu a partir do início dos anos 90, propiciou as condições políticas para a concepção e implantação de um modelo de APS para o Brasil. Desse modo, o Programa da Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, pelo MS como eixo estruturante da APS no país, constituindo política nacional e estratégia para a reorganização dos sistemas locais de saúde e do modelo assistencial em consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 1998), conforme será enfatizado no capítulo seguinte.

3 ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

De acordo com o Ministério da Saúde, o Programa da Saúde da Família – PSF surge no Brasil, em meados de 1993, sendo regulamentado em 1994, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em consenso com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade; equidade; integralidade; descentralização; resolutividade; regionalização e hierarquização; e participação popular), bem como do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, o Programa propunha mudar a forma tradicional de prestação de amparo, objetivando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária, o qual apresenta uma nova maneira de trabalhar a saúde, focando a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, ressaltando assim, o trabalho de promoção da saúde, atenção preventiva, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, conforme evidencia o Ministério da Saúde.

Passados doze anos, o Governo Federal emitiu então a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, o qual passou a denominar o PSF como Estratégia da Saúde da Família – ESF por entender que não se tratava mais de um programa e sim de um modelo de Atenção Primária à Saúde – APS e estratégia prioritária do SUS.

Para Vasconcelos (1999), o aparecimento do então PSF propiciou uma tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras, distanciando-se de um atendimento simplificado para a população menos abastada e expandindo a própria noção de APS, ao incorporar práticas preventivas, educativas e curativas, tornando-as mais próximas da população. Além disso, com a ampliação do PSF nos municípios brasileiros, foi instituída, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual ratificou o modelo de APS sob a denominação de ESF, conforme já mencionado, reafirmando os objetivos de reorganização da saúde, tendo como foco a comunidade, bem como a ampliação do acesso e aproximação para com o cidadão. (BRASIL, 1998; 2006b).

Faz-se necessário enfatizar novamente que a ESF tem como meta a melhoria dos serviços na APS de acordo com os princípios estabelecidos pelo SUS. Compromete-se com a assistência integral às famílias de sua área de abrangência; atua ainda na redução de fatores de risco à comunidade; tem a família como centro

principal dos cuidados; promove a divulgação do conhecimento a respeito de saúde e doenças; bem como incentiva a saúde como direito e o controle social, o qual deve ser respeitado (BRASIL, 1997).

Nesse âmbito, procurou-se a reorientação da política de saúde com a priorização da APS com a ESF, a qual destaca-se como ênfase do SUS, fortalecendo cada vez os sistemas locais e o processo de mudança do modelo assistencial, o qual até recentemente era focado apenas na doença e numa perspectiva de atendimento hospitalar. É importante ainda salientar que a ESF está voltada para o nível comunitário, cabe a mesma o reconhecimento das famílias do território de abrangência, identificação dos problemas de saúde e situações de risco na comunidade.

Assim, vale ressaltar que as equipes da ESF atuam em determinados bairros estratégicos, isto é, geralmente em áreas, cuja vulnerabilidade social é maior, justamente pela ação apresentar caráter assistencialista e preventivo. De acordo com a Coordenadora da ESF, o público alvo compreende a população residente na área de abrangência das Equipes de Saúde da Família, determinada mediante processo de territorialização realizado no âmbito do município. Ocorre, ainda, a divisão em micro áreas, sob supervisão de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), cuja população não pode ser superior a 750 pessoas.

No município de Sapiroanga, há três equipes da ESF: duas atuantes no Loteamento João Goulart e uma na Vila São Paulo, essa última, por conveniência, objeto de estudo do presente trabalho, por se tratar de zona periférica do Município e que, conforme a Coordenadora da ESF apresenta-se bastante vulnerável e propensa a situações de risco, necessitando assim, de políticas públicas que supram tais carências e auxiliem na busca pela independência social e identitária. Todavia, vale ressaltar que ambas as localidades, atendidas pela Estratégia, são constituídas, em sua maioria, por famílias de baixa renda, justificando, desta forma, a escolha por serem contempladas por um programa inserido na área de Políticas Públicas. Cabe, novamente, destacar que o atual trabalho pretende abordar a atuação da ESF na Vila São Paulo, além de verificar a efetividade no desenvolvimento de suas ações, especialmente, na prevenção e controle da hipertensão arterial.

3.1 O MUNICÍPIO DE SAPIRANGA E A VILA SÃO PAULO

O Município de Sapiranga pertence à região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, também conhecida como a cidade das Rosas e do Voo Livre e é emancipada há 57 anos. Atualmente, possui 75.020 habitantes, sua população é composta principalmente por imigrantes de origem Alemã, que foram os desbravadores iniciais da cidade e posteriormente recebeu camponeses, vindo das mais variadas regiões do Estado do RS e até de outros Estados Brasileiros, fruto do êxodo rural e do processo da industrialização. Possui 137,5 km² de extensão de área de terra, sua economia predominante é do setor coureiro calçadista e sua população tem uma expectativa de vida, ao nascer, de 73 anos.

Já o bairro São Jacó, está localizado a extremo norte do município de Sapiranga e segundo dados do Cadastro Imobiliário (2009 – Prefeitura Municipal), conta com aproximadamente 7056 moradores. Logo, é preciso observar que a Vila São Paulo está inserida nesta localização, todavia, é vista como o lado periférico do bairro. As residências, em sua grande maioria, têm rede de saneamento básico, água potável, bem como energia elétrica. Contudo, deve-se ressaltar que os terrenos ainda não estão devidamente legalizados, isto é, escriturados, mas conforme informações da Prefeitura Municipal, os mesmos já estão em processo de regularização.

O Bairro conta com uma escola de Ensino Fundamental Completo – Rubaldo Emílio Saenger e uma Escola de Educação Infantil – D. Lindu, além disso, há ainda uma Unidade do Corpo de Bombeiros e uma Unidade Básica de Saúde – ESF. Em relação a indicadores de violência e criminalidade no bairro, segundo a Brigada Militar, o mesmo é considerado como um bairro calmo, com ocorrências tidas como “dentro da normalidade”, de acordo com dados de Levantamento de Ocorrências relativo aos últimos dois anos (2010 e 2011).

3.2 A ESF – NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA VILA SÃO PAULO DE SAPIRANGA

A ESF da UBS da Vila São Paulo – Sapiranga está inserida em um contexto de estratégia governamental de Políticas Públicas. Atualmente, a ESF referida trabalha com uma equipe formada por: um médico; uma enfermeira; dois técnicos de

enfermagem; um dentista; uma auxiliar de consultório dentário; sete agentes comunitários; um responsável pela higienização e um agente administrativo, somando 15 funcionários ao total. Sendo que a carga horária dos agentes comunitários que trabalham na ESF é de 40 horas semanais; e atendem, cada um, em média, 150 famílias; já o médico, o dentista e a enfermeira trabalham 30 horas semanais. Vale destacar que toda a ESF possui vínculo empregatício através de Empresa terceirizada pela Prefeitura Municipal de Sapiranga.

A sede da Unidade Básica de Saúde, a qual abarca a ESF na Vila São Paulo é de dominação pública e tem um espaço físico de 120 m², sendo que a mesma compreende recepção; sala de espera; sala de reuniões; um consultório médico e um de enfermagem; um consultório dentário; um banheiro feminino e outro masculino; outro para portadores de necessidades especiais e mais um para funcionários; local próprio para eliminação de expurgos; uma sala para acondicionamentos e preparação de materiais e outra para esterilização dos mesmos; uma cozinha e uma lavanderia. Entretanto, a UBS da Vila São Paulo de Sapiranga não dispõe de nenhum tipo de equipamento informatizado.

Aqui, também cabe ressaltar que ao município compete, entre outras, as seguintes atribuições: garantir fontes de recursos, selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais da ESF; programar ações de Atenção Básica a partir de sua área territorial; garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos; acompanhar e avaliar o trabalho das Equipes de Saúde da Família; alimentar a base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)⁴, além de verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos no sistema; estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; bem como buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais e não-governamentais.

⁴ SIAB: O Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes da **Estratégia da Saúde da Família - ESF**.

3.3 EM RELAÇÃO AO FUNCIONAMENTO DA ESF

Em relação ao processo de trabalho da ESF, é preciso esclarecer que a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB estabelece atribuições, dentre elas, destacam-se as seguintes:

a) Cadastramento das famílias e dos indivíduos atendidos, com atualização constante dos dados para uso na análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

b) Definição precisa do território de atuação, bem como mapeamento e reconhecimento da área restrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

c) Diagnóstico, programação e implementação das atividades conforme critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes;

d) Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias assistidas;

e) Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

f) Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, as quais visam parcerias, projetos sociais e setores afins, em consonância com a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

g) Valorização dos diversos saberes práticos associados à teoria, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

h) Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, objetivando a readequação do processo de trabalho. (BRASIL, 2006).

3.4 UMA PERCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS ASSISTIDAS PELA ESF

Conforme relatou, a agente de saúde, na coleta de dados, as famílias atendidas pela ESF têm em média de três a quatro filhos e a maioria, embora tenha renda fixa, oriunda de trabalho formal, principalmente, em Empresas de Calçados e

Construção Civil recebem o benefício Bolsa Família⁵, o qual consideram extremamente importante. Além disso, a agente também ressaltou que a maioria dos integrantes das famílias concluiu o Ensino Fundamental nos últimos anos.

A agente referiu também que as famílias assistidas pela ESF apresentam, em quase sua totalidade problemas com vícios, quais sejam: álcool, tabagismo e drogadição. Sobre portadores de necessidades especiais, há pouca incidência nas famílias; quanto a doenças infectocontagiosas, há casos de tuberculosos e ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis; já em relação à incidência de hipertensão arterial, há vários integrantes das famílias assistidas, que são hipertensos e fazem uso de medicação contínua. Além disso, a mesma mencionou que tem 49 hipertensos nas 164 famílias que atende, somando um percentual de 29,8%.

A agente comunitária ressaltou também que, os idosos principalmente, atendidos pela ESF, são pessoas, cujos hábitos de vida são muito simples e, geralmente, mostram-se extremamente carentes, vendo o agente comunitário como alguém que o ampara em situações de dificuldade (doença).

⁵ Bolsa Família: É um Programa de transferência direta de renda, com condicionalidades, que beneficia famílias em condição de pobreza e extrema pobreza.

4 HIPERTENSÃO ARTERIAL: AGRAVOS, CONTROLE E PREVENÇÃO

Inicialmente, é apropriado refletir a respeito da importância da saúde e do bem estar de todos, nesse aspecto a Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 198, destaca que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e do acesso universal e igualitário às ações e a oferta dos serviços para sua promoção, proteção, bem como recuperação (BRASIL, 1988).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial é um dos problemas de saúde pública de natureza multifatorial caracterizado pelo encontro de níveis tensionais, permanente elevado, acima dos limites de anormalidades, é uma doença mais comum nos países industrializados sendo encontrada na prática clínica, além disso, tal doença vem aumentando significativamente em toda a população brasileira.

Dentro desse contexto, é válido enfatizar que a Hipertensão Arterial é uma doença crônica degenerativa não transmissível, às vezes assintomática, é acompanhada de fatores de risco, os quais podem ser prevenidos desde a infância com a mudança de hábitos e de estilo de vida.

Conforme estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) as doenças cardiovasculares ocupam destaque nos índices do processo saúde-doença nas estatísticas mundiais e, particularmente no Brasil, com prevalência estimada de 35% da população acima de 40 anos. Em números, isso significa um total de 17 milhões de portadores da doença. Convém salientar que 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único da Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica.

Logo, é conveniente especificar que a ESF exerce, nesse âmbito, papel de extrema importância, uma vez que cabe à Equipe da Saúde da Família, prevenir e orientar, no sentido de promover a saúde e supervisionar o controle e o tratamento do paciente assistido a respeito dos cuidados necessários a sua saúde e qualidade de vida.

4.1 PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO PELA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DA UBS DA VILA SÃO PAULO DE SAPIRANGA

Em um primeiro momento, é preciso salientar que os agentes comunitários ao visitarem as famílias fazem uma investigação inicial sobre os hábitos alimentares das mesmas; se há algum sintoma recorrente de hipertensão arterial em algum dos membros da família. Caso não haja suspeita de hipertensão, os agentes trabalham com ações no sentido de promoção da saúde, bem como estratégias que visem a prevenção da hipertensão. Todavia, haja desconfiância de caso de hipertensão, o (s) integrante (s) é (são) encaminhado(s) a UBS para consulta médica e investigação clínica.

Quando um integrante da família é diagnosticado como hipertenso, o mesmo recebe uma carteirinha (HIPERDIA) para controle das medições da hipertensão arterial. Nesse caso, os pacientes vão até a UBS periodicamente para fazer o controle. Conforme relatou a Enfermeira, a maioria dos hipertensos faz uso de medicação para controle da hipertensão e desfrutam de medicação gratuita do Programa do Governo Federal, sendo que para adquirir essa medicação é necessário ter receita médica, a qual é atualizada trimestralmente.

Segundo a enfermeira da UBS, a maior dificuldade encontrada pela ESF, em relação à prevenção e controle da hipertensão é conscientizar os hipertensos da importância de tomar regularmente a medicação, bem como seguir o horário estipulado pelo médico para ingeri-la. Além disso, a mudança de hábitos alimentares também é outro aspecto delicado do processo, visto que a maioria dos hipertensos encontra-se na terceira idade ou “melhor idade”, conseqüentemente a resistência em mudar a alimentação de, talvez, décadas seja bem mais complexo do que parece, entretanto é imprescindível a conscientização para modificar o estilo de vida, incluindo um hábito alimentar saudável, para a contribuição de um envelhecimento bem-sucedido.

Vale observar que muitas das alterações fisiológicas detectadas durante o envelhecimento, devem ser atribuídas, principalmente, ao hábito alimentar associado a outros fatores ambientais como sedentarismo, consumo de cigarro, álcool, estrutura sócio-econômica e até ao padrão genético de cada indivíduo. Existem indícios considerados de que uma dieta adequada associada a um estilo de

vida saudável pode adiar ou reduzir a ocorrência de doenças crônicas degenerativas, neste caso, especialmente, a hipertensão arterial.

Por essa razão, as ações preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde devem ser priorizadas na população de risco. Nesse âmbito, a equipe de saúde da ESF deve zelar para que as famílias assistidas modifiquem seu estilo de vida e diminuam limitações inerentes da idade, atuando na prevenção e redução das complicações das doenças, promovendo ações de investigação detalhada das necessidades populacionais e interagindo na construção de políticas públicas que introduzam modelos de vigilância à saúde, adequados à realidade da população investigada.

De acordo com a Coordenadora da ESF do município de Sapiroanga, a ESF da UBS da Vila São Paulo realiza ações voltadas para promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos pacientes hipertensos, em consonância com os princípios do SUS, ao realizar encontros mensais com os grupos de hipertensos para conscientizá-los dos cuidados que devem ter para com o controle da hipertensão. Nestes encontros são realizadas palestras sobre diversos assuntos pertinentes à promoção e prevenção da saúde, além de atividades físicas ou lúdicas que contribuem com tal objetivo.

Nesse sentido, observa-se que a ESF da UBS da Vila São Paulo de Sapiroanga age de acordo com a Atenção Básica, segundo Portaria MS 648/2006, a qual se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ainda convém retomar que a Atenção Básica orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade, humanização, responsabilização, cuidado, vínculo e continuidade coordenados e participação social. Além disso, considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca promover a saúde, prevenir e tratar doenças e reduzir danos ou sofrimentos que possam comprometer modos de vida saudável.

Vale lembrar ainda que os agentes comunitários fazem visitas domiciliares mensalmente nas residências das famílias assistidas pela ESF, nesse momento os agentes acompanham a evolução dos problemas já diagnosticados, isto é, fazem o controle; promovem ações voltadas para a prevenção de doenças; bem como, se necessário, o encaminhamento para atendimento médico etc. Durante o restante do

mês, cabe ao paciente fazer o controle, indo a UBS para fazer a verificação dos níveis tensionais da pressão arterial e levando junto consigo a carteirinha do HIPERDIA para registro, a qual fica sob posse do paciente.

Na UBS também fica registrado tais medições (controle), entretanto as fichas com os registros são enviadas semanalmente para a Secretaria de Saúde do Município e lá são acondicionadas. Nesse sentido, vale enfatizar que tais fichas de registro deveriam ser arquivadas na própria UBS, por um período de pelo menos doze meses, para sanar possíveis dúvidas e assim ter um melhor acompanhamento do controle da hipertensão arterial dos pacientes, pois caso seja necessário alguma intervenção clínica, não há registros disponíveis de imediato, os quais poderiam ser extremamente úteis.

Logo, analisando esse método de arquivamento dos registros de controle da hipertensão arterial, pode-se perceber que o mesmo deixa a desejar, visto que o controle é, na maior parte do tempo, feito pelos próprios pacientes, de maneira esporádica, uma vez que não há obrigatoriedade de controle.

Todavia, a ESF vem se consolidando como importante estratégia de fortalecimento do SUS, visto que tem ganhado legitimidade através dos fóruns e organismos de gestão. Outro fator de extrema importância relativo à ESF refere-se à efetivação da transferência de recursos financeiros, os quais compõem os incentivos que tem por base os dados de alimentação obrigatória no SIAB, sendo que a responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos municípios e do Distrito Federal (MS, 2006).

Por esta razão, é imprescindível que o gestor, desde o início da implantação, esteja atento ao registro e acompanhamento dos sistemas de informação, pois a partir deles serão gerados os dados para avaliação da situação de saúde e do desempenho dos serviços que geram o pagamento dos recursos. Logo, é preciso salientar a importância da questão do acompanhamento e avaliação das equipes da Atenção Básica e do SUS, pois a produção das informações para o Ciclo PEAC, bem como a regulação do sistema só poderá ter êxito, se os bancos de dados forem fidedignos, bem como as informações e o comprometimento dos gestores nesse processo.

5 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Este capítulo refere-se à metodologia utilizada para a realização deste estudo. De acordo com Prodanov e Freitas (2009), a metodologia é extremamente importante para demonstrar os procedimentos metodológicos, essenciais na pesquisa científica, nesse sentido, vale salientar que é preciso externar os meios utilizados para as respostas dos problemas de estudo.

A Metodologia Científica preconiza uma série de regras, através das quais o conhecimento deve ser obtido. Estas regras atribuem à produção científica um alto grau de confiabilidade, à medida em que permitem apresentar a comprovação daquilo que afirmam. Não são, portanto, conjecturas suposições, mas conclusões baseadas em dados da realidade. (PRODANOV; FREITAS, 2009, p.19).

O presente trabalho tem como base o tipo de pesquisa descritiva que, para Collis e Hussev (2005), caracteriza-se por uma pesquisa, a qual se preocupa em descrever o comportamento dos fenômenos, sendo ainda utilizada para identificar e obter informações sobre características de uma determinada questão. Para tanto, foi utilizado, primeiramente, como procedimento a pesquisa descritiva, a qual abordará literatura que referencia os temas relacionados a este estudo, como por exemplo, Políticas Públicas e Saúde Básica, especialmente, sobre a Estratégia da Saúde da Família – ESF e a prevenção e controle da hipertensão arterial. Além disso, a abordagem do problema será realizada a partir de pesquisa qualitativa, uma vez que, conforme assinala Minayo (1994), verifica o contexto e se preocupa com o grau de realidade.

Corroborando com este segmento, Prodanov e Freitas afirmam:

Na abordagem qualitativa, a pesquisa tem o ambiente como fonte direta de dados. O pesquisador mantém contato direto com o ambiente e o objeto de estudo em questão, necessitando um trabalho mais intensivo de campo. Nesse caso, as questões são estudadas no ambiente em que elas se apresentam sem qualquer manipulação intencional do pesquisador (PRODANOV; FREITAS, 2009, p. 81).

Convém ainda esclarecer que, segundo Lobato (1997), a pesquisa descritiva caracteriza-se como um tipo de pesquisa que expõe e descreve as características de uma determinada população sobre um determinado objeto de estudo, mas não

tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Já Triviños (2001) afirma que um estudo descritivo e exploratório se presta a contribuir de forma objetiva e relacional, a partir de dados concretos de realidades específicas que se prestam a enriquecer e a formular novas perspectivas de trabalho profissional, como síntese de resultados obtidos.

Em relação aos meios de pesquisa, fez-se uma breve pesquisa bibliográfica, a respeito do tema políticas públicas. Segundo Lakatos e Marconi (1991), a pesquisa bibliográfica tem por objetivo dispor ao pesquisador/ estudante tudo o que foi escrito a respeito do assunto pesquisado, almejando um recorte dos aspectos mais relevantes sobre o tema abordado.

5.1 COLETA DE DADOS

Já em um segundo momento, foi realizada, no mês de janeiro de 2012, pela própria autora, a coleta de dados de fontes primárias: questionários, observação participante e entrevista semi-estruturada; sendo que foi aplicada a Coordenadora da ESF entrevista semi-estruturada (Apêndice A), bem como para a Enfermeira responsável pela Estratégia da Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo (Apêndice B), e para uma Agente Comunitária (Apêndice C); em seguida foi também aplicado um questionário a dez famílias assistidas pela ESF (Apêndice D), de modo aleatório. Após passou-se para a coleta de fontes secundárias: consultas a documentos e arquivos disponíveis na Prefeitura e na sede que contempla a ESF para a obtenção de dados da mesma, assim como a própria Equipe da Saúde da Família. Por fim, é oportuno dizer que foram também realizadas conversas informais.

Ainda, faz-se oportuno esclarecer que antes da participação nas entrevistas, os participantes foram informados sobre os objetivos e importância da pesquisa, ao que manifestaram anuência em participar da mesma. Posteriormente aos esclarecimentos, os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice E) em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Logo, para fins de identificação de fragmentos das falas das famílias, utilizou-se o código U para usuário (família atendida), bem como o numeral cardinal de 1 a 10, para identificação simbólica da mesma.

5.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A partir da análise destes dados, pode-se chegar a uma reflexão a respeito da efetividade da Estratégia da Saúde da Família enquanto política pública, no desenvolvimento de suas ações na prevenção e controle da hipertensão arterial. Nesse sentido, Rua (2009, p.95) entende que é essencial o acompanhamento do processo de implementação de uma política pública “[...] para que possamos identificar porque muitas coisas dão certo, enquanto muitas outras dão errado, desde a formulação da política até seu resultado concreto”. Além disso, a autora (2009, p.115) também evidencia que “[...] as políticas públicas são implementadas mediante alguns processos destinados a gerar produtos com a finalidade de produzir efeitos, ou seja, transformar a realidade.”

A análise dos dados do presente estudo baseou-se na relação entre a literatura pesquisada; entrevista com a coordenadora da ESF do Município e com a responsável pela ESF da UBS da Vila São Paulo; bem como um questionário aplicado a Agente Comunitária e outro a dez famílias assistidas pela ESF; além de observações realizadas, cuja técnica foi a de observação participante que, de acordo com Prodanov e Freitas (2009, p.116) “consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Nesse caso, o observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo”; e ainda análise de fichas de acompanhamento e cadastro das famílias assistidas. Depois de efetuada a coleta de dados se podem analisar os dados e tentar apontar as relações entre os pontos estudados através da interpretação, visando adequar o conhecimento à teoria pesquisada.

De posse dos dados obtidos pode-se constatar que os agentes comunitários fazem visitas domiciliares, mensalmente, às famílias assistidas pela ESF e na ocasião perguntam sobre a saúde de todos os membros da família, quando necessário os agentes agendam consultas médicas, para aqueles que têm mais de 60 anos, na UBS. As demais pessoas, integrantes da família, que se encontram em outras faixas etárias precisam ir marcar consultas na UBS. Dentro deste contexto, percebeu-se bastante reclamação, por ser apenas um médico, clínico geral, para atender toda a demanda do bairro, vale salientar que são disponibilizadas dez fichas/consultas por dia. Geralmente, para garantir atendimento, as pessoas deslocam-se para a UBS, por volta das 5 h da manhã e aguardam até às 7h para

então marcar a consulta, conforme relatou U1: “(...) é complicado conseguir ficha para consulta médica” e U5: “Às vezes, nem tento ir no Posto, porque é muito difícil conseguir consulta”. Logo, nota-se que a ESF não consegue atender a demanda de maneira satisfatória, corroborando com a opinião de Rua (2009) de que muitas políticas públicas tendem a considerar as decisões e as ações a partir da oferta e raramente são consideradas efetivamente as demandas.

Verificou-se também que quando necessário, a enfermeira da ESF visita as famílias assistidas, entretanto não houve relato de visitas médicas, por parte dos entrevistados. Cabe destacar que a partir das observações, evidenciou-se que a enfermeira da ESF mostrou-se bastante atarefada para conseguir atender os pacientes, já em relação ao médico, o qual tem carga horária de 40h semanais, cumpridas de forma flexível, isto é, não tem horário fixo todos os dias, e segundo a Enfermeira responsável pela ESF: “Depende da semana”, nesse contexto, observou-se que o mesmo não consegue atender a demanda da ESF, conforme relato das famílias assistidas.

Nesse sentido, faz-se oportuno salientar que o contato diário, bem como a maior aproximação entre a ESF e os pacientes é feito pelo agente comunitário, assim vale destacar o quão importante é o olhar e o trabalho deste visitador. Entretanto, conforme aponta Rua (2009, p. 101) “[...] nem sempre os indivíduos que atuam na implementação de uma política sabem efetivamente que estão trabalhando como implementadores de algo tão abstrato como uma política”.

A respeito da prevenção e controle da hipertensão é preciso ressaltar que os agentes comunitários não podem fazer a medição da pressão arterial nos domicílios, por não competir com as atividades da função que exercem, ficando essa a critério da técnica de enfermagem. Segundo relato de pacientes, várias vezes, quando foram fazer a medição da pressão arterial na UBS, a mesma encontrava-se acima do desejado. Quando tal fato ocorre, “A enfermeira encaminha a gente para o médico”, relatou U6. Conforme resposta dos pacientes, apenas quatro dos dez entrevistados fazem o controle da pressão arterial frequentemente, ao menos uma vez na semana, na UBS. Os demais informaram que fazem o controle muito raramente, por motivo de falta de tempo ou mesmo por descuido, conforme referiu U7 e U8, respectivamente: “Faz tempo que não fui mais, não tiro o tempo pra ir no Posto”, e “Eu acabo esquecendo de ir medir a pressão.” Em relação a este aspecto, é prudente ressaltar que o trabalho de conscientização não está satisfatório, visto

que os pacientes demonstram que “conhecem” os riscos da hipertensão, todavia não os valorizam ao ponto de, realmente, seguir as orientações da ESF. A respeito, vale considerar a reflexão de Rua (2009, p.102), de que “[...] as políticas formuladas podem ter apenas o objetivo de permitir que os políticos ofereçam ao público satisfações simbólicas, sem que haja nenhuma intenção verdadeira de implementá-las”.

Faz-se necessário, evidenciar que muitas das famílias assistidas pela ESF, não se encontravam em casa, no momento da visita (dia de semana na parte da manhã), por estarem trabalhando, fato esse que demonstra o interesse destas pessoas manterem uma vida profissional ativa, embora considerados hipertensos, ou seja, a hipertensão é uma doença que, se tratada adequadamente, não será empecilho para que as pessoas exerçam suas atividades comuns de trabalho. Nesses casos, os agentes comunitários adaptam seus horários para poder atender tais famílias em horário alternativo, isto é, geralmente depois das 18h. Para isso, a Agente Comunitária relatou que: “Para encontrar as famílias, muitas vezes, começo uma hora depois e trabalho essa uma hora a mais no final do dia.” Outro fator ainda referente à hipertensão, que merece destaque refere-se ao fato de que quatro dos dez entrevistados estão na faixa etária dos 30 anos de idade.

Nesse sentido, convém salientar que, segundo pesquisa do Ministério da Saúde a proporção de brasileiros diagnosticados hipertensos aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010. Embora, em relação ao ano anterior, o levantamento tenha apontado recuo de 1,1 ponto percentual, enquanto que em 2009, a proporção foi de 24,4%.

Em relação à satisfação com o atendimento prestado pela ESF, oito relataram estar satisfeitos com o trabalho da Equipe e apenas dois disseram-se insatisfeitos com a ESF, entretanto não mencionaram o porquê. Contudo, dos oito questionados, dois deles destacaram a quantidade insuficiente de consultas disponibilizadas na UBS, conforme já citado. Novamente a questão da demanda é apontada como um fator problemático para a efetividade da ESF da UBS da Vila São Paulo de Sapiranga.

Durante as entrevistas de observação participante, notou-se que os agentes comunitários são muito bem quistos pelas famílias assistidas, mantendo uma relação bastante próxima com as mesmas. Assim, vale reafirmar a importância do “olhar” do agente comunitário para com as famílias assistidas, uma vez que é ele

quem vai fazer o elo entre as famílias atendidas e os demais profissionais da saúde, responsáveis pela ESF. Observou-se também que a maioria dos hipertensos gosta do atendimento domiciliar, isto é, percebeu-se, na maioria das visitas domiciliares, que os pacientes hipertensos, especialmente os idosos, demonstram carência por afeto e atenção. Além disso, nota-se boa acolhida e carinho pela Agente Comunitária, de acordo com as falas: U3 referiu que: “Ela é uma pessoa que posso conversar e que me escuta”, enquanto que U4 relatou que “sempre que a Agente Comunitária vem na minha casa, me sinto melhor”. Assim, a visita do agente comunitário é vista, pela comunidade, como uma espécie de amparo e as orientações são de grande benefício para o paciente, o qual vê uma possibilidade de vínculo afetivo com o agente comunitário.

Portanto, os agentes comunitários fazem visitas mensalmente às famílias assistidas pela Estratégia, na ocasião conversam a respeito de hábitos saudáveis, questionam sobre as condições de saúde dos integrantes da família. Quando os agentes comunitários percebem que algum integrante da família não está bem, para aqueles que possuem mais de 60 anos, se necessário, agendam consulta com o clínico da ESF, e para os demais orientam a marcar consulta na UBS.

Quando o paciente chega para a aferição da pressão arterial, ele é orientado a aguardar um pouco, para a que as condições do corpo sejam as ideais para a correta verificação da pressão arterial. Se o paciente apresentar alteração na aferição da pressão arterial, ele é encaminhado para o médico responsável, o qual vai averiguar as causas. Este paciente será orientado também a fazer o controle da sua pressão arterial frequentemente na UBS, trazendo para isso, sua carteirinha do HIPERDIA. Todavia, muitas dessas pessoas acabam não fazendo este controle, por “falta de tempo” ou mesmo por serem relapsas. Logo, muitas vezes, este paciente terá o próximo contato com a ESF somente no mês seguinte, quando da visita do agente comunitário. A ESF, por sua vez, envia as fichas de atendimento dos pacientes, toda a semana, para a Secretaria de Saúde, onde as mesmas ficam guardadas. Porém, questionada a respeito, a Coordenadora da ESF da cidade mencionou que “Todos os registros dos pacientes ficam na UBS”. Assim sendo, nota-se que há certa contradição das informações relacionadas às fichas de atendimento aos pacientes.

Dentro deste contexto, faz-se necessário ressaltar que o controle da hipertensão acaba ficando sob responsabilidade do próprio paciente, uma vez que

ele deverá ir até a UBS, levando junto consigo a carteirinha do HIPERDIA para que a técnica em enfermagem possa verificar sua pressão arterial. Assim, percebe-se que há muitas informações e situações, de organização e gestão do trabalho que não estão sistematizadas de forma a diagnosticar a realidade, bem como estabelecer diálogos e reflexões que propiciem a atuação de práticas efetivas de intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo fica evidente que as políticas públicas são de extrema importância para um melhor desenvolvimento da sociedade como um todo. Embora, ainda, de acordo com Silva; Melo (2000), estudos sobre políticas públicas têm indicado que os formuladores de políticas atuam em ambientes carregados de incertezas, como a falta de controle e de condições para prever as contingências, as quais podem afetar a política no futuro, liberdade de ação aos implementadores, fazendo com que os mesmos operem de forma arbitrária e discordem das preferências da coletividade, concordando com a ideia de Rua (2009), já citada, de que, muitas vezes, há apenas o interesse de oferecer políticas públicas, cujas satisfações sejam simbólicas e não efetivamente eficazes quanto ao seu objetivo.

Nesse sentido, faz-se necessário ressaltar que para alcançar a efetividade desejada na Atenção Básica, é extremamente importante o planejamento, a execução, a avaliação e o controle, a saber, etapas do Ciclo PEAC, já explicitadas neste estudo, nas ações de saúde em cada contexto. Além disso, é preciso que aja conhecimento detalhado sobre as condições de vida das pessoas que serão atendidas, bem como sobre as especificidades do processo de organização das ações realizadas na assistência à saúde e gestão do trabalho das equipes e dos profissionais envolvidos. Pois, de posse desses dados pode-se ter uma dimensão do que é necessário e o que é possível fazer em um determinado local. Embora, também convém reconhecer que, nem sempre as informações e as ações dos serviços de saúde são efetivamente utilizadas pelas instituições e pelos gestores no processo decisório, o que é lamentável. Assim, nota-se, não raramente, que há acúmulo de dados e tarefas que não chegam a subsidiar estrategicamente as tomadas de decisões, com informações, planejamento e organização pouco efetivas. Nesse contexto, podem-se salientar as fichas de atendimento ao paciente, as quais não são efetivamente utilizadas para promover a saúde e atingir as metas desejáveis em longo prazo na Atenção Primária da Saúde, uma vez que suas informações são pouco exploradas.

Para Maria das Graças Rua, (2009):

A correta compreensão do ciclo de políticas pode ser de grande valia para o gestor, favorecendo seu entendimento correto do processo das políticas públicas e auxiliando-o a refletir com clareza sobre como e mediante que instrumentos as políticas poderão ser aperfeiçoadas.

Ainda conforme a autora citada, a implementação de uma política pública consiste em fazê-la sair do papel e funcionar efetivamente. Para isso, é preciso fazer compreender que tal processo envolve os mais diversos aspectos do processo administrativo: desde a provisão de recursos no orçamento, formação de equipes, elaboração de editais para aquisição de bens ou contratação de serviços etc.

Nesse âmbito, é válido salientar novamente que, em geral, as políticas públicas são implementadas mediante alguns processos destinados a gerar produtos com a finalidade de produzir efeitos, isto é, transformar a realidade, conforme destaca Rua (2009).

A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Isto é importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2006). Contudo, ao tentar transferir o fundamento de estimular a participação popular, bem como o controle social, salienta-se que isso, efetivamente não ocorre na prática diária da UBS em questão, uma vez que as pessoas/ famílias assistidas não exercem seus direitos, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica.

A ESF da UBS da Vila São Paulo de Sapiranga, atua de acordo com os princípios da Atenção Básica de Saúde, no que tange a questão da prevenção e controle da hipertensão arterial. No entanto, após entrevista com a Coordenadora da ESF de Sapiranga e com a Enfermeira responsável pela ESF da UBS da Vila São Paulo, bem como conversas informais e observação participante com agentes comunitários de saúde, notou-se que há determinado comprometimento da Equipe em relação à prevenção e ao controle da hipertensão. Isso porque as ações de promoção e prevenção à saúde parecem bastante limitadas, ora pela equipe não conseguir atender a demanda dentro da carga horária estipulada, ora pela falta de efetivo (profissionais com atestado médico ou em período de férias).

De acordo com Rua (apud ARRETCHE, 2000), a efetividade “[...] relaciona produtos com seus efeitos na realidade que se quer transformar, ou seja,

consequências.” Nesse aspecto, observa-se que há certa comodidade por parte da ESF em relação à efetividade enquanto objetivo. A Equipe procura orientar os hipertensos quanto aos hábitos saudáveis para a prevenção, bem como conduzi-los para o controle da hipertensão.

Apesar disso, as ações poderiam ser mais objetivas e abrangentes e conseqüentemente mais efetivas. Nesses termos, a ESF poderia formar um grupo apenas com pacientes já diagnosticados hipertensos para explicações específicas; ter na própria Unidade um gráfico ou tabela com dados pressóricos desses pacientes, sendo atualizado a cada semestre, para fazer um controle mais rígido com esses pacientes em relação às aferições da pressão arterial; além de promover atividades lúdicas, as quais despertem a motivação por hábitos saudáveis e valorizem a autoestima.

Outro fator preponderante, já mencionado, refere-se à demanda, uma vez que segundo Rua (2009), é bastante recorrente nas políticas públicas, o fato de que as decisões e ações, geralmente, são pensadas a partir da oferta e muito raramente, são consideradas as demandas, fator este efetivamente negativo. Nesse âmbito, vários usuários relataram as dificuldades para conseguir marcar uma consulta. Vale salientar que a Estratégia é responsável por 1.172 famílias, e como já foi anteriormente citado, são disponibilizadas apenas 10 fichas para consultas médicas na UBS da Vila São Paulo por dia, fator esse que, muitas vezes, faz com que o usuário fique desmotivado com a eficácia ESF.

Assim sendo, faz-se oportuno salientar que é preciso um melhor monitoramento das ações da ESF da UBS da Vila São Paulo de Sapiroanga enquanto política pública, visto que as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial não estão tendo resultados suficientemente efetivos e claros. Logo, em contrapartida, pode-se pensar que com uma melhor execução das ações realizadas pela Estratégia, tanto melhor para a população beneficiada, bem como para o sucesso da ESF no alcance de suas metas.

REFERÊNCIAS

ALA-HARJA, Marjukka; HELGASON, Sigurdur. **Em Direção às Melhores Práticas de Avaliação**. Brasília. Revista do Serviço Público, ano 51, n. 4, out./dez., 2000.

ARRETCHE, M.T.S. **Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v.14, n.40, p.111-141, jun. 1999.

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde**, 8, 1986, Brasília. *Relatório final*. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

_____. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília: Senado Federal; 2006.

_____. Lei nº 8.080 disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 21 jan. 2012.

_____. Lei nº 1.920 disponível em <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%201.920-1953?OpenDocument> Acesso em 21 jan. 2012.

_____. Lei nº 99.060 disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99060.htm> Acesso em 21 jan. 2012.

_____. Lei nº 8.142 disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em 21 jan. 2012.

_____. Lei nº 8.689 disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm Acesso em 21 jan. 2012.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis, Vozes, 2004.

COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2 ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2005. 349p.

COTTA, Tereza C. **Metodologias de Avaliação de Programas e Projetos Sociais: análise de resultados e de impacto**. Brasília. Revista do Serviço Público, ano 49, n. 2, abr./jun. 1998.

DRAIBE, S. M. **O sistema brasileiro de Proteção Social: o legado desenvolvimentista e a agenda de reformas**. Texto preparado para o PNUD, Relatório sobre o Desenvolvimento Humano 1998, PNUD/IPEA: Brasília, 1997.

FAGUNDES, Helenara; MOURA Alessandra Ballinhas. Avaliação de programas e políticas públicas. **Revista Texto & Contextos**, Porto Alegre v. 8 n.1 p. 89-103. jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/5676/4129>> Acesso em 11 dez. 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1994.

IBGE Cidades @. Brasil – Unidades da Federação. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 10 dez. 2011.

JACCOUD, Luciana. **Proteção Social no Brasil: debates e desafios**. ENAP/ UFRGS (EAD), 2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed., rev. ampl. São Paulo, SP: Atlas, 1991. 270 p.

LOBATO, Raimundo Medeiros. **Metodologia da Pesquisa**. São Luís: Ceuma, 1997.

MALMEGRIN, Maria Leonídia. **Redes Públicas de Cooperação em Ambientes Federativos**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 118p.: il.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto. Inovação gerencial na administração pública, cidadania e direitos dos brasileiros. In: **Revista organizações & Sociedade**. Salvador: UFBA, v.8, n. 22, 2001.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 648/GM. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf> Acesso em 10 dez. 2011.

_____, <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>. Acesso em 13 fev. 2012.

_____, Página do departamento de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php>> Acesso em 10 dez. 2011.

_____, Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em :<http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf> Acesso em 23 jan. 2012.

_____, PORTAL DA SAÚDE. <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149> Acesso em 05 dez. 2011.

_____, PORTAL EDUCAÇÃO. <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/5290/enfermagem-e-o-psf-do-psf-ao-esf>> Acesso em 10 dez. 2011.

PRODANOV, Cleber C; FREITAS, Ernani C. de. **Metodologia do Trabalho Científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Novo Hamburgo: Feevale, 2009.

RUA, Maria das Graças. **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos**. In: RUA, Maria das Graças; VALADAO, Maria Izabel. **O Estudo da Política: temas selecionados**. Brasília: Paralelo 15, 1998.

_____. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009. 130p. : il.

SANTOS, Hermílio. **Perspectivas contemporâneas para a constituição de redes de políticas públicas**. Civitas, Porto Alegre, EDIPUCRS, v. 5, nº 1, p. 59-68, 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/File/34/1606>>. Acesso em 06 dez. 2011.

SANTOS. Maria Paula Gomes dos. **O Estado e os Problemas Contemporâneos**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC, 2009.

SECRETARIA DA SAÚDE – Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em:<<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=programas&cod=68>>. Acesso em 06 dez. 2011.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil**: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Núcleo de Estudos e Políticas Públicas, Unicamp, Cad. 48. 2000.

TRABALHOS ACADÊMICOS – Normas da ABNT. Disponível em: <<http://www.firb.br/abntmonograf.htm>>. Acesso em 27 dez. 2011.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

SILVA, Pedro L. B. (coord.) **Modelo de Avaliação de Programas Sociais Prioritários: relatório final**. Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil. Campinas, NEPP-UNICAMP, 1999.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001.

APÉNDICES

APÊNDICE A

Entrevista com a Coordenadora da ESF de Saporanga sobre a ESF da Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo de Saporanga

1. Há quanto tempo a ESF foi implantada nesta Unidade Básica de Saúde?

2. Quantos profissionais compõem a ESF?

3. Poderias citar os profissionais que atuam na ESF?

4. Quantas famílias, em média, cada agente comunitário atende?

5. Qual a carga horária dos profissionais que trabalham na Estratégia referida?

6. Quais as prioridades no atendimento às famílias atendidas pela ESF?

7. Há muita incidência de casos de hipertensão arterial nas famílias assistidas pela ESF?

8. Que tipo de prevenção é realizado, com as famílias assistidas, pela ESF, em relação à hipertensão arterial? E em quanto ao controle da mesma?

9. Que outras doenças, geralmente, são diagnosticadas nas famílias atendidas pela ESF?

10. Há metas a serem cumpridas pela ESF? Elas, geralmente, são atingidas?

11. Há algum tipo de fiscalização por parte da Secretaria de Saúde do Município ou Ministério da Saúde?

12. Há algum tipo de treinamento para a equipe da ESF ou capacitação dos mesmos, regularmente?

13. De um modo geral, como é a aceitação das famílias em relação ao trabalho desenvolvido pela ESF?

14. Em sua opinião, qual a importância da aplicação da ESF para as famílias assistidas?

APÊNDICE B

Questionário aplicado à Enfermeira responsável pela equipe da ESF da Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo de Sapiranga

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

() SIM .

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

2. A(s) equipe(s) da ESF contém 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde?

() SIM .

() NÃO. Descreva os profissionais que compõem a equipe

3. Há algum agente que é responsável por mais de 750 pessoas?

() NÃO.

() SIM. Por quantas?

4. A equipe da ESF recebeu treinamento introdutório sobre o programa?

() SIM .

() NÃO. Comente

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

() SIM.

() NÃO. Comente

6. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é exclusivamente voltada para atendimento na ESF?

() SIM .

() NÃO. COMENTE

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

() SIM

() NÃO. Comente

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

() SIM .

() NÃO. Por quê?

9. Os agentes comunitários de saúde dispõem de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades? (*meio de locomoção, uniforme, balanças e demais equipamentos, que devem ser fornecidos pela secretaria municipal de saúde*).

() SIM .

() NÃO. Por quê?

10. Os agentes comunitários de saúde visitam, no mínimo, mensalmente, as famílias da comunidade?

() SIM.

() NÃO. Com que frequência?

APÊNDICE C

Entrevista aplicada à Agente Comunitária integrante da Equipe da ESF da Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo de Sapiranga.

1. Como é abordada, inicialmente, a questão da hipertensão arterial nas famílias assistidas?
2. Quando não há incidência de hipertensos na família, como é realizado o trabalho de prevenção?
3. Quando há incidência de hipertensos na família, como é realizada a ação de controle da hipertensão arterial?
4. Os hipertensos têm carteirinhas para controle? Eles vão até a unidade para fazer o controle ou esperam os agentes comunitários?
5. Os hipertensos fazem uso da medicação gratuita do Programa do Governo Federal para hipertensos?
6. Como eles adquirem esta medicação? Qual é o processo para aquisição?
7. Verificando os últimos doze meses de controle dos hipertensos analisados, pode-se dizer que a pressão arterial dos mesmos manteve-se estável, diminuiu ou aumentou?
8. Em sua opinião, qual a maior dificuldade em fazer o controle da hipertensão arterial com os hipertensos?

APÊNDICE D

Questionário aplicado às famílias assistidas pela ESF da Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo de Saporanga

1. Os agentes comunitários fazem visitas mensais a sua residência?
 SIM.
 NÃO. Comente.

2. Quando alguma pessoa ficou doente e/ou impossibilitada de se deslocar até o posto de saúde, o médico ou o enfermeiro visitaram a sua residência?
 Sim. Tanto o médico quanto o enfermeiro já visitaram a família.
 A família já foi visitada apenas por médico do PSF.
 A família foi visitada apenas por enfermeiro do PSF.
 A família não recebeu visita de médico ou de enfermeiro.

3. Quando foi necessário, o agente comunitário de saúde agendou consultas?
 SIM .
 NÃO. Por quê?

4. As pessoas precisam enfrentar filas para receber atendimento?
 NÃO.
 SIM. Comente

5. Quando alguém da família precisou de atendimento em hospital, a equipe de saúde da família fez o encaminhamento para realização de exames e tratamentos?
 SIM .
 NÃO. Comente

6. Quando algum membro da equipe de saúde da família visita a família, o profissional pergunta sobre as condições de saúde de todos?
 SIM .
 NÃO. Comente

7. Quando é realizada a visita domiciliar é feita a verificação da pressão arterial?
 SIM.
 NÃO. Comente.....

8. Já aconteceu de sua pressão arterial estar elevada no momento da medição?
 SIM.
 NÃO.

9. Em caso afirmativo da pergunta anterior. Você foi encaminhado para consulta médica?
 SIM.
 NÃO.

10. Você faz o controle da hipertensão arterial, levando sua carteirinha do HIPERDIA na UBS frequentemente?
 SIM.
 NÃO.

11. Em caso afirmativo da pergunta anterior, pelo menos uma vez por semana?

() SIM.

() NÃO

12. Você faz o controle da hipertensão, levando a carteirinha do HIPERDIA a UBS muito raramente.

() SIM.

() NÃO

13. Você está satisfeito com a qualidade do atendimento prestado pela equipe da ESF?

() SIM .

() NÃO. Por quê?

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante,

Sou aluno (a) do Curso de Especialização em Gestão Pública, da Escola de Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estou realizando uma pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sob a orientação do Professor Rogério Faé, cujo objetivo é verificar a efetividade da Estratégia da Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo de Sapiranga, enquanto política pública, na prevenção e controle da hipertensão arterial.

A sua participação envolve uma entrevista ou preenchimento de um questionário, envolve também o consentimento de observar seu ambiente de trabalho – Unidade Básica de Saúde da Vila São Paulo de Sapiranga. Essa participação no estudo é voluntária.

Os resultados deste estudo serão publicados, mas seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo. Apesar de que você não terá benefícios diretos em decorrência de sua participação, o provável benefício que lhe advirá por ter tomado parte nesta pesquisa é a consciência de ter contribuído para a compreensão do fenômeno estudado e para produção de conhecimento científico. Se você tiver qualquer pergunta em relação à pesquisa, por favor, telefone para Jaqueline Hönig (99850322). Desde já agradecemos sua contribuição no estudo proposto.

Atenciosamente,

Cursista _____

Assinatura

Local e data

Consinto em participar deste estudo

Entrevistado _____

Assinatura

Local e data