GT 3 - Análise de Políticas Públicas

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE UBÁ, MINAS GERAIS

Wanderson de Almeida Mendes [1]

Suely de Fátima Ramos Silveira [2]

Wesley de Almeida Mendes [3]

Resumo: Este estudo teve como objetivo compreender o processo de implementação da política de Estratégia da Saúde da Família – ESF em Ubá, Minas Gerais, além de comparar essa política em Ubá com outros municípios em Minas gerais e também com a legislação. Utilizou-se como metodologia qualitativa a pesquisa documental, onde foram analisados 485 documentos, e separados em critérios de contratação, objetivos da política, e atores envolvidos. Como metodologia quantitativa, foi feita uma análise descritiva, a fim de fazer o comparativo da ESF do município de Ubá com as outras cidades mineiras. Os principais resultados foram um ator político pode ter influenciado na implementação da política na cidade. Outro fator que pode ter influenciado na implementação está ligado a incentivos financeiros para os municípios brasileiros. Pode-se concluir que a ESF tem um papel importante na identificação precoce e controle de doenças, sendo uma política fundamental de apoio ao Sistema Único de Saúde.
Palavras-chave: Estratégia da Saúde da Família. Implementação. Política Pública.

Introdução

A saúde é um direito de todos, e o Estado tem o dever proporcionar serviços de qualidade, possibilitando que a sociedade tenha o acesso ao atendimento de forma igualitária, criando políticas que almejam a redução de riscos de doenças e outros agravos,

[1]Mestrando em Administração com concentração na área Pública do PPGADM da Universidade Federal de Viçosa. Graduado em Administração pela Faculdade Ubaense Ozanam Coelho. Possui especialização em Engenharia e Gerenciamento de Manutenção e MBA Executivo em Gestão de Produção e Qualidade pela Universidade Candido Mendes.
Instituição: Universidade Federal de Viçosa. *E-mail*: wandersonsan@hotmail.com

[2]Professora do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Possui graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de Viçosa, Mestrado em Economia Rural pela Universidade Federal de Viçosa e Doutorado em Economia Aplicada pela ESALq/Universidade de São Paulo.
Instituição: Universidade Federal de Viçosa. *E-mail*: sramos@ufv.br

[3]Doutorando em Administração com concentração na área Pública do PPGADM da Universidade Federal de Viçosa e Mestre em Administração com concentração na área Pública do PPGADM da Universidade Federal de Viçosa. Possui MBA Executivo em Gestão Empresarial e Planejamento Tributário pela Universidade Candido Mendes e graduação em Administração pela Faculdade Governador Ozanam Coelho.
Instituição: Universidade Federal de Viçosa. *E-mail*: wesleyadm@live.com

visando o bem-estar social (BRASIL, 1988). Apesar da saúde ser um dever da União, dos Estados Federados, Distrito Federal, e Municípios, isso não elimina a responsabilidade das famílias, pessoas, empresas e sociedade (BRASIL, 1990a).

Os problemas que a sociedade brasileira enfrenta com relação à saúde pública são diversos, caracterizados por filas demoradas no atendimento, dificuldades no acesso ao atendimento, falta de capacitação profissional em alguns casos, problemas relacionados à estrutura (RAMOS e LIMA, 2003). Embora, mesmo com todas essas limitações, os brasileiros e estrangeiros (residentes ou não), podem contar com a oferta desse serviço público, gratuito.

Por outro lado, têm-se a escassez dos recursos públicos, onde a arrecadação feita por alguns municípios não é suficiente para realizar, não só os serviços relacionados à saúde, mas também os serviços das outras áreas, tornando tais municípios dependentes de transferências dos outros níveis de governo (BARAT, 1980; SOARES e MELO, 2016; ARRETCHE, 2006). Segundo Duarte et al. (2015), as transferências intergovernamentais contribuem para que os serviços públicos sejam realizados, principalmente em cidades de pequeno porte. As transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde estão previstas na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas de saúde nº 8.080 e nº 8.142 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Nota-se, portanto, a complexidade relacionada à saúde brasileira, que dificulta a criação de políticas públicas. Subirats (2006a, p. 199) destaca a importância da definição do problema social para que a política pública atinja as reais necessidades da sociedade, surtindo os efeitos desejados. Nesse sentido, a definição do problema pode influenciar nas fases do ciclo político, como na fase da implementação.

Com o objetivo de reduzir os problemas relacionados à saúde, o governo brasileiro, por meio da Atenção Primária à Saúde – APS, criou o Programa da Saúde da Família – PSF, com o intuito de atender à população com maior aproximação, visando prevenir doenças e agravos. Esse programa posteriormente se tornou a Estratégia da Saúde da Família – ESF (STARFIELD, 2002; VOLPATO, 2014).

A implementação da ESF no Brasil busca a redução no número de pessoas doentes, controlando a situação da saúde nas famílias, possibilitando ações estratégicas do governo

com relação à saúde, objetivando ainda a redução de gastos com internações, ou outros cuidados mais complexos, originados pelo agravamento do estado de saúde do paciente (MENDONÇA et al., 2012; VOLPATO, 2014).

A implementação é a fase do ciclo em que o planejamento da política pública se transforma em resultados reais, para atender as necessidades da sociedade (SABATIER e MAZMANIAN, 1980; FERREIRA e MEDEIROS, 2016). É na implementação que é realizada a política pública, colocando em prática as intenções políticas, interagindo com a população e conhecendo a complexidade do problema enfrentado (HILL e HUPE, 2002; FERREIRA e MEDEIROS, 2016).

Nesse sentido, um problema complexo como o da saúde, requer cuidados de atenção que visam a prevenção de doenças, além de profissionais capacitados para a implementação da política. Contudo, o sistema de saúde brasileiro, como descreve a Constituição Federal de 1988, deve ser universal e igualitário, estendido a todos os seus municípios e cidadãos (BRASIL, 1988).

Diante do exposto, é pertinente questionar: como ocorreu a implementação da ESF no município de Ubá? Tal estudo tem por objetivo compreender o processo de implementação da ESF no município de Ubá, assim como, comparar sua política de ESF com a legislação e com as demais cidades do estado de Minas Gerais.

O estudo se justifica pela busca da compreensão da implementação da ESF em uma cidade de porte médio, que é o caso da cidade de Ubá, e a complexidade da saúde brasileira, corroborando os trabalhos de Mendonça et al. (2012), que buscaram avaliar a implementação da ESF na cidade de Belo Horizonte, e de Volpato (2014), que em sua dissertação buscou encontrar fatores que interferem na implementação da ESF. Além disso, nota-se a importância de se estudar a ESF uma vez que essa política tem caráter preventivo e, assim, visa reduzir a incidência de doenças, podendo dessa forma, reduzir os gastos públicos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Implementação de Políticas Públicas

Os estudos sobre implementação de políticas públicas têm origem com a obra de Pressman e Wildavsky, em 1973, onde é abordado sobre o elo perdido das políticas públicas, o que seria a implementação (HILL e HUPE, 2002, p. 41).

Definir a implementação de políticas públicas é algo complexo de se fazer. Seu conceito vai além da tomada de decisões das políticas, e execuções. Ela pode ser considerada, um complexo conjunto de decisões e ações feitas a partir das intenções das políticas públicas, transformando-as em resultados concretos para o bem-estar da sociedade (HILL e HUPE, 2002; FERREIRA e MEDEIROS, 2016).

A implementação é realizada pelos burocratas de nível de rua (*Street-Level Bureaucracy*), que são aqueles atores que possuem maior aproximação da realidade social, interagindo com as pessoas, o que levam ao conhecimento sobre os detalhes das consequências causadas pelos problemas sociais (LIPSKY, 2010; LOTTA, 2012).

Contudo, os burocratas podem influenciar na implementação da política por meio da discricionariedade, moldando a política conforme seus desejos, seja para melhor adaptar a política à realidade da necessidade social, buscando solucionar o problema, ou simplesmente por interesse próprio (LIPSKY, 2010; LOTTA, 2012).

Segundo Subirats (2006b, p. 114), quanto mais complexa for a organização, e a administração, maior será a possibilidade de os burocratas de nível de rua praticarem a discricionariedade. O ponto positivo, é o fato dos burocratas conviverem mais próximos da realidade da sociedade, conhecendo de perto os problemas enfrentados. O ponto negativo, é além dos burocratas nem sempre terem a razão sobre uma ação, existe ainda a possibilidade da existência de más-condutas.

De qualquer forma, as ações e decisões tomadas a partir da discricionariedade dos burocratas de nível de rua alteram o resultado das políticas públicas, podendo prejudicar o resultado planejado pelos *Policy Makers* (SUBIRATS, 2006b; FERREIRA e MEDEIROS, 2016; LOTTA, 2012). Contudo, a implementação de uma política pública é um importante processo para a busca da qualidade do resultado da política. No caso da saúde pública, o resultado está relacionado à vida, ao bem-estar social, aos gastos públicos, exigindo mais atenção para a implementação.

2.2 Atenção Primária de Saúde e a Estratégia da Saúde da Família

De acordo com Starfield (2002), a Organização Mundial da Saúde na tentativa de regularizar as iniquidades relacionadas às questões sociais e de saúde em todos os países, criou um conjunto de princípios para a construção da base da atenção primária de saúde. Os princípios foram apresentados em uma conferência em Alma-Ata no final da década de 1970, salientando a necessidade de atenção à saúde em países em desenvolvimento (STARFIELD, 2002; MENDONÇA et al., 2012).

Contudo, os profissionais de saúde tendem a se subespecializar em uma atenção específica, o que causa nos países uma fragmentação da área da saúde, gerando um enfoque maior nas áreas específicas, e isso pode influenciar nos gastos públicos, pois os gastos com a atenção especializada normalmente são maiores se comparado à atenção primária (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a saúde pública é regida pelas normas do Sistema Único de Saúde (SUS), que estabeleceu ainda em suas diretrizes a descentralização político-administrativa do sistema (BRASIL, 1990a). A Atenção Primária de Saúde no Brasil sofreu algumas mudanças no meio da década de 1990, quando o Ministério da Saúde implantou o PSF, em 1994, e que posteriormente passou a ser chamado de ESF, pois não se tratava mais de um programa, mas sim, de uma política nacional (MENDONÇA et al., 2012; VOLPATO, 2014).

Segundo Volpato (2014, p. 23), a ESF “tem como objetivos a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação”. Dessa forma, a ESF visa a garantia do bem-estar da sociedade.

A ESF é formada por equipe multiprofissional, contendo médicos, enfermeiros, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde – ACS, além da possibilidade de profissionais da saúde bucal complementarem essa formação multiprofissional, como dentistas e técnicos (BRASIL, 2011).

A ESF possui unidades espalhadas nos municípios, onde é distribuído o atendimento das regiões para as unidades, ou seja, cada unidade fica responsável em atender determinada área do município, garantindo assim, a prestação desse serviço de saúde para

a população cadastrada (BRASIL, 2011). O número de Agentes Comunitários de Saúde deve cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas para cada agente comunitário, e o máximo de pessoas atendidas para cada equipe da saúde da família de 4.000 pessoas (BRASIL, 2011). Os momentos da ESF ao longo da história do Brasil podem ser visualizados no Quadro 1.

Quadro 1 – Momentos históricos da Estratégia da Saúde da Família no Brasil.

ANO	FATOS OCORRIDOS
Década 1980	Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde (MS).
1991	Criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo MS.
1994	Criação do Programa Saúde da Família (PSF); Decreto 1.232 de 1994 dispõe sobre as condições das transferências do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal.
1996	Legalização da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) para definição de um novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde.
1997	Início do projeto de financiamento Reforsus; Publicação do "PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial"; PACS e PSF são incluídos na agenda da política de saúde; Portaria MS/GM n.º 1.882, cria o Piso de Atenção Básica (PAB); Portaria MS/GM n.º 1.886, normatiza o funcionamento do PSF e do PACS.
1998	O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do SUS; Início da transferência dos incentivos financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e PACS; é definido o orçamento próprio para o PSF, constituído no Plano Plurianual. 1º grande evento: "I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família"
1999	É realizado 1º Pacto da Atenção Básica e o segundo grande evento, "I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família — construindo um novo modelo"; É feito um estudo sobre o PSF denominado de "Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família"; Portaria nº 1.329, incentiva a organização da Atenção Básica nos municípios por meio da implementação do PSF.
2000	É criado o Departamento de Atenção Básica com a função de consolidar a ESF.
2001	Edição da "Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS/01", ênfase na qualificação da atenção básica; terceiro evento, "II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família"; Equipe de Saúde da Família recebe apoio para receber medicamentos básicos; Inclusão das ações de saúde bucal ao PSF; primeira fase do estudo "Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil".
2002	Quarto grande evento: "PSF — A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros" e da segunda fase do estudo "Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil".
2003	Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf).
2006	Portaria GM nº 648 de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica e reconhece o Programa Saúde da Família como Estratégia da Saúde da Família (ESF).
2011	É revogada a Portaria GM nº 648 de 2006 pela Portaria GM nº 2.488 de 2011, onde é feita uma revisão das diretrizes e normas da ESF e PACS.
2012	Publicação do livro "Política Nacional da Atenção Básica"; Portaria nº 978 de 2012 estabelece os valores financeiros do Piso da Atenção Básica.

Fonte: Adaptado pelo autor com base em Ministério da Saúde et al. (2004), Brasil (1994), Brasil (1997a), Brasil (1997b), Brasil (1999), Brasil (2006), Brasil (2011), Brasil (2012) e Ministério da Saúde (2012).

Conforme apresentado no Quadro 1, pode-se perceber o crescimento da ESF, desde a década de 1980, com o início dos trabalhos de Agentes Comunitários de Saúde – ACS, e a criação do PACS em 1991, buscando proporcionar à população melhores condições no serviço saúde.

Em seguida, a criação do programa PSF em 1994 deu início a uma série de atividades mais intensas relacionadas aos cuidados primários de saúde nas comunidades mais próximas das unidades, buscando atender essas pessoas a fim de prevenir doenças e agraços. Ao longo dos anos, o programa ganhou força, onde os municípios passaram a receber incentivos financeiros, e com os resultados positivos do PSF, o programa se consolidou em política da ESF.

3 METODOLOGIA

Para a análise deste estudo, foi utilizada como unidade empírica o município de Ubá, localizado na Zona da Mata, mesorregião do estado de Minas Gerais, com a população de 101.529 habitantes na contagem do Censo de 2010, e uma estimativa de 113.300 habitantes em 2017 (IBGE, [s.d.]). O município possui 17.733 famílias e 64.039 pessoas cadastradas na ESF em 2015 (último período com dados disponíveis) (DATASUS, [s.d.]). Além disso, Ubá é o segundo maior município da Zona da Mata, possui uma unidade da gerência regional de saúde, que está vinculada à Secretaria do Estado de Saúde, além de atender as demandas de saúde dos municípios da região, e é sede da microrregião de saúde.

Com o intuito de se analisar o processo da implementação da ESF em Ubá, foi feita uma pesquisa documental, onde foram analisados documentos oficiais do município de Ubá, entre eles, leis, leis complementares, decretos, portarias, relatório anual de gestão, plano municipal de saúde, no período de 1994 – 2017. Considera-se a escolha desse período, devido o ano de criação do PSF até o ano mais atual.

A pesquisa foi realizada no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Ubá, e pesquisada as palavras chaves “PSF”, “ESF” e “saúde da família”. Os documentos encontrados foram separados por critérios de contratação, objetivos da política, e atores envolvidos. Foram ainda analisados documentos oficiais da União a partir do período de

1994 para compreender o PSF e a política da ESF no âmbito nacional. Para os documentos da União, utilizará como fonte o sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

Foi ainda realizada uma análise descritiva dos dados quantitativos referentes aos profissionais e Unidades de Atendimento da Atenção Básica de Saúde de todos os 853 municípios do estado de Minas Gerais com dados disponíveis, a fim de comparar os resultados do município de Ubá com outros do mesmo estado. Foi feita também uma análise de frequência dos dados quantitativos de ubá para visualizar as características da ESF do município. Esses dados foram coletados no período de 2007 – 2014, considerando a disponibilidade de dados para o período e as unidades de estudo. Os dados utilizados estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2: Descrição das variáveis utilizadas.

Variável	Descrição	Fonte	Período
Enfermeiro	Número de enfermeiros na Estratégia da Saúde da Família para cada 100 habitantes de cada município.	DATASUS /SUS IBGE	2007 a 2014
Médico da ESF	Número de médicos na Estratégia da Saúde da Família para cada 100 habitantes de cada município.		
Dentistas	Número de dentistas na Estratégia da Saúde da Família para cada 100 habitantes de cada município.		
Equipe de saúde da família	Número de Equipes de Saúde da Família para cada 100 habitantes de cada município.		
Necessidade de Equipes ESF	Quantidade mínima necessária de Equipes de Saúde da Família atuando em cada município para atender 100% da população total do município.		
Atuação das Equipes	Número de Equipes que atende os municípios dividido pelo número de equipes que deveria ter nos municípios segundo a Portaria nº 2.488.		

Fonte: Elaborado pelo autor com base no DATASUS e IBGE.

Os dados foram coletados a partir do DATASUS e IBGE. Para manter os valores em até três casas decimais, os resultados das variáveis de Enfermeiro, Médico da ESF, Dentistas e Equipe de saúde da família foram multiplicados por 100.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da pesquisa documental, foram encontrados 485 documentos, onde foram separados em critérios de contratação, objetivos da política, e atores envolvidos.

Como se pode observar no Quadro 3, apesar do Programa Saúde da Família ter início no Brasil em 1994, em Ubá, somente a partir de 2003 que o PSF é citado na legislação municipal. Um fator que pode ter contribuído para que o assunto entrasse em pauta é o incentivo financeiro à Atenção Básica de Saúde nos municípios brasileiros por meio da implementação do PSF no final do ano de 1999 com a Portaria 1.329 GM e a implantação do PROESF em 2003, que por meio de transferências de recursos financeiros contribuiu para a consolidação da ESF (BRASIL, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, et al., 2004).

Quadro 3: Retrospectiva da Saúde da Família em Ubá.

Ano	FATOS OCORRIDOS
2000	Médico vence as eleições para prefeito de Ubá.
2003	Lei n.º 3.260, de 01 de julho de 2003 inclui a manutenção de atividades do PSF nas diretrizes para a elaboração da lei orçamentária de 2004 (UBÁ, 2003).
2005	Criação de cargos públicos de Agentes Comunitários de Saúde e de Médico coordenador do PSF; Nomeação dos Médicos coordenadores do PSF para cada PSF; Designação de enfermeiros para a função gratificada de encarregado do PSF; Designação de cargo temporário de Agente Comunitário de Saúde no PSF Rural
2006	Designação de cargo temporário de Agente Comunitário de Saúde no PSF Rural
2008	Relatório Anual de Gestão aponta a ESF como a estratégia prioritária da Atenção Básica e que orienta o sistema de saúde, além de colocar como objetivos o aumento do número de profissionais da ESF e a qualificação desses; É implantado na Secretaria Municipal de Saúde de Ubá o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde;
2009	Nomeação de médicos do PSF para o vencimento de nível C-5. Designação de cargo temporário de Agente Comunitário de Saúde no PSF Nomeação de Médicos do PSF para o símbolo de vencimento de CC-02. Atingimento de 60% em 2009, e meta de 70% para o ano de 2010 de pessoas cadastradas na ESF.
2010	É constituída comissão para elaboração do Plano Municipal de Saúde. Atingimento de 62,44% referente ao ano de 2010, meta de 70% para o ano de 2011 de pessoas cadastradas na ESF visando ampliar a cobertura da política; É alterado o nível de vencimento dos Médicos do PSF de CC-02 para o símbolo criado CC-00 com valor igual a R$ 6.767,40. Realizado o Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013.
2011	É criado três novos cargos de Médicos do PSF; Realizado processo seletivo para profissionais da saúde.
2012	Designação de Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros para função pública temporária do PSF. Apresentado um novo Plano Municipal de Saúde.
2013	Gratificação por desempenho e produtividade no âmbito da ESF; Designação de pessoas para o cargo temporário de Médico do PSF.
2014	É constituída a Comissão de Elaboração do Plano Municipal de Saúde para elaboração do Plano Municipal de Saúde; É alterado o vencimento mensal do médico de PSF para R8.000,00.
2015	É apresentado o Plano Municipal de Saúde da Gestão de 2014 – 2017 visando melhorar a Atenção Primária de Saúde no município.
2017	É constituída a comissão para coordenar o processo de atualização e construção do Plano Municipal de Saúde – Quadriênio 2018 – 2021.

Fonte: Dados da pesquisa.

Outro fator que pode ter contribuído está relacionado ao prefeito da gestão de 2001 – 2004 ser médico, o que pode ter sido influenciado por interesses próprios na agenda política, e resultando na implementação da política e na criação de cargos de Agentes Comunitários de Saúde e de Médicos do PSF em 2005. Isso é explicado por Subirats (2006a, p. 206) e por Ferreira e Medeiros (2016, p. 790), em que a política é influenciada pelo jogo de interesses de políticos, sociedade, do partido, empresas.

Com os documentos encontrados, pode-se perceber que apenas nas gestões de 2010 – 2013 e 2014 – 2016 que foram possíveis visualizar os Planos Municipal de Saúde, e que a gestão de 2017 – 2020 já constituiu a comissão da atualização e realização do plano. O Decreto nº 1.232, de 1994 destaca que os planos municipais de saúde são consolidados na esfera regional e estadual e que são importantes para os municípios conseguirem transferências para o Fundo Nacional de Saúde dos Municípios (BRASIL, 1994).

Segundo a Prefeitura Municipal de Ubá (2016), no período de 2009 a 2016, as administrações de 2009 – 2012 e 2013 – 2016 fizeram um levantamento das obras realizadas na Saúde da Família, que foram:

- Construção das Unidades de Saúde nos Bairros Santa Edwiges, Vila Casal, Pires da Luz, Schiavon;
- Reforma e Ampliação da Unidade de Saúde no Bairro Industrial;
- Reforma das Unidades Saúde no Bairro Antonina Coelho/Cohab e de Ubari;
- Implantação da Unidade de Saúde do Bairro São João/Vila Flanel;
- Adequação das Unidades de Saúde.

A Organização Mundial da Saúde (1979) enfatiza a importância da proximidade entre os locais da Atenção Primária de Saúde e a população, além dos locais apresentarem condições adequadas ao atendimento

Foram ainda, identificados alguns atores ligados à ESF no município de Ubá: Organização Mundial de Saúde; Governo Federal; Ministério do Estado da Saúde; Senado; Deputados; Governo Estadual; Prefeitura; Vereadores; Secretaria Municipal de Saúde; Gestor Municipal de Saúde. E os considerados burocratas de nível de rua: Médicos;

Enfermeiros; Dentistas; Técnicos de Enfermagem; e Agentes Comunitários de Saúde. Segundo Lipsky (2010) e Lotta (2012), esses burocratas possuem poder de discricionariedade, podendo desenhar a política pública conforme suas decisões, seja para adequar à realidade da sociedade, ou por interesse próprio.

Com a finalidade de comparar a ESF de Ubá com os municípios de Minas Gerais, foi feita uma análise descritiva dos dados de Minas Gerais, descritos na Tabela 1, onde foi possível verificar uma elevada amplitude dos profissionais de saúde ao longo do tempo e distribuído nos municípios, considerando a inexistência desses profissionais em determinado período do tempo em alguns municípios, bem como, valores próximos a 15 funcionários para cada 10 mil habitantes, como é o caso do Médico da ESF.

Tabela 1: Análise descritiva dos dados

Variável	Variação	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Enfermeiro*	Geral	0,031	0,014	0	0,124
Médico da ESF*	Geral	0,015	0,015	0	0,148
Dentistas*	Geral	0,019	0,017	0	0,163
Equipe de saúde da família*	Geral	0,009	0,011	0	0,062
Necessidade de Equipes ESF por município	Geral	6,484	24,481	1	623
Atuação das Equipes	Geral	0,556	0,277	0,020	1,75

Fonte: Dados da pesquisa.
Notas: *Valores para cada 100 habitantes

Os resultados ainda indicam que os valores médios estão mais próximos dos valores mínimos encontrados, podendo ser resultado do grande volume de municípios pequenos dentro do estado de Minas Gerais, e contemplaram a política da ESF, elevando o volume percentual de profissionais pela população. Esses valores podem ser corroborados ao verificar a necessidade de equipes ESF, onde foram encontrados municípios que necessitaram, segundo a Portaria 2.488, de apenas 1 equipe e outro com necessidade de 623 equipes para atendimento integral do município (BRASIL, 2011).

Por outro lado, é possível verificar ainda a existência de municípios que possuem equipes da ESF em atuação superior ao valor necessário de equipes, chegando a ter a capacidade de atendimento de 75% a mais da necessidade municipal. Esses valores podem ser resultados da grande extensão territorial do município frente ao seu volume populacional, sendo necessário mais equipes da ESF para melhorar a logística de

atendimento e realizar ações mais democráticas para toda a população municipal, o que corrobora a Organização Mundial de Saúde (1979) quando ela aborda sobre a universalização da Atenção Primária de Saúde e com a Portaria nº 2.488 que contempla sobre a orientação da Atenção Primária de Saúde com base nos princípios do acesso, universalidade, equidade, humanização, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade do cuidado, responsabilização e da participação social (BRASIL, 2011).

Na tabela 2 encontra-se os dados referentes a cidade de Ubá. Pode-se perceber que apesar se ser apontado nos relatórios anuais de gestão a meta de 70% de população atendida pela ESF em relação à população estimada, no período de 2007 a 2014 os valores foram inferiores a essa meta. Nota-se ainda que o percentual da população atendida em relação à população estimada tem diminuído ao longo dos anos, o que significa que apesar da população estar aumentando sua quantidade, a ESF não tem acompanhado esse aumento.

Tabela 2: Equipe da Estratégia da Saúde da Família da cidade de Ubá.

ANO	Pop. Estim.	Pop. Atend. ESF	Nº Eq. S. F.*	Nec. Equip. Pop. Atend.	Nec. Equip. ESF 100%	Enf. ESF	Méd. ESF	Cirur. Dent. saúde fam.	Téc. enf. Saúde Fam.	ACS	Tot. P. **
2007	94.228	63.729	12	16	24	15	6	4	17	106	**148**
2008	98.423	64.279	14	17	25	15	2	2	19	107	**145**
2009	99.708	66.364	12	17	25	15	3	5	19	110	**152**
2010	101.466	58.624	12	15	26	17	2	5	22	104	**150**
2011	102.782	62.797	13	16	26	17	5	-	24	99	**145**
2012	104.004	62.985	14	16	27	18	4	-	31	104	**157**
2013	108.493	64.118	14	17	28	18	8	-	28	93	**147**
2014	109.779	64.041	12	17	28	18	13	-	31	90	**152**

Fonte: Elaborado pelo autor com base no DATASUS e IBGE.
Notas: *Número de equipes da saúde da família. **Total de profissionais.

Percebe-se também que o número de Equipes da Saúde da Família é inferior ao número de equipes necessário para satisfazer toda a população atendida pela ESF, contrariando a Portaria 2.488. Por outro lado, o número de ACS é suficiente para atender população cadastrada na ESF, considerando a diretriz que orienta como população máxima a ser atendida por ACS não pode ser superior a 750 pessoas (BRASIL, 2011).

Na Figura 1 pode ser visualizada a quantidade de Agentes Comunitários de Saúde necessária para atender 100% da população total do município, assim como a quantidade de agentes existentes no ESF. Percebe-se que o fato da população estimada aumentar ao longo dos anos, faz crescer a quantidade necessária de agentes. No entanto, o número de agentes ao longo dos anos tem reduzido. Isso pode ser justificado pelo fato da existência da grande quantidade de cargos de ACS provisórios e, juntamente comportamento de redução de gastos, esses cargos tiveram o prazo vencido e não foram preenchidos novamente.

Com o aumento populacional do município de Ubá, e a redução do número de ACS ao longo dos anos, percebe-se a necessidade dos gestores de saúde em planejar os serviços dos ACS de forma a ser mais eficiente, buscando atender a população com um serviço de qualidade.

Diante esses resultados, comparado aos municípios mineiros, pode-se perceber que o número de médicos da ESF em Ubá está abaixo da média dos outros municípios de Minas Gerais. Percebe-se também que o município não possui dentista da ESF desde o ano de 2011. Ramos e Lima (2003) apontam a importância dos profissionais de saúde para a melhoria da qualidade da saúde, assim também como a estrutura do ambiente, e o atendimento do serviço prestado.

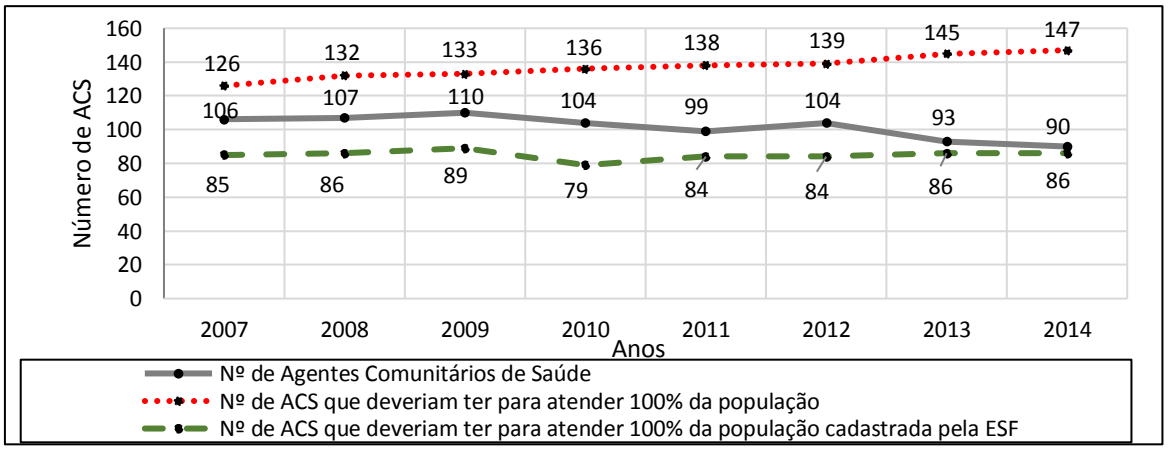

Figura 1: Gráfico com o número de Agentes Comunitário de Saúde na cidade de Ubá.
Fonte: Elaborado pelo autor com base no DATASUS e IBGE.

Comparando a atuação das equipes de ESF, pode-se perceber que o município de Ubá está próximo à média dos municípios mineiros. Contudo, nota-se que a atuação das equipes de saúde da família para atender toda a população, tanto em Ubá, quanto a média dos municípios mineiros, está longe dos 100%, assim também como o fato da população atendida pela ESF não abranger toda população, o que indica que os gestores devem se atentar nesse ponto, a fim de levar essa política de saúde para todos os habitantes dos municípios, tanto de Ubá, como das outras cidades de Minas Gerais.

5 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo verificar implementação da política da ESF no município mineiro de Ubá, além de fazer uma comparação entre a ESF desse município e a legislação e também com os outros municípios do estado de Minas Gerais.

Diante o exposto, pode-se perceber que a política da ESF visa melhorar as condições de saúde da população mais próxima, com ações preventivas, podendo influenciar na redução de pessoas internadas em hospitais, ou ainda, na diminuição de despesas com a saúde, uma vez que as pessoas que recebem o serviço tendem a ter menos doenças.

Apesar do Brasil dar início ao PSF em 1994, somente a partir de 2003 que foram encontrados documentos no município de Ubá referente à saúde da família, o que pode estar ligado ao fato de um ator político ser médico, caracterizando um jogo de interesses, ou ainda o fato de incentivos financeiros para a política de Atenção Básica no final de 1999 para todos os municípios brasileiros e a implantação do PROESF em 2003.

Embora a tentativa de Ubá alcançar 70% de pessoas cadastradas na ESF, pode-se perceber que no período pesquisado no presente estudo, essa meta não foi alcançada, sendo o ano de 2007 com o valor de 67,63% de cadastrados, cujo valor foi o mais próximo da meta.

Por fim, pode-se concluir que a ESF possui uma importante função na identificação precoce de doenças, fazendo com que essas sejam reduzidas, tornando essa política pública fundamental para o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Este estudo contribui para o campo de administração pública e de políticas públicas uma vez que busca analisar a implementação de uma política de saúde, além de abordar sobre gestão municipal. Para pesquisas futuras, recomenda-se investigar os atores envolvidos na implementação da ESF, bem como a capacidade do município em gerir financeiramente essa política.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs.). **Políticas públicas; coletânea**. Brasília: ENAP, v. 2, 2006.

BARAT, A. M. Política nacional de saúde - transferências financeiras realizadas pelo ministério da saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. v. 14, n. 3, p. p. 47-83, jul./set. 1980.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 ago. 1994.

BRASIL. Portaria n.º 1.882 de 18 de dezembro de 1997. **Ministério de Estado da Saúde**, Brasília, DF, 18 dez. 1997a.

BRASIL. Portaria nº 1886 de 18 de dezembro de 1997. **Ministério de Estado da Saúde**, Brasília, DF, 18 dez. 1997b.

BRASIL. Portaria nº 1.329 de 12 de novembro de 1999. **Ministério de Estado da Saúde**, Brasília, DF, 12 nov. 1999.

BRASIL. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, v. 143, n. 61, 2006. Seção 1, p.71-76.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012. **Ministério de Estado da Saúde**, Brasília, DF, 16 maio 2012.

DATASUS. **Ministério da Saúde / DATASUS - Departamento de Informática do SUS**, [s.d.]. Disponivel em: <http://www2.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2017.

DUARTE, J. et al. Federalismo e Descentralização. In: BOUERI, R.; ROCHA, F.; RODOPOULOS, F. **(Orgs.). Avaliação da qualidade do gasto público e mensuração da eficiência**. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2015.

FERREIRA, V. D. R. S.; MEDEIROS, J. J. Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas. **Cadernos Ebape**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 776-793, jul./set. 2016.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing public policy:** governance in theory and in practice. Londres: Sage, 2002.

IBGE. **Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA**, [s.d.]. Disponivel em: <http://www2.sidra.ibge.gov.br/>. Acesso em: 28 jun. 2017.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy:** dilemmas of the individual in public service, 30th Anniversary Expanded Edition. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOTTA, G. S. papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A. **(Org.). Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática.** Belo Horizonte: PUCMINAS, 2012.

MENDONÇA, C. S. et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 27, n. 4, p. 348-355, jul. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE et al. Dez anos de Saúde da Família no Brasil. **Ministério da Saúde**, Brasília, ano V, mar./abr. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados Primários de Saúde**. Brasília: UNICEF, 1979.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBÁ. Retrospectiva de obras na Saúde de 2009 a 2016. **Prefeitura Municipal de Ubá**, 2016. Disponivel em: <http://www.uba.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/retrospectiva-de-obras-na-saude-de-2009-a-2016/91095>. Acesso em: 01 nov. 2017.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

SABATIER, P.; MAZMANIAN, D. The implementation of public policy: a framework of analysis. **Policy Studies Journal**, v. 8, n. 4, p. 538-560, jan. 1980.

SOARES, M. M.; MELO, B. G. D. Condicionantes políticos e técnicos das transferências voluntárias da União aos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 4, p. 539-561, jul./ago. 2016.

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

SUBIRATS, J. Definición del problema. Relevancia pública y formación de la agenda de actuación de los poderes públicos. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. **(Orgs.). Políticas públicas**. Brasília: ENAP, v. 1, 2006a.

SUBIRATS, J. El papel de la burocracia en el proceso de determinación e implementación de las políticas publicas. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. **(Orgs.). Políticas públicas**. Brasília: ENAP, v. 2, 2006b.

UBÁ. Lei nº 3.260, de 01 de julho de 2003. **Prefeitura Municipal de Ubá**, Ubá, 01 jul. 2003.

VOLPATO, F. C. **Estudo de fatores que interferem na implementação da Estratégia Saúde da Família**. 2014. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2014.