UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

RITA ARAÚJO DE AQUINO SILVA

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REALIDADE DE SANTANA DO MATOS – RN

NATAL/RN
2005

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

RITA ARAÚJO DE AQUINO SILVA

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REALIDADE DE SANTANA DO MATOS – RN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profª Drª Izete Soares da Silva Dantas Pereira.

NATAL/RN
2005

Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA
Divisão de Serviços Técnicos

Silva, Rita Araújo de Aquino.
O programa de saúde da família e os princípios básicos do Sistema Único de Saúde na realidade de Santana do Matos – RN / Rita Araújo de Aquino Silva. – Natal, 2005.
145 p. il.

Orientador: Profª. Drª. Izete Soares da Silva Dantas Pereira.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

1. Serviço Social - Tese. 2. Saúde - Tese. 3. Família – Tese. 4. Santana do Matos – Tese. I. Pereira, Izete Soares da Silva Dantas. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA CDU 361.1(81)

RITA ARAÚJO DE AQUINO SILVA

"O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REALIDADE DE SANTANA DO MATOS - RN"

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Aprovado em 17 de outubro de 2005

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª **Izete Soares da Silva Dantas Pereira** -UFRN

Presidente (orientadora)

Profª Drª **Denise Câmara de Carvalho** -UFRN

(Membro Titular)

Profª Drª **Valdilene Pereira Viana - UFPE**

(Membro Titular)

Prof. Dr. **João Dantas Pereira** – UFRN(Suplente)

Aos meus pais,

Com amor, simplicidade e abnegação

incutiram que uma melhor vida se

daria pela EDUCAÇÂO.

Exemplo de Vida!

A Liduina e Zefinha,

mentes-brilhantes,

que buscam um lugar ao sol.

A G R A D E C I M E N T O S

É chegada a hora de fazer alguns agradecimentos para finalizar este trabalho. Muitas pessoas contribuíram de forma decisiva para que eu pudesse alcançar mais este objetivo. O meu muito obrigada a todos.

A DEUS, Ser Supremo, que com sua equipe espiritual me deu forças para suportar e superar os mais diversos obstáculos da caminhada.

A meus pais, João de Aquino e Maria Araújo, que, mesmo distantes, sempre acreditaram que eu alcançaria essa conquista.

Aos irmãos e irmãs, que, de várias maneiras, incentivaram e acreditaram que eu chegaria aonde tinha me proposto.

A Ceiça Cardoso e Família, como também, a Tatyana Souza, que deram o suporte teórico e técnico no decorrer desta caminhada.

A Francil, eterno namorado, pelo amor, dedicação e compreensão, por compartilhar mais um momento glorioso como este. Tenha certeza que virão outros.

A Elba Maria e família pela presença assídua no meu cotidiano com palavras de estímulos e incentivos, ressaltando sempre a minha capacidade de articular o Mestrado, o trabalho e a casa.

A Liege Vasconcelos e família pelo apoio moral na construção final deste trabalho.

Ao casal “a rosa e o beija-flor” (Rose e Carlinhos), mesmo distante, na cidade de Tefé (AM) mas tão próximo, que foram importantes para que eu conseguisse atingir a meta. Tenho certeza que estão comemorando a minha vitória.

A Marcelo Melo, amigo de infância, que, mesmo em Carajás (PA) esteve presente através da Internet revelando e demonstrando que a amizade construída na Escola Ressurreição em Macau (Rn) vai ser para a vida toda.

Ao Grupo Espírita Obreiro do Bem, com quem compartilho os ensinamentos da caridade e amor ao próximo, acreditando que a vida terrena é mais uma etapa a ser percorrida. Obrigada aos meus guias espirituais.

À professora Drª Izete Dantas, minha orientadora, que com seu jeito simples conduziu-me à concretização deste objetivo. Espero que nossa amizade se perpetue para sempre.

À Banca de Qualificação, professoras Drª Vânia Gico e Drª Célia Nicolau, que com seu olhar crítico deram dicas valiosas para a versão final.

À professora Drª Valdilene Viana, que tive oportunidade de conhecer na banca de defesa de Suely Bezerra, convidei à minha defesa, que teve acesso à primeira versão dos capítulos, nada mais justo que participasse da banca. Afinal de contas, suas contribuições foram essenciais à versão final. O meu respeito, carinho e admiração.

Aos que fazem o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFRN, em alguns momentos convergentes e divergentes, porem essenciais para o fortalecimento deste Veículo formador de opinião, em especial à Profª Drª Severina Garcia, pela capacidade de concretizar este Programa.

À Drª Maria Célia Nicolau pelo respeito, competência intelectual, profissional e ética que vem demonstrando ao longo da sua carreira sendo a pessoa que tem fortalecido o projeto ético-político da profissão e que, quando todos estavam fora, foi quem segurou o Mestrado. Sou imensamente grata por fazer parte do seu círculo de amizade.

A Viviane e Maria Lúcia, secretárias da PPGSS, sempre prestativas nas informações que eu solicitava do programa.

A todas colegas(os)/amigas(os) que fizeram ou fazem parte deste Mestrado, por compartilhar angústias, alegrias, tristezas e conhecimentos, em especial, a terceira turma: Regina, Ana Paula, Maria Figueredo, Ilena, Rosemery, Valéria, Deusa, Joseane, Fernando, Adalberto, Késsia, Késia e Iza.

A Ilka, Adriana Paula e Marinalda pela convivência saudável na Academia.

A Chaguinha, Lígia, Keilla, Ilzamar e Suely pela atenção e força que pude compartilhar nessa trajetória.

À amiga Itâmara Medeiros, assistente social e quase estatística que na fase de cruzamento dos dados abrilhantou o trabalho.

A Maria Zélia e família, sempre acreditando no meu potencial e abrindo a sua casa para algumas tardes agradabilíssimas de importantes e proveitosas discussões.

A Maria da Paz, Mestre Mor da Vavatur, que com seu jeito simples e carinhoso deu dicas valiosas para burlar os obstáculos que teimavam em reinar.

Às Srªs Lardjane e Lucimar Ciriaco, respectivamente, ex-Secretária Municipal de Saúde e ex-Secretária Municipal de Assistência Social de Santana do Matos, por viabilizarem de forma concreta a minha assiduidade no curso. O meu muito obrigada.

A Sueni de França e Maria Elisa, assistentes sociais, que ao longo destes oitos anos, exercendo a profissão na sua terra natal, tento desvelar e entender o real, buscando caminhos viáveis para que a população se emancipe.

À turma da “Casa da Dinda” (residência dos profissionais em Santana do Matos) em especial às bioquímicas Mônica Furtado e Aline Fernandes , à dentista Lindamires e à assistente social Lígia Maniçoba por compartilharmos projetos de vida e, acima de tudo, por diminuírem a ausência de meus familiares. Tenho certeza que estão orgulhosas por mais essa conquista.

Aos profissionais do Hospital Dr. Clóvis Avelino e aos demais profissionais da Secretaria Municipal de Assistência Social por acreditar que a teoria sempre vai dar suporte à prática. Isto é só o começo!

A Luciano Barros e família pelo carinho, atenção e amizade dispensados no início de minha trajetória em Santana do Matos. O percurso a ser trilhado foi mais fácil com suas dicas.

A Mônica Damasceno e José Luiz, técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Matos, que sempre facilitaram o acesso às informações para concretização deste trabalho. Sem vocês o caminho seria mais difícil.

A Dona Maria Pereira, Aldenora e Sr. Tibira (in memoriam) que desde que cheguei a Santana do Matos, abriram sua casa para que à noite jogarmos dominó, baralho, War e conversarmos até altas horas. Tenho saudade da turma cativa, como: Roberto Guedes, Luana Araújo, Santana Rosária, Netinho, Regina Mafra, Robson e Ronilson. Dona Maria, abra novamente o cassino!

À família Arruda Câmara, em especial, Dioclécio (Dió) e Wilson (Bandô), pela amizade compartilhada durante a minha estada na cidade. E já estava esquecendo de Olivete, “babona” da turma de Natal.

A Francisca Ana e Socorro Preta pela amizade, solidariedade, carinho, atenção e respeito, hoje tão em desuso. Nega, pode abrir mais uma vez a sua casa,

pois a farra vai ser grande. Afinal de contas não é todo dia que se termina um Mestrado. Desta vez irei tomar todas.

A Maria Alzeneide Fernandes com carinho. Professora venha se aventurar na magia da Academia.

Ao prefeito atual e à primeira dama de Santana do Matos, Sr. e Srª Assis Silva pelo respeito e a capacidade de entender que neste começo de sua gestão eu necessitava de afastamento para a conclusão desta tarefa. Como também, por depositar confiança para encaminhar a política de assistência no Município. Nada é por acaso, isso é fruto de muito trabalho depositado em maio de 1997, e agora germina. E que venham os bons frutos!

Aos colegas Gilka e Júnior da Secretaria Municipal de Assistência, parceiros desde 2003 e hoje amigos na implementação da nova Política de Assistência. Há um novo mundo a ser desvelado, vamos nos apropriar da literatura!

Aos profissionais do PSF de Santana do Matos que se disponibilizaram a ser entrevistados, oferecendo informações essenciais à concretização deste trabalho.

Enfim, a todos que contribuíram para a concretização deste sonho.

Rita Araújo de Aquino Silva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Código das categorias do programa saúde da família 33

Quadro 2 – Comparativo entre a política social a partir de 1988 e a política social no neoliberalismo 40

Figura 1 – Unidades regionais de saúde pública do RN..... 68

Figura 2 – Mapa do RN – macrorregiões segundo o plano diretor de regionalização do estado do Rio Grande do Norte 70

Gráfico 1 – Cobertura vacinal segundo imunobiológico Santana do Matos 2000-2002 77

Gráfico 2 – Mortalidade proporcional por faixa etária 80

Gráfico 3 – Evolução da taxa de mortalidade infantil em Santana do Matos – 1996/2002..... 83

Gráfico 4 – Distribuição dos entrevistados segundo o sexo.....101

Gráfico 5 – Distribuição dos entrevistados segundo a faixa etária 103

Gráfico 6 – Distribuição dos entrevistados segundo a opção religiosa..... 104

Gráfico 7 – Distribuição dos entrevistados segundo inserção nas equipes.....106

Gráfico 8 – Distribuição dos entrevistados segundo grau de escolaridade.....107

Gráfico 9 – Distribuição dos entrevistados por faixa etária e programas de tv preferidos..... 108

Gráfico 10 – Distribuição dos entrevistados segundo programas de rádio preferidos.....109

Gráfico 11 – Distribuição dos entrevistados segundo a utilização do tempo livre 111
Gráfico 12 – Distribuição dos entrevistados em cursos e/ ou treinamento sobre saúde 111
Gráfico 13 – Distribuição dos entrevistados segundo participação em grupos ou associações 113
Gráfico 14 – Distribuição dos entrevistados segundo seu conhecimento da constituição federal de 1988 117
Gráfico 15 – Distribuição dos entrevistados segundo escolaridade x conceito de saúde..... 120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das faixas de coberturas x valor de incentivos das equipes do PSF ano 56

Tabela 2 – Mortalidade proporcional por faixa etária segundo grupo de causas – CID 10 79

Tabela 3 – Coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes)..... 81

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EMATER – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural

ESB – Equipe Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GPAB – Gestão Plena de Atenção Básica

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

IBAM – Instituto Brasileiro de Administração Municipal

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS – Instituto Nacional de Medicina Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PMS – Pesquisa Mundial de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF – Programa Saúde da Família

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificação

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SISVAN – Sistema do Programa Nacional de Imunização

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

URSAP – Unidade Regional de Saúde Pública

USF – Unidade de Saúde da Família

RESUMO

A pesquisa mostra como os profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) de Santana do Matos vêem o Sistema Único de Saúde (SUS), analisando o discurso e o reconhecimento por parte da equipe dos avanços, desafios e do seu papel enquanto integrante na implementação do SUS. O Ministério da Saúde criou o PSF, em 1994, com o propósito de reorganizar a atenção à saúde substituindo o modelo tradicional. A municipalização de saúde deu-se no dia 27 de maio de 1992, através do convênio nº 631/92 e hoje vivencia uma Gestão Plena de Atenção Básica. Em julho de 2001 foi implantado o PSF na cidade, composto de 05 equipes: duas na zona urbana e três na rural. A metodologia foi desenvolvida através da combinação de pesquisa qualitativa e quantitativa com um roteiro de entrevista de perguntas abertas e fechadas a 31 integrantes do programa. O estudo identificou que os profissionais do PSF, por mais que tenham uma visão positiva e ampliada do conceito de saúde e do SUS, não têm uma compreensão da cadeia total do sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, o que dificulta sua atuação junto aos usuários. O PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS; no entanto, no seu cotidiano ainda não rompeu totalmente com o modelo curativo, reforçado pela cultura hospitalocêntrica e medicocêntrica.

Palavras-Chave: Política de Saúde; Programa Saúde da Família; Descentralização.

ABSTRACT

This work shows the professional staff of the Family Health Program (PSF) in Santana do Matos City perceive the Unified Health System (SUS). Their discourse and recognition of the advances of SUS, as well as their participation on the implementation of the system, are analyzed. The Brazilian Ministry of Health instituted it in 1994 in order to rebuild the health politics on a new basis, substituting the traditional model. The city-centered implementation of SUS was instituted on May 27, 1992 by the act nº 631/92 and today it experiences a Full Management of Basic Attention. In July 2001 the PSF program was started in the city with 5 teams: 2 in the urban zone and 3 in the rural one. The methodology was developed with the combination of qualitative and quantitative research with the employment of a questionnaire with both open and closed inquiries to 31 members of the program. The study appointed that, no matter how positive and enlarged be the staff's concept of health and SUS, they dont's have on understanding of the total chain of the system on its integrality, hierarchy and regionality – what hinders the system performance close to the users. The PSF incorporates and reaffirms the basic principles of the SUS; however, on its everyday employment it has not yet abandoned totally the curative model, which is reinforced by the hospital-centered and physiscian-centerend culture.

Keywords: Health politics, Family Health Program; Descentralization.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 20

CAPÍTULO 1 – A POLÍTICA DE SAÚDE, A AÇÃO DO ESTADO, PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.1 Atuação do Estado através das Políticas Sociais..... 35

1.2 A Reforma Sanitária, a construção do SUS e a Reforma do Setor Saúde na década de 1990..... 42

1.3 Proposta de Alma Ata de Promoção a Saúde, o Modelo Assistencial e o Programa Saúde da Família 49

CAPÍTULO 2 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE, A PROBLEMÁTICA DA SAÚDE E A INSERÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTANA DO MATOS

2.1 O Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Norte e no Município de Santana do Matos – RN 59

2.2 O Perfil Epidemiológico de Santana do Matos- RN 73

2.3 Equipe do Programa Saúde da Família 84

CAPÍTULO 3 – O COTIDIANO DA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SANTANA DO MATOS – RN E OS IMPACTOS EM FACE DOS PRINCÍPIOS

3.1 A implantação do Programa Saúde da Família no Município 96

3.2 Delineamento do perfil dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família em Santana do Matos 101

3.3 As Visões dos profissionais do Programa Saúde da Família em relação a Política de Saúde: tensões e impactos 113

CONSIDERAÇÕES FINAIS 130

REFERÊNCIAS 133

APÊNDICES

ANEXOS

INTRODUÇÃO

Situando o objeto de estudo –

O objeto de estudo é instigante uma vez que atravessa o cotidiano profissional. O tema proposto vem desde a graduação em Serviço Social pela UFRN, passando pelo Curso de Especialização em Política Social, como também pela experiência profissional que me permitiu estar há seis anos em contato direto com a temática em questão. A partir dessas vivências, compreendendo-se que esses momentos não são estanques, oferecem-se-nos elementos significativos para uma apropriação pertinente que contribua com todos os que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Matos.

A investigação nasceu durante a elaboração do trabalho de conclusão do VIII Curso de Especialização em Serviço Social, Coordenado pelo Departamento de Serviço Social da UFRN, onde o foco da atenção foi a "Opinião dos Usuários sobre o SUS (Sistema Único de Saúde) no Estado do Rio Grande do Norte". O resultado da pesquisa revelou que, apesar dos inúmeros problemas vivenciados pelos usuários, a maioria dos entrevistados apresentava uma visão positiva do sistema de saúde, mesmo não fazendo uma clara distinção sobre o financiamento da rede, tanto no que se refere aos níveis de atenção quanto aos sistemas de controle, de referência e de contra-referência. (ALVES, 1999).

O panorama nacional da desigualdade social entre a população apresentado pelo Ministério do Planejamento no final de maio de 2005 é bastante desanimador revelando que apenas 1,7 milhão de brasileiros (1% da população) se apropria da mesma soma de rendimentos familiares distribuída entre outros 86,5 milhões de pessoas (50% da população). Do total, 53,9 milhões de brasileiros sobrevivem com menos de R$ 160,00 mensais, acentuando, assim, a pobreza. E essas expressões estão retratadas na perversidade do cotidiano vivido pela maioria da população brasileira: concentração de mais de 80% desta em cidades sem infraestrutura básica e capacidade adequada de moradia; escassez de serviços de saneamento e infraestrutura urbana; aumento da violência entre vários segmentos da população (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2005).

Na política de saúde, os dados revelam que principalmente os nordestinos estão insatisfeitos com os serviços de saúde, os números fazem parte da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Os números regionais preliminares dessa pesquisa apontam que mais de 65% das pessoas que possuem planos e seguros de saúde no Nordeste não estão satisfeitos com a prestação do serviço. O índice é maior que o dos insatisfeitos com o Sistema Único de Saúde, cujo percentual foi de 48,9%. Na região Sudeste, o grau de insatisfação com os serviços não SUS é ainda maior: 72,5%.

Em relação aos tipos de atendimento, 51,4% dos nordestinos estão insatisfeitos quando é feito no ambulatório e 52,2%, quando em nível hospitalar, ficando abaixo da insatisfação do Sudeste, que ficou em 63,4% e 62,8%, respectivamente, e mais semelhante com as médias nacionais de 57,9% para o atendimento ambulatorial e 59,4% para o hospitalar. (BRASIL, 2005).

A referida pesquisa ainda não foi lançada. No entanto, alguns dados relacionam o grau de insatisfação ao nível sócio-econômico dos cidadãos. O coordenador regional da Pesquisa Mundial da Saúde nos quatro estados do Nordeste (Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Alagoas) revela que quanto maior é o poder aquisitivo, maior fica a insatisfação. No Nordeste, dos que têm oito ou mais bens em sua casa 75,5% estão insatisfeitos com os serviços de saúde, enquanto dos 46,8% que possuem até três bens. No Sudeste, esses patamares são, respectivamente, de 77,1% e 46,8%, também estão descontentes e no Brasil ficam em 73,9% e 47%.

O debate brasileiro sobre a necessidade de promover mudanças nas políticas de saúde com características descentralizadas e cobertura universal foi mais evidenciado na década de 70. Na verdade, o debate esteve focado na perspectiva de formular políticas direcionadas para superar as graves crises assistenciais, caracterizadas pelos seguintes elementos: desigualdade de acesso; ausência de integralidade das ações; excessiva centralização; baixa resolutividade dos serviços e desorganização da rede assistencial. (ROCHA, 2000; RONCALI, 2000; COSTA, 1988; VASCONCELOS, 1997; MENDES, 1994; BRASIL, 1990).

O movimento de democratização do País contemplou o processo de descentralização da saúde, levando ao aumento da participação do setor público na oferta de serviços, à maior eficiência e racionalização com o gasto público e à inclusão da clientela no acesso e participação na formulação e implementação de políticas.

É nesse contexto de crise que se ampliou o debate nacional acerca das opções de reorientação do modelo assistencial vigente, predominantemente

curativo, hospitalocêntrico, irracional quanto à alocação de recursos e de pouca resolutividade. Dentre essas opções, o Programa Saúde da Família (PSF) ganhou visibilidade nacional como uma das estratégias prioritárias na reformulação da prática assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Anteriormente ao PSF, houve várias experiências[1] de reoritentação do modelo assistencial, relacionadas a atenção básica[2]. Estavam implementadas em regiões distintas do país, tendo como fundamento os princípios do SUS: saúde como direito, integralidade da assistência, universalidade, eqüidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social (Lei nº 8080), antes e durante o processo de municipalização[3], haviam recebido forte influências dos programas de atenção familiar então desenvolvidos em Cuba, Canadá, EUA e alguns países da Europa.

Antes da criação do PSF o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS)[4] em 1991. Somente em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes de saúde da família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários. Cada equipe do PSF tinha de 04 a 06 ACS's (Agentes Comunitárias de Saúde). Esse número varia de acordo com o tamanho do grupo sob responsabilidade da equipe numa proporção média de 01 ACS para 575 pessoas.

---

[1] "SILOS" na Bahia; "Em Defesa da Vida" em Campinas; "Médico de Família" em Niterói; "PACS" no Ceará; "Medicina Geral Comunitária" em Porto Alegre, entre outros.

[2] É um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

[3] É a passagem de serviços e encargos que possam ser desenvolvidos mais satisfatoriamente pelos municípios. É a descentralização das ações político-administrativas com adequada distribuição dos poderes político e financeiro. É desburocratizante, participativa, não autoritária, democrática e desconcentradora do poder. (JOVCHELOVITCH, 1993).

[4] Ministério da Saúde. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

O PSF tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e melhorando a qualidade de vida do brasileiro.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou em domicilio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes. Assim, os profissionais e a população assistida criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade.

Diante dos últimos resultados já alcançados, o Ministério da Saúde tem estimulado o aumento do número de equipes de saúde da família no Brasil. E para isso é fundamental a mobilização das comunidades e dos prefeitos, pois só por intermédio deles as portas dos municípios se abrirão para a saúde entrar.

O Ministério da Saúde ressalta que se PSF funciona adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. (BRASIL, 2003).

Sendo uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde na perspectiva de mudanças das políticas assistenciais, o PSF tem tido diferentes interpretações e compreensões por parte dos estudiosos do assunto.

Assim, no âmbito da saúde coletiva alguns estudiosos apresentam posições antagônicas sobre o tema, apresentando conflitos político ideológicos

divergentes e discordâncias quanto às estratégias de formulações e à implementação dos modelos de assistência à saúde.

Os defensores vêem a proposta como um meio privilegiado de implementação dos princípios organizativos do SUS e, especialmente, uma estratégia de mudança das práticas assistenciais, de reorganização e de fortalecimento da rede de serviços básicos. Levcovitz (1996); Mendes (1996); Viana e Dal Poz (1998) e Capistrano (1998).

As críticas lançadas dizem respeito à forma pela qual a proposta tem sido organizada, como programa prioritário com incentivos especiais. Eles alertam para os riscos de este programa não implementar seus aspectos inovadores e ficar restrito a uma política de focalização e segmentação da clientela, pelo fato de estar vinculado às propostas do Banco Mundial de racionalização das políticas sociais. Campos (1997); Teixeira (1998); Paim (1996); Aguiar (1998) e Franco & Merhy (2000).

O Município de Santana do Matos, segundo o Anuário Estatístico do Rio Grande do Norte, está localizado na mesorregião central potiguar, microrregião serra de santana, possuindo uma área territorial de 1445 km² onde residem 16.316 habitantes, e que possui um IDH[5] (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,594.(BRASIL, 2005)

Na verdade, O PSF foi implantado no município em 2001, quando o Governo Federal incentivava a interiorização do programa no Estado. Como a política nacional de saúde direcionava-se para a prevenção, nada mais justo que

[5] IDH é calculado a partir da expectativa de vida; dos níveis educacionais que incluem taxas de alfabetização de adultos e a taxa combinada de matrícula do primeiro, segundo e terceiro níveis escolares; e da renda ou PIB per capita. Entre 0,1 e 0,500 ponto é considerado como de baixo desenvolvimento; de 0,500 até 0,800 é de médio desenvolvimento;e de 0,800 a 1.000, indica alto desenvolvimento humano.

isso acontecesse no município, até porque com a implantação o programa vieram alguns atrativos financeiros e os gestores quiseram adquiri-los para justificar o ingresso do município na política de saúde *atualizada*.

Portanto, o processo de municipalização de saúde no município estudado começou em 27 de maio de 1992, através do convênio nº 631/92 e hoje está vivenciando uma gestão plena de atenção básica. A partir da NOB 01/96 os municípios podem habilitar-se em duas condições, que podem ser: a gestão plena de atenção básica e gestão plena do sistema municipal. As condições de gestão explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades e as prerrogativas que favorecem os seus desempenho. A habilitação dos municípios a essas diferentes condições significa a declaração dos compromissos assumidos pelo secretário municipal de saúde perante os outros gestores, como também a população sob sua responsabilidade, implicando na descentralização.

A descentralização é definida como processo de transferência da autoridade e do poder decisório de instâncias mais elevadas para instâncias de unidades espacialmente menores, conferindo autonomia de gestão para as unidades territoriais de menor amplitude e escala. Representa uma efetiva mudança da escala de poder, conferindo às unidades comunitárias e municipais capacidade de escolha e definição sobre suas prioridades e diretrizes de ação sobre a gestão de programas e projetos.

O Processo de Descentralização pode ser de duas formas diferentes e complementares:

- Descentralização estado-estado – mudança da responsabilidade de gestão em instâncias espacialmente diferenciadas, da mais ampla para a mais reduzida e local. Inclui a transferência de funções e responsabilidades da União para os estados e municípios e dos estados para os municípios, e a transferência de responsabilidades dentro da mesma instância para suas unidades descentralizas no espaço.
- Descentralização estado-sociedade – democratização da gestão e transferência para a sociedade da capacidade de decisão e execução de atividades, gestão de recursos e prestação de serviços, tradicionalmente concentrados nas mãos das unidades estatais e governamentais. Essa descentralização pode ser vista em dois aspectos, segundo o tipo de repasse de responsabilidades: decisão e deliberação – com transferência de responsabilidades na definição de políticas; e execução – transferência para a sociedade da função executiva de projetos, atividades e serviços públicos (terceirização com diversas formas de participação e regulação pública).

Desta forma, definiu-se como problemática: discutir os impactos na prática dos profissionais do PSF do município de Santana do Matos com relação aos princípios básicos norteadores do SUS, tendo como objetivos:

- Analisar o discurso dos profissionais da equipe do PSF do Município de Santana do Matos a respeito do SUS.
- Conhecer até que ponto a equipe do PSF reconhece os avanços, seus desafios e o seu papel enquanto parte integrante na implementação do SUS.

Para responder a esses objetivos formularam-se algumas questões, tais como:

Quais as tensões e impactos enfrentados pelos profissionais no PSF em face dos princípios básicos do SUS?

Quais as particularidades do PSF em função do atendimento?

Até que ponto o discurso e a prática do profissional estão em consonância com os Princípios Básicos norteadores do SUS?

2. Considerações Metodológicas

Tudo é ousado a quem nada se atreve

(Fernando Pessoa)

Acreditando fielmente na assertiva do grande poeta português Fernando Pessoa, inicia-se este item colocando-se que a investigação é um produto humano e conseqüentemente, passível de falhas. Nem por isso tira-se o mérito da descoberta, uma vez que fazer pesquisa não é privilégio de alguns gênios. Para concretizar o ato da pesquisa necessita-se ter conhecimento da realidade, noções básicas de técnicas de pesquisa, seriedade, consciência social, competência, respeito, ética entre outras qualidades.

A pesquisa de campo é o esqueleto da investigação e/ou um procedimento formal como método do pensamento reflexivo. Requer um tratamento científico e se constitui no caminho para investigar a realidade ou para descobrir verdades parciais.

Partindo deste entendimento, investigou-se a opinião dos profissionais da equipe do PSF sobre o SUS, buscando identificar até que ponto a equipe reconhece os avanços, seus desafios e o seu papel na implementação do SUS.

No tocante à pesquisa, algumas etapas foram essenciais, articuladas, mas não necessariamente sucessivas:

A primeira etapa, intitulada pesquisa documental, é uma técnica cuja a fonte de coleta de dados está limitada a documentos escritos ou não. Nesta fase recorreu-se aos documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) sobre a temática – PSF e SUS; Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte; a IV Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP) e a Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Matos.

Ainda na primeira etapa realizou-se pesquisa bibliográfica sobre o tema estudado, a partir de publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, etc. A finalidade era colocar o pesquisador em contato direto com o que tem sido produzido sobre o tema em questão, dando suporte para elaboração final do trabalho.

Na segunda etapa, a observação, que utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade pesquisada. Na verdade, a técnica consiste em ver, ouvir e examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar.

Neste aspecto, a observação

> não é apenas uma das atividades mais difusas na vida diária, é também um instrumento básico de pesquisa científica. A Observação torna-se uma

> técnica científica à medida que serve a um objetivo formulado de pesquisa, é sistematicamente planejada, registrada e ligada a proposições mais gerais e, uma vez de ser apresentada como conjunto de curiosidades interessantes, é submetida a verificações e controles de validade e precisão (RICHARDSON, 1999, p. 259).

Uma das vantagens da observação é a possibilidade de se obter informações no momento em que ocorre o fato. Esse aspecto é importante porque possibilita verificar detalhes da situação que, passado algum tempo, poderiam ser esquecidos pelos elementos que vivenciaram o acontecimento. Comparada a outras técnicas de coleta de dados, a observação é a que menos exige do sujeito objeto de estudo. (RICHARDSON, 1999).

A terceira etapa, a pesquisa empírica, utilizou a pesquisa qualiquantitativa por compreender que a interação entre o método quantitativo e qualitativo revela dados que se complementam, tornando assim a pesquisa mais rica. O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. Representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise, interpretação e possibilitando uma margem de segurança quanto às conclusões. O segundo difere em princípio do primeiro à medida que não emprega um instrumental estatístico como base da análise de um problema, justificando-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social. Fazer uso desse método é descrever a complexidade de um determinado problema; compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais; contribuir na mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior

nível de profundidade, entender o comportamento dos indivíduos em suas particularidades.

O universo da pesquisa compreendeu as cinco equipes básicas do PSF do Município de Santana do Matos, num total de sessenta e uma pessoas. Vale ressaltar que o objeto da pesquisa foi a equipe básica obrigatória que o Ministério da Saúde definiu para o funcionamento do programa e foi distribuído por categorias: cinco médicos, cinco enfermeiros; cinco auxiliares de enfermagem; três odontólogos; três auxiliares do consultório odontológico e quarenta agentes comunitários de saúde. Entretanto, utilizou-se o universo total nas categorias dos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagens; odontólogos e auxiliares de consultório odontológico. Para os agentes comunitários de saúde (ACS's) resolveu-se entrevistar trinta por cento desse grupo, isto é doze ACS's. Para o sorteio dessa categoria recorreu-se a tabela de números aleatórios.

Nesta etapa empregou-se um roteiro de entrevista não-estruturado, conforme Richardson (1999), também chamado de entrevista em profundidade em vez de responder a pergunta por meio de diversas alternativas pré-formuladas, visa-se obter do entrevistado o que ele considera os aspectos mais relevantes de um determinado problema. Isto ocorre por meio de uma conversação guiada em que se pretende obter informações detalhadas que possam ser utilizadas em uma análise quantitativa. O instrumental conteve questões abertas e fechadas (APÊNDICE A). Uma das grandes vantagens das perguntas abertas é a possibilidade de o entrevistado responder com mais liberdade, não estando restrito a marcar uma alternativa. Isso ajuda muito o pesquisador quando ele tem pouca informação ou quer saber um assunto. Quanto às perguntas fechadas, como aspecto positivo tem-

se a sua facilidade de codificação e do seu preenchimento total. (RICHARDSON, 1999).

O referido método foi aplicado a trinta e uma pessoas pesquisadas, uma vez que dois profissionais recusaram-se a participar. Com este instrumento buscou-se obter informações preliminares de identificação, modo de vida e, especificamente, sobre o SUS conjuntamente com o PSF.

Segundo Richardson (1999, p. 207) a entrevista é “uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas e que proporciona as melhores possibilidades de penetrar na mente, vida e definição dos indivíduos”.

Diante desta assertiva constatou-se que a entrevista é uma técnica importante para o desenvolvimento de uma relação estreita entre as pessoas, ou seja, entre o entrevistador e o entrevistado. Ressalte-se que as entrevistas concedidas foram gravadas com a permissão dos sujeitos envolvidos, assegurado aos mesmos que não seriam identificados por nomes e sim por códigos. O quadro I apresenta os códigos que foram utilizados neste trabalho para identificar cada uma das categorias do PSF do Município de Santana do Matos.

Médicos	Enfermeiros	Aux.de Enfermagem	Odontólogos	Aux de Odontólogos	Agente Comunitário de Saúde
M 01	ENF 01	AENF 01	OD 01	AOD 01	ACS 01
M 02	ENF 02	AENF 02	OD 02	AOD 02	ACS 02
M 03	ENF 03	AENF 03		AOD 03	ACS 03
M 04	ENF 04	AENF 04			ACS 04
M 05	ENF 05				ACS 05
					ACS 06
					ACS 07
					ACS 08
					ACS 09
					ACS 10
					ACS 11
					ACS 12
TOTAL					31 Entrevistas

QUADRO 1 - CÓDIGOS DAS CATEGORIAS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na quarta etapa realizou-se a transcrição e a leitura das entrevistas, verificando as semelhanças e diferenças no conteúdo das falas dos entrevistados.

Essa metodologia serviu de suporte à elaboração final do trabalho que consta de três capítulos: A Política de Saúde, A Ação do Estado, Programa Saúde da Família e os Princípios Básicos de Saúde (Capítulo I); O SUS no Rio Grande do Norte, A Problemática de Saúde e a Inserção dos Profissionais no Programa Saúde da Família no Município de Santana do Matos (Capítulo II); O Cotidiano da Prática dos Profissionais no Programa Saúde da Família no Município de Santana do Matos-RN e os Impactos em face dos Princípios Básicos do SUS (Capítulo III).

No primeiro capítulo, objetivou-se estudar de que forma o Estado Brasileiro intervém na área da saúde, ressaltando a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

O segundo capítulo selecionou dados sobre o processo de descentralização da saúde no Estado do Rio Grande do Norte e no município de Santana do Matos traçando o perfil epidemiológico do município, a constituição da equipe do Programa Saúde da Família e a abrangência do atendimento das localidades..

O terceiro capítulo é a pesquisa empírica propriamente dita. Apresentando-se os resultados colhidos acerca da problemática do Programa Saúde da Família no Município de Santana do Matos e a perspectiva dos profissionais vêem o Sistema Único de Saúde. No primeiro momento, realizou-se a apresentação e análise dos resultados quanto ao perfil da equipe e o seu modo de vida. Isso porque o conhecimento da maneira de viver cada profissional possibilitou verificar se o profissional reconhece os avanços e recuos da política de saúde; e quanto ao programa saúde da família, como os profissionais executores da política de saúde no município a implementam.

CAPÍTULO 1 – A POLÍTICA DE SAÚDE, A AÇÃO DO ESTADO, PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Neste capítulo aborda-se a atuação do Estado através das políticas sociais, apresentando como o Brasil entrou no processo de mundialização do capital, enfatizando o consenso de Washgington e ganhando força a partir do Governo Collor que ganha força tal fenômeno. Ressalta-se que apesar do sistema de proteção social, exista desde 1920, somente na promulgação da Constituição de 1988 o conceito de seguridade social foi estabelecido como o tripé da seguridade. No item seguinte, descreve-se como foi a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) perpassando pela Reforma Sanitária e pelos rebatimentos da crise do Estado nesse setor. Posteriormente trata-se da proposta de Alma-Ata de promoção da saúde passando pelo modelos assistenciais em saúde, ressaltando o Piso de Atenção Básica (PAB) e o Programa Saúde da Família (PSF).

1.1 – Atuação do Estado através das Políticas Sociais

Na literatura existente sobre o capitalismo, o Brasil sempre foi oligárquico, dependente. O processo de industrialização começou na Era Vargas.

Podem-se citar algumas características daquela fase: a industrialização substituiu as importações; surgiu um Estado de bem-estar, mesmo subdesenvolvido, e houve a incorporação dos trabalhadores à cena política.

O Estado de Intervenção Social estava pautado em três eixos: o primeiro, a criação e a legitimação das leis trabalhistas. O segundo, o desenvolvimento da democracia através do voto universal, e o terceiro, a consolidação dos direitos sociais. Esse panorama levou ao tão chamado “pacto populista” que nada mais foi que a sustentação social ao projeto desenvolvimentista nacional.

Entre as décadas de 30 a 80 o Brasil construiu um Estado Nacional, e a década de 80, do século passado, considerada por muitos economistas como a perdida, foi, porém, de grande efervescência dos movimentos sociais. Foi nesse período que, saindo da ditadura militar, deu-se a redemocratização do País através da grande manifestação “Diretas Já”. Apesar de a transição ter ocorrido via colégio eleitoral, a sociedade civil através das organizações não governamentais, partidos políticos, associações tinha um papel fundamental na organização do processo desenvolvimentista nacional.

A análise do Brasil contemporâneo exige considerar um dado estrutural: a experiência de ajuste nos circuitos da mundialização do capital. Carvalho (2001) prefere falar em mundialização do capital e não globalização, pois o termo globalização camufla as desigualdades, as polarizações e as exclusões que marcam o capital mundializado.

Carvalho (2001) compartilha com a tese de Chesnais (1996) de que as transformações da vida contemporânea são constitutivas de uma nova configuração do capitalismo mundial. Na verdade é um fenômeno de uma nova ordem do capital,

com efetivas mudanças nos mecanismos que comandam seu desempenho e regulação, dentro de um padrão de acumulação rentista, definido pelas novas formas de centralização de gigantescos capitais financeiros, cuja função é frutificar principalmente no interior da esfera financeira.

O Brasil integra o ciclo de ajuste da América Latina via plano estratégico do consenso de Washington e vem fazendo a sua inserção subordinada e periférica à nova ordem do capital, configurando o que se convencionou chamar de ajuste estrutural brasileiro, que nada mais é que um programa de estabilização de impactos imediatos em curto prazo, efetivando uma política de abertura comercial intensa e reformas profundas do Estado, e nesse ajuste de curto e longo prazo o Brasil vem assumindo, de forma exclusiva, a opção pela integração competitiva no mercado global em busca da modernidade.

Na verdade os governos brasileiros, a partir da agenda de Washington, buscam a qualquer custo inserir a economia nos circuitos globais, de modo submisso e passivo, aceitando as imposições estratégicas dos atores globais, cedendo às pressões sem preservar espaços de negociação, abdicando, assim, de uma soberania que vislumbre a integração da população brasileira. Dessa forma, o Brasil transforma-se num espaço absolutamente livre para o capital especulativo e produtivo. Diante desse quadro apresenta-se um novo padrão produtivo, fundamentado na flexibilização das relações trabalhistas, vulnerabilizando o trabalho e fragmentando a classe trabalhadora.

Segundo Anderson (1995), o balanço do neoliberalismo na atualidade é provisório. No eixo econômico, fracassou; no eixo social, conseguiu muito dos seus objetivos, criando sociedades mais desiguais; no eixo político e ideológico alcançou

êxito num grau com o qual seus fundadores provavelmente jamais sonharam, divulgando a idéia de que não há alternativas para os seus princípios e o que resta é adaptar-se às suas normas.

Na época do governo Collor iniciou-se o desmonte do Estado com a adoção do ideário neoliberal. Porém o desmonte só se completou no governo de Fernando Henrique Cardoso, pois no Collor houve o impeachment.

Na verdade, o governo Collor fortaleceu o pacto do capitalismo hegemônico financeiro, onde a proposta do projeto neoliberal, na sua essência, é adequar a sociedade alicerçado em três bases de sustentação: combate ao trabalho; reestruturação produtiva e reforma do Estado, ou seja, a estrutura do Estado mudaria em função dos interesses do capital financeiro.

No item combate ao trabalho, o Estado propõe eliminar todos os ganhos dos direitos aos trabalhadores desprestigiando as suas lutas e pulverizando a classe trabalhadora. Um exemplo disso foram as greves dos petroleiros, bancários, tratadas pela mídia como caso de polícia.

Em relação à reestruturação produtiva estava ocorrendo a ascensão dos tigres asiáticos, enfatizada pelo modelo japonês que flexibilizava a produção; a robótica estava no auge; por outro lado, houve enxugamento das empresas levando à uma redução das áreas produtivas.

Sobre a reforma do Estado, a política adotada de privatização, ou seja, o Estado deixava de investir em áreas essenciais como: saúde, educação, habitação, etc prevalecendo um Estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital, expressão utilizada pelo Netto (1999).

No Brasil, o processo de formação de seguridade iniciou-se por volta de 1920. No entanto, somente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o conceito de seguridade social ganhou visibilidade, sendo conhecido como o tripé da seguridade: saúde, previdência e assistência social.

Vale ressaltar que as três áreas (no caso brasileiro), como citado anteriormente, não foram unificadas, e cada área tem funcionado isoladamente,ou seja, as três áreas do complexo da seguridade social não foram agregadas auma mesma instituição ou um mesmo corpo administrativo, não partilhando de planos e projetos comuns. Isso se agravou com as reformas administrativas realizadas pelo governo Collor. Naquele governo aconteceu o esfacelamento do conceito de seguridade social, quando o INAMPS foi transferido do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde e foi criado um Ministério da Ação Social com a incumbência de tratar de assuntos relativos à assistência social. Portanto,

> Ao invés da criação de um Ministério da Seguridade Social, a partir do qual seriam administradas, de forma orquestrada, as três áreas do sistema de seguridade, ocorreu uma fragmentação institucional e administrativa do sistema (PEREIRA, 1997, p.10).

O estado de direito em 1988 consagrou o avanço social, através da Constituição de 1988, resultado das lutas conduzidas pelos setores democráticos. Pela primeira vez a constituição apontou a construção de uma espécie de estado de bem estar social consagrado pelos dos direitos civis, políticos e sociais. Com isso, colocava-se o arcabouço jurídico-político para implantar, na sociedade brasileira,

uma política social compatível com as exigências de justiça social, equidade e universalidade.

POLÍTICA SOCIAL CONSTITUIÇÃO DE 88	POLÍTICA SOCIAL NO NEOLIBERALISMO
Política Universal	Focalização
Política de Qualidade	Precarização
Direito de Cidadania	Benefício (Concessão/clientelismo)
Dever do Estado	Privatizado (Remercantilização e Refilantropização dos Serviços Sociais)
Financiamento Social	Transferência de recursos
Descentralizada	Municipalização

Quadro 2 - Quadro Comparativo entre a Política Social a partir de 1988 e a Política Social no Neoliberalismo

O quadro acima demonstra sinteticamente como a política social é tratada conforme a concepção, ressaltando a configuração nos níveis distintos.

Como afirma Netto (1999) a Constituição cidadã estabeleceu o arcabouço jurídico-político para uma política social de cunho universalizante, contando com mecanismos de gestão amplamente democráticos (inclusive com a participação dos usuários) capazes de articular as políticas setoriais de saúde, previdência e assistência social mediante ações integradas e continuadas de proteção social e garantia de direitos sociais.

Sucintamente, Vieira (1997) é bastante feliz quando classifica três momentos distintos que a política social implementada no Brasil percorreu. A primeira fase, denominada o Controle da Política, corresponde da ditadura de Getúlio Vargas ao populismo nacionalista. A segunda fase é a Política de Controle, cobrindo a época da instalação da ditadura militar em 1964 até a conclusão dos trabalhos da Constituição de 1988.

Nesses dois períodos, a Política Social brasileira compôs-se e recompôs-se, conservando em sua execução o caráter fragmentário, setorial e emergencial, sempre sustentado pela imperiosa necessidade de dar legitimidade aos governos que buscam bases sociais para se manterem aceitando seletivamente as reivindicações e até as pressões da sociedade.

A terceira fase, considerada a Política Social sem Direitos Sociais, compreende de 1988 até os dias atuais. Vieira faz essa distinção devido aos avanços dos direitos sociais garantidos que se teve teoricamente assegurados com a promulgação da Constituição, considerada por estudiosos como *Constituição Cidadã*. Porém nessa fase houve o desmonte da rede de proteção social com o advento da "modernização" do Estado brasileiro. A lógica central passa a ser políticas sociais mínimas implementadas sob a ótica do solidarismo, através de ações compartilhadas na vinculação entre Estado, sociedade civil e mercado.

Desta forma, as políticas sociais são fragmentadas, excludentes, focalistas, sem continuidade. Na verdade, são políticas que mais reproduzem do que enfrentam a pobreza.

A reforma do Estado na atualidade compreende-se em quatro setores: *núcleo estratégico* (legislativo, judiciário, presidência e cúpula dos ministérios); *as*

atividades exclusivas do Estado (ações de regulamentar, fiscalizar, regular, policiar, fomentar e definir políticas); *os serviços sociais e científicos* (não devem ser privatizados, mas também não cabe serem executados pelo Estado, precisam ser transformados em organizações públicas não estatais ou organizações sociais); *setor de produção de bens e serviços*. (BRAVO, 2002).

A partir das considerações acima, apresenta-se no próximo item como se deu a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil.

1.2 – A Reforma Sanitária, a Construção do SUS e a Reforma do Setor Saúde na Década de 90.

Com a democratização política, a sociedade brasileira experimentou nos anos 80 uma profunda e prolongada crise econômica cujos efeitos persistem até os dias atuais. Neste período, no campo da saúde, há uma participação de novos indivíduos nas condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A política de saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, vinculando-se à democracia.

É notável que entre os personagens que apareceram nessa conjuntura, destacaram-se os profissionais de saúde; os partidos políticos de oposição; os movimentos sociais lutando por políticas mais universalistas, surgindo então o

movimento pela reforma sanitária, cujo um dos marcos dessa tendência ocorreu em 1979 durante o I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde coordenado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados. Nessa ocasião discutiu-se uma proposta de reorganização do sistema de saúde, colocada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), já fazendo menção a um sistema único de saúde de caráter universal e descentralizado. A proposta começou a ter aceitabilidade com o resultado da Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata em 1978 , na qual se denunciou o grande panorama sanitário brasileiro e estimularam os cuidados básicos de saúde.

Em 1981, o Plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária) incorpora algumas propostas da reforma sanitária, como as Ações Integradas de Saúde (AIS)[6].

No Estado Brasileiro a saúde assumiu papel de destaque dentre as políticas sociais, devido basicamente às reivindicações de seus integrantes. Eles idealizaram mudanças que, de certa forma, culminaram no movimento de reforma sanitária, que teve grande atuação na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986 em Brasília, exercendo influência determinante na Assembléia Nacional Constituinte de 1987.

Nesta conferência que contou com a participação de cerca de cinco mil pessoas entre profissionais de saúde, usuários, técnicos, lideranças populares e sindicais, criou-se a base das propostas de reestruturação do Sistema de Saúde

[6] Tem como foco: a municipalização dos serviços de saúde como diretriz de trabalho; o fortalecimento das comissões interinstucionais como mecanismo de gerência, e a democratização efetiva dos serviços como instrumento de crescimento técnico-administrativo e operacional.

Brasileiro a serem defendidas na Assembléia Nacional Constituinte instalada no ano seguinte (1987).

Essa conferência abordou três temas básicos: saúde como direito, reformulação do sistema de saúde e financiamento setorial. Além da redefinição do conceito de saúde, propôs a reestruturação do sistema a partir da criação do SUS com estruturas descentralizadas, hierarquizadas e gerenciadas, coordenadas por comando único em níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal). A sua complexidade nos níveis primário, secundário e terciário privilegiando a municipalização com atendimento integral na qual a parcela considerada anteriormente como indigente, passou a ter o direito ao acesso universal e igualitário. Um ponto alto nesse encontro foi a ampliação do conceito de saúde. Deste modo saúde não seria mais compreendida apenas como ausência de doença e sim

> Como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, liberdade, acesso a serviço de saúde. Isto significa o resultado das formas de organização social de produção os quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de renda" (Relatório Final da 8ª CNS,1986. p.04)

No que diz respeito à reformulação do Sistema Nacional de Saúde, foi aprovada no referido encontro uma reestruturação deste sistema, resultando na criação de um sistema único de saúde que tem como princípios básicos: (1) Descentralização na gestão dos serviços; (2) Integralização das ações, superando a

dicotomia preventivo-curativo; (3) Regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; (4) Participação da população, através de suas entidades representativas na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde; (5) Universalização da cobertura populacional, a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas; (6) Respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde como claro dever e compromisso com a sua família pública; e (7) Compreensão multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial.

A VIII CNS propôs um serviço público eficaz e eficiente, tornando o setor privado subordinado ao público onde o Ministério da Saúde assume os encargos da prestação de assistência e previdência fazendo parte da seguridade social, como também a criação de um fundo único federal de saúde nos diferentes níveis, conjuntamente com a participação dos órgãos públicos e da sociedade civil.

Estes princípios e as reformas propostas na VIII CNS passaram a ser conhecida como a *Reforma Sanitária* que pode ser compreendida como

> Um processo de transformação de norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e ser responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se caracteriza na busca do direito universal a saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado. (TEIXEIRA, 1989, p.194).

A primeira tentativa de implementação da Reforma Sanitária no país surgiu com a criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) em julho de 1987 no governo Sarney. O decreto-lei que deu origem ao SUDS

repassava os recursos do INAMPS aos Estados. Deste modo o mesmo tinha como objetivo descentralizar o poder.

O SUDS nesse momento foi o instrumental para colocar em prática as propostas da VIII CNS.

Como o SUDS era apenas um decreto-lei, não tinha respaldo da Constituição Federal. No entanto, com a promulgação da Constituição de 1988 foi assegurado o SUS, o qual faria parte do processo de reforma da carta magna afirmando o direito pleno de cidadania nas questões referentes à saúde.

Com o engajamento dos intelectuais, profissionais e políticos de esquerda, a saúde ganhou na Constituição uma sessão mais detalhada no capítulo da seguridade social. Na referida sessão estão contidas muitas bandeiras defendidas pelo movimento da Reforma Sanitária tais como: a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado; acesso universal e igualitário às ações e serviços, a integração das ações compondo um sistema único de atendimento; a descentralização das decisões da esfera federal para a estadual e municipal, com comando único em cada esfera; o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais como também a participação da comunidade na formulação e no controle da política. (MENDES, 1996).

A saúde, na Assembléia Nacional Constituinte, protagonizou muitos interesses antagônicos de dois grupos que se confrontaram: os da privatização e os adeptos da reforma sanitária.

O primeiro grupo, adepto do modelo médico-assistencial privado, tinha e tem no mercado o seu principal agente regulador. Seus mentores eram defensores do Estado mínimo na economia e na sociedade, ou seja, favoráveis à privatização dos bens públicos como a saúde.

O outro grupo defendia e defende a instauração de uma política deliberada e radical de descentralização mediada pelo SUS, visando a transferência de capacidades decisórias dos governos nacionais, estaduais e municipais.

Em relação à saúde, a Constituição previa para o ano seguinte (1989) a regulamentação conjuntamente com a previdência e a assistência. Assim sendo, no campo da saúde, devido aos conflitos de interesses e a falta de vontade política, a regulamentação só ocorreu em 1990 com a promulgação da Lei nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde – que define as atribuições de cada esfera de governo no que diz respeito a gestão e competências. Nota-se que a referida lei é profundamente mutilada pelos vetos presidenciais, particularmente nos itens relativos ao financiamento e ao controle social. Resultado de negociações, uma nova lei, a 8142 estabeleceu as formas de transferência de recursos entre as esferas de governo e complementou a primeira.

Segundo Bravo (2002) na década de 90 a política de saúde está pautada em quatro momentos distintos:

O primeiro momento, gestão Collor, alicerçado no projeto neoliberal e ocasionando a redução de verbas para os setores sociais. No setor saúde houve

neste período um boicote à implantação do SUS, porém diante das adversidades houve algum avanço com a aprovação das Leis nº 8.080/90 e 8.142/90.

O segundo momento, gestão de Itamar Franco e seu discurso nacionalista, teve dois percursos: no primeiro, Jamil Haddad esteve à frente da pasta da saúde, que puxou o freio no sucateamento do setor apresentando proposta para o fortalecimento do SUS. O segundo, na gestão de Santillo, foi marcado pela ausência de encaminhamentos para a política.

O terceiro momento ocorreu na gestão de Adib Jatene, governo de Fernando Henrique Cardoso. O então ministro encabeçou um movimento solitário para criar uma fonte de recursos vinculada à famosa contribuição provisória sobre a movimentação financeira (CPMF). Nessa proposta não houve envolvimento do governo federal nem reação da sociedade civil, o que facilitou a sua aprovação. No entanto, os recursos adquiridos não foram destinados à política de saúde, expressando a falta de consenso e de compreensão coletiva acerca do novo conceito de seguridade social.

O quarto momento compreendeu a etapa que oficialmente se apresentou de forma sistematizada, sendo outra proposta de saúde contrária ao SUS.

Os rebatimentos da reforma do Estado chegaram ao campo da saúde através do artigo de Pereira (1998) que propunha uma descentralização, a montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, como também de um sistema de informações gerenciado pelo SUS, via DATASUS.

Sucintamente, no campo da saúde viu-se perfeitamente a disputa de dois projetos distintos, ocorrendo uma contradição entre a incorporação do direito

universal contido na Constituição de 1988 e adesão à política de ajuste neoliberal. Dessa forma a discussão ficou no dilema entre a universalização e a focalização.

Em vista disso, impõe-se a construção de uma pauta entre os diversos sujeitos sociais preocupados com a política de saúde e com o projeto de reforma sanitária na sua totalidade e não simplesmente com o Sistema Único de Saúde. No entanto, para que haja a democratização da mesma em direção às conquistas sociais é imprescindível o aprofundamento do controle social visando ao aperfeiçoamento da esfera pública de saúde.

1.3 – Proposta de Alma Ata de Promoção a Saúde, O Modelo Assistencial e o Programa Saúde da Família.

Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento das enfermidades e da municipalização da saúde. A segunda meta é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem no acesso, alcançando um nível ótimo de saúde.

Para compreender essas metas em qualquer sistema de saúde é preciso considerar a Atenção Primária à Saúde (APS), com base na Conferência de Alma Ata realizada em 1978 com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da UNICEF, que definem a APS como:

> Atenção à saúde baseada em tecnologias e métodos e práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (WHO, 1978. p 5-6).

A atenção primária à saúde foi reconhecida como uma estratégia integral, permanente e onipresente dos sistemas formais de saúde de todos os países, e na conferência de Alma Ata especificou-se ainda mais que os seus componentes fundamentais seriam: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fortalecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e a medicina tradicional.

Em reconhecimento às crescentes desigualdades sociais e de saúde em quase todos os países, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em abordagem mais recente (carta luibliana), recomenda que a APS deve ser um dos princípios em que se baseiam os sistemas de saúde, ao lado dos conceitos e valores de dignidade humana, eqüidade, solidariedade, ética, promoção da saúde, participação, qualidade e sustentabilidade.

Desta forma, discutir sobre os modelos assistenciais em saúde reporta-se ao movimento pela reforma sanitária pautado na medicina preventiva e na comunitária, que abriram as portas para a investigação dos determinantes do processo do trabalho em saúde.

Para Paim (1999) os modelos assistenciais ou modelos de atenção são combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços — populações, incluindo ações sobre ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com complexidades distintas.

Os modelos assistenciais de saúde vão além da simples organização dos serviços ou do modo de administrar o sistema de saúde, pois interferem na forma de organização das relações entre os sujeitos, mediadas por tecnologias de trabalho e saúde, com vistas a intervir nos problemas e necessidades sociais da população.

Paim (1999) afirma que no Brasil convivem de forma contraditória, ou complementar, o modelo médico assistencial privatista e o assistencial sanitarista.

O primeiro desenvolveu-se com a industrialização e o crescimento da medicina previdenciária que se deu às custas do financiamento do Estado, e se responsabilizou pelas ações de caráter curativo. Tal modelo reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentirem doentes. Nesse caso, a demanda espontânea é quem condiciona a organização de recursos para a oferta, ou é a própria oferta distorcida em relação às necessidades de saúde que determina o consumo de serviços médicos. O modelo sanitarista era responsável pelas ações da tradicional saúde pública, principalmente no combate às endemias e epidemias, articuladas aos interesses econômicos agro-exportadores e

ações de caráter preventivo como vacinações, puericultura e pré-natal desenvolvido nos centros de saúde dos estados. A principal característica, portanto, dos modelos assistenciais no Brasil antes da implantação do SUS foi a dicotomia curativo-preventivo nas ações de saúde, no qual o sistema previdenciário se encarregava das ações curativas e a saúde pública preocupava-se com as ações de caráter preventivo.

O SUS vem passando desde a sua instituição, pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, por importantes mudanças entre as quais pode-se destacar o significativo avanço obtido na sua universalização, principalmente em decorrência de um importante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para os estados e municípios, em oposição ao modelo anterior, caracterizado por marcante centralização decisória e financeira no nível federal.

Esse processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para os estados e municípios assumirem as novas posições na implantação do SUS. As normas Operacionais Básicas definem os critérios para que estados e municípios recebam os repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de adesão a um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde. Embora o instrumento formal seja uma portaria do Ministério da Saúde (MS), seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério e

os representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Para tanto foram criadas instâncias de negociações, sendo uma de nível nacional: a Comissão Intergestores Tripartites (CIT), com representação do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS; e em cada estado, uma Comissão Intergestor Bipartite (CIB) com representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

Desde o início da implantação do SUS foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 1991; 1993 e 1996). No ano de 2001 foi publicada a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS-SUS), atualmente em vigor.

O Piso de Atenção Básica (PAB) foi criado pela NOB 1/96 e foi definido na norma como um montante de recursos financeiros destinados exclusivamente ao financiamento da atenção básica à saúde, de responsabilidade tipicamente municipal.

A implantação do PAB em 1998 foi um marco na estruturação da rede componente do SUS, sendo um novo mecanismo de financiamento do sistema, alterando a lógica do pagamento por produção e passando a transferir recursos diretamente para os municípios.

Com a nova sistemática, os fundos municipais recebem diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) um montante per capita previamente fixado, e a administração local assume a responsabilidade pela atenção básica à saúde da população de seu território. Dessa forma, a prefeitura deixa de ser tratada pelo Ministério da Saúde como prestadora de serviço e o secretário de saúde passa a

exercer o papel de gestor do SUS no seu município, sendo responsável pela elaboração de planos de ações em saúde de acordo com a realidade local.

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinados exclusivamente ao custeio de procedimentos de ações de atenção básica à saúde.

A parte fixa destinada à assistência básica é calculada pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município. Atualmente essa importância varia de R$ 10,00 a R$ 15,00, dependendo da capacidade do município de prestar atendimento em ações como: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; visitas e atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da equipe de saúde da família; vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência pré-natal; atividades de planejamento familiar; pequenas cirurgias; atendimentos sanitários de saúde; orientação nutricional e alimentar ambulatorial e comunitária; assistência ao parto domiciliar por médico do Programa Saúde da Família; e pronto atendimento.

A parte variável do PAB destina-se aos incentivos às ações básicas de vigilância sanitária epidemiológica e ambulatorial; assistência farmacêutica básica; dos programas de agentes comunitários de saúde e saúde da família; combate às carências nutricionais e outros que venham a ser posteriormente agregados e definidos com base em critérios técnicos específicos.

Os incentivos aos programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (SF) consistem no montante de recursos financeiros destinado a estimular a implantação de equipes de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde, no âmbito municipal, reorientando práticas com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

O PSF surgiu no Brasil na década de 1990 inspirado em experiências advindas de outros países cuja saúde pública alcançou níveis desejáveis de qualidade com investimentos na promoção da saúde. Pode-se citar como exemplo: Cuba; e Inglaterra. Como também, foi precedido pela criação do Programa de Agentes de Saúde (PAS) no estado do Ceará e ao Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS).

O PSF foi introduzido no País pelo Ministério da Saúde em 1994 com a perspectiva inicial de atender prioritariamente os 32 milhões de brasileiros excluídos no mapa do Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada (IPEA), ou seja, expostos a um maior risco de adoecer e morrer e, na maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde (BRASIL, 1994). Anteriormente a essa proposta houve a criação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), lançado em 1991, que já tratava a família como unidade de ação programática. Com o bom resultado do PACS, particularmente, na redução dos índices de mortalidade infantil, buscou-se uma ampliação, bem como, uma maior resolutividade das ações, e somente em janeiro de 1994 começariam a ser formadas as primeiras equipes de saúde da família.

No início, o PSF ficou sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a Criação da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC). Em 1995 o programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e no ano seguinte já vigorava o Sistema de Informações Ambulatorial do SUS (SIA-SUS) com a implementação da NOB 01/96 (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal). Dessa forma, a partir de 1998 os municípios passaram a receber, de acordo com a modalidade de gestão, um

montante relativo ao tamanho populacional para desenvolver atividades de assistência básica sendo o valor per capita/ano em torno de R$ 10,00 como também, os incentivos para o PACS e PSF. Estes incentivos fazem parte da fração variável do PAB correspondentes a R$ 2.200,00 por ACS/ano e R$ 28.008,00 a R$ 54.000,00 por PSF/ ano de acordo com a faixa de cobertura populacional (BRASIL, 2001). Segundo o Ministério da Saúde os municípios passaram a receber incentivos diferenciados conforme percentual da população acompanhadas por equipes de PSF, como demonstra a Tabela 1 abaixo.

Classificação das Faixas de Coberturas	Faixa de Cobertura Populacional em %	Valor de Incentivo/Equipe/Ano R$ 1,00
1	0 a 4,9	28.008,00
2	5 a 9,9	30.684,00
3	10 a 19,9	33.360,00
4	20 a 29,9	38.520,00
5	30 a 39,90	41.220,00
6	40 a 49,9	44.100,00
7	50 a 59,9	47.160,00
8	60 a 69,9	50.472,00
9	70 e mais	54.000,00

Tabela 1 – Distribuição das Faixas de Coberturas x Valor de Incentivos das Equipes do PSF ano.

O PSF conta com 21.475 equipes em todo o Brasil, tendo na região Nordeste 8.768 equipes e no estado do Rio Grande do Norte 663. A população

acompanhada pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) respectivamente no Brasil, no Nordeste e no Rio Grande do Norte, de: 69.884.202 (39,4%); 28.022.971 (56,6%) e 2.026.640 (69,7%) segundo a planilha divulgada pelo Ministério da Saúde em setembro de 2004 (Anexo A).

De acordo com o documento oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) no qual estão explicitados os princípios do Programa Saúde da Família a estratégia de saúde da família reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalização; descentralização; integralidade e participação da comunidade. Propõe-se, portanto, a reorganizar a prática assistencial a partir de novas bases, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado à cura das doenças e ao hospital.

Nota-se que a base operacional desse novo sistema é a unidade da saúde da família (USF) que tem como princípios: Caráter substitutivo: não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo método de trabalho, centrado na vigilância da saúde; Integralidade e Hierarquização: a unidade de saúde da família faz parte do primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e estejam asseguradas a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica; Territorialização e Adscrição da Clientela: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta

área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de no máximo 4.500 pessoas; Equipe Multiprofissional: a equipe de saúde da família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família; um enfermeiro; um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe numa proporção média de um agente para 550 pessoas.

Pode haver, ainda, a incorporação de outros profissionais nas equipes ou a formação de equipes de apoio, dependendo das necessidades e possibilidades locais, tais como: assistentes sociais; fisioterapeutas; bioquímicos; psicólogos; nutricionistas, entre outros. Na verdade, o objeto de atenção passa do indivíduo para a família a partir do espaço em que ele vive, onde se cultivam e se consolidam as relações intra e extrafamiliares, permitindo uma intervenção social. Com isso, o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde passa a ser a família e o seu espaço social.

O PSF é apresentado como porta de entrada do sistema local de saúde e se propõe a assumir a responsabilidade pela atenção integral da população que reside na área de atuação (responder à demanda espontânea e programática) e a reorganizar as ações e os serviços dos demais níveis de atenção. Ao utilizar o princípio da vigilância à saúde, o PSF pretende identificar e intervir nos problemas de saúde e situações de risco aos quais a população está exposta, visando à melhoria progressiva das condições de saúde e da qualidade de vida da população assistida, assim como mudar, no sujeito assistido, o conceito de saúde.

No próximo capítulo se mostrará como o SUS está estruturado no Estado do Rio Grande do Norte a partir do PDR-RN (Plano Diretor de Regionalização).

Capítulo 2 - O Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Norte, A Problemática da Saúde e a Inserção dos Profissionais no Programa Saúde da Família no Município de Santana do Matos

Neste capítulo, discute-se como o Sistema Único de Saúde se configura no Estado do Rio Grande do Norte através da descentralização pautada no Plano Diretor de Regionalização. O Estado ficou dividido em quatro macrorregiões, quinze microrregiões e vinte e oito módulos assistenciais. A cidade de Santana do Matos pertence à macrorregião de Caicó e microrregião do seridó oriental. Posteriormente apresenta-se o perfil epidemiológico da cidade com base no ano de 2002, e no último item apresenta-se a equipe do PSF destacando as atividades essenciais de cada profissional participante do programa.

2.1 – O Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Norte e no Município de Santana do Matos

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 menciona no artigo 198 (BRASIL, 1988, p. 133) que

> As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III – Participação da comunidade.

O processo de descentralização na saúde localiza-se em um sistema federativo composto por três níveis autônomos de governo e sem vinculação hierárquica, porém vinculados nos princípios da universalidade, integralidade, eqüidade e participação popular, características mais relevantes do Sistema Único de Saúde.

Com o SUS toda a política nacional de saúde passou a ser regida por um sistema no qual existe um comando único em cada esfera de governo. A partir daí estabeleceu-se o princípio organizacional básico da descentralização, isto é, as ações de saúde passaram a ser co-responsabilidade da União, Estados e Municípios cabendo às duas últimas esferas a primazia da prestação dos serviços, restando ao nível federal à definição da política nacional de saúde, bem como de suas normas, regulamentos e regras gerais[7]. Desta forma, o SUS consolidou o princípio da universalidade na cobertura dos serviços de saúde, bem como o da gratuidade e o seu financiamento passou a ser, também, co-responsabilidade da União, Estados e Municípios.

Portanto, o SUS representa um novo modelo de política de saúde. Nesse sentido, o sistema nacional de saúde deixaria de ser centralizado e passaria a ser descentralizado; o acesso deixaria de ser restrito aos trabalhadores formais

[7] É importante apontar que, com o SUS, a descentralização passou a se dar na direção dos municípios, diferentemente do SUDS, na qual ela se dava em direção aos estados.

vinculados as contribuições e passaria a ser gratuito, universal e igualitário; o modelo de seguro é substituído pelo direito e conceito da seguridade social; a priorização do serviço privado é substituída pela prioridade do serviço público; a forma de financiamento deixa de ser através da remuneração por serviços para prestadores e passa a ser feita via transferência regular e automática para as esferas locais; passa a ser permitida e exigida a participação da população; a prioridade, quase exclusividade, do atendimento curativo e hospitalocêntrico é substituída por um modelo de atendimento integral à saúde que visa não só à recuperação, mas também à promoção e à prevenção, destacando a importância das ações básicas de saúde e eliminando a separação entre os programas curativos e preventivos.

O processo de descentralização assume um caráter de municipalização, com a redução da presença dos estados. Para alguns autores existe uma contradição, pois a política de descentralização passou a contar com uma forte indução do governo central.

Para dar suporte ao fenômeno surgem a NOB's (Normas Operacionais Básicas) com a função de regulamentar e promover a descentralização. Seguem um continuum, pois

> cada NOB criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela norma subseqüente, numa tentativa ascendente de adequar racionalidade sistêmica, financiamento federativo, modelos de saúde e de assistência regionalizados, no processo de descentralização setorial. (VIANA 2001, p. 305).

Todos os instrumentos-chave presentes nestas normas estão vinculados à criação dos conselhos de saúde e das comissões intergestores que constituem um espaço de permanente negociação, planejamento e decisão intergovernamental e que preserva a autonomia dos entes governamentais no processo. Outro instrumento é a implementação de transferência automática per capita (PAB – Piso de Atenção Básica Fixo e Variável), que proporciona maior autonomia dos gestores municipais, como também, os incentivos vinculados ao histórico de habilitações (NOB/93[8]: Incipiente, parcial e semiplena e a NOB/96: GPAB e GPSM)[9].

As duas primeiras normas operacionais, apresentadas durante o governo Collor, não foram instrumentos efetivos para a promoção da descentralização, que se dá de forma tutelada e interessada.

Segundo Arretche e Rodrigues (1999, p.129) durante a vigência das NOB's 91 e 92 a "relação que havia entre o setor público e o privado no Inamps transformou-se, no SUS, na principal forma de relação entre o governo federal e as demais instâncias de governo".

---

[8] Incipiente: credencia, autoriza, contrata e avalia a rede privada; autoriza os quantitativos de autorização de internação hospitalar (AIH) e dos procedimentos ambulatoriais; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; presta serviços básicos de saúde e executa ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
Parcial: além das funções acima citadas, gerencia as unidades ambulatoriais públicas existentes no município; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido diretamente às unidades;
Semiplena: além das funções acima citadas, assume a gestão do sistema municipal de saúde e a prestação de serviços e gerenciamento da rede pública (exceto hospitais de referência); recebe mensalmente o total de recursos financeiros para custeio da política de saúde, correspondentes aos tetos financeiros estabelecidos.

[9] GPAB: comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, a operação do Fundo Municipal de Saúde; apresentar o Plano Municipal de Saúde; capacidade para desenvolvimento de ações de vigilância sanitária e epidemiológica; comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.
GPSM: comprovar o funcionamento do CMS, a operação do Fundo Municipal de Saúde; participar da elaboração e da implementação da PPI do estado; apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e as respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo o detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante os quais será efetuado o acompanhamento; comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados (NOB-SUS/96).

Num primeiro momento esse mecanismo agradou aos municípios pela possibilidade de receber recursos diretamente do governo federal, sem a intermediação dos estados. Mas, posteriormente, o modelo de repasse passou a ser visto como limitador da autonomia do governo local, dado que o mecanismo de acesso aos recursos federais estava vinculado à prestação de serviços curativos. Logo, observou-se a imposição de uma rigidez frente às possibilidades de adequação local da oferta de serviços.

Com a intenção de corrigir as falhas e superar as dificuldades de se consolidar um sistema de saúde nacional integrado e hierarquizado, no qual todos os cidadãos tivessem acesso ao atendimento integral no seu município ou região, o governo implementou a NOAS/00 (Norma Operacional de Assistência à Saúde) que propôs um instrumento de regionalização conduzido pela SES (Secretaria Estadual de Saúde) e a ampliação da capacidade de gestão do SUS.

Entretanto, a descentralização permaneceu dependente e tutelada, em decorrência da forma de repasse direto de recursos do governo federal para os prestadores de serviços de saúde frente às transferências para os orçamentos estaduais e municipais.

Além disso, o repasse direto mantém as injustiças distributivas e a ineficiência alocativa, já que atrela o montante de recursos federais a serem transferidos à série histórica de gastos e de produção e à capacidade instalada. Pelo fato de o comando da utilização dos recursos ser determinado pelo mercado, ele dificulta a seleção de prioridade de intervenção e reorganização da rede de unidades.

O processo de descentralização da saúde no Rio Grande do Norte[10] teve início com a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em julho de 1987 no Governo de Geraldo Melo (PMDB).

A implementação do SUDS foi viabilizada com a assinatura de um convênio entre o governo do Estado (Secretaria de Saúde e da Fundação Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel); o Ministério da Previdência e da Assistência Social (INAMPS); o Ministério da Saúde (FSESP, SUCAM, CEME, INAN) e o Ministério da Educação (UFRN).

Essa iniciativa de reforma na saúde estava em sintonia com o discurso de mudanças do governo do PMDB, a época, cujo compromisso era implementar as mudanças anunciadas pela Nova República.

Vale ressaltar que as mudanças anunciadas representaram uma continuidade das políticas implementadas com as Ações Integradas de Saúde (AIS) que se encaixavam no processo de descentralização controlada, desencadeada pelo INAMPS/MPAS. Esse modelo de descentralização reservava aos Estados a missão de implantar as novas diretrizes emanadas da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação Geral (CIPLAN) e oferecia como contrapartida a transferência de recursos do Governo Federal.

Fazendo uma retrospectiva do processo de descentralização, constata-se a dependência da política estadual de saúde dos planos e projetos implementados pelo Governo Federal. Essa dependência era condicionada à busca de recursos

[10] Ver VASCONCELOS, C.M. Atores e Interesses na Implementação da Reforma Sanitária no Rio Grande do Norte, 1997. 3º Capítulo: A Reforma no RN: Esperança e Desencanto. P.87 a 179.

adicionais a serem captados para a implementação das ações de saúde em face da debilidade financeira do governo estadual.

Como revela Vasconcelos (1997, p.105).

> A ação do Estado, viabilizada pelos três níveis de governo está condicionada pela definição da política nacional de saúde pelo poder das corporações profissionais em saúde, pelas influências do sistema político e pela pressão das demandas da população. No Estado do RN, dada a situação de miséria em que vive a maioria da população e pressão por serviços assistenciais tem sido uma constante na agenda política. No entanto, em função do baixo grau de organização social, essa pressão tem sido canalizada pelo sistema político-partidário tradicional, utilizada de forma clientelista, e não tem se traduzido em prioridade efetiva na agenda dos Governos; apesar de muito presente nas campanhas eleitorais, a questão da saúde não tem sido alvo principal, na destinação de recursos orçamentários. Os planos e projetos de saúde desenvolvidos, mesmo que voltados a atender às carências da assistência à saúde, têm sido elaborados mais em função das fontes de financiamento (nacionais e internacionais) e não têm conseguido a necessária efetividade no enfrentamento dos problemas prevalecentes. A conseqüência dessa orientação, associada aos vícios do 'sistema político', determinavam a organização e o financiamento dos serviços de saúde em bases curativas e não contribuem para as mudanças necessárias no quadro sanitário estadual.

A esse respeito no plano legal, ocorreram mudanças significativas, como a promulgação da nova Constituição Estadual (1989) e das Leis Orgânicas dos Municípios (1990) e a sanção da Lei que cria o Conselho Estadual de Saúde (1993).

A nova Constituição Estadual reproduz na sua essência, o teor da Constituição Federal com algumas complementações, quase todas dependentes de regulamentação legal. Nota-se que a sua elaboração contou com escassa participação da sociedade civil. Mesmo tendo recebido algumas contribuições de entidades sociais, algumas das quais atenderam reivindicações dos profissionais de

saúde, principalmente da classe médica. No capítulo da saúde, a quase totalidade dos municípios reproduziu as recomendações do IBAM (Instituto Brasileiro de Administração Municipal) ou seguiu orientação do Seminário sobre Saúde nas Leis Orgânicas Municipais realizado pelo NESC/UFRN em novembro de 1990.

A Lei de Regulamentação do Conselho, votada em julho de 1993, surgiu a partir do projeto de deputado Júnior Souto (PT) e sofreu longa tramitação, só acelerada em vista das denúncias das entidades sindicais e da pressão do Conselho Nacional de Saúde, que ameaçou suspender os repasses do SUS aos Estados que não tivessem Conselhos Estaduais funcionando. No entanto, na sua primeira versão, foi votada sem respeitar a paridade estabelecida pela Lei 8.142, sendo reparada posteriormente por projeto do governo, em face de novas pressões.

A gestão do governo de José Agripino Maia – PFL (1990-1994) foi marcada pelo acirramento da crise no setor saúde, por uma gestão setorial apática e avessa ao diálogo com os profissionais de saúde e por sucessivas greves dos trabalhadores da saúde, onde nem a realização da II Conferência Estadual de Saúde e de algumas conferências temáticas – Saúde Bucal; Saúde Mental; Recursos Humanos; Saúde do Trabalhador, etc conseguiu mudar o julgamento negativo por parte dos atores sociais.

Com o licenciamento de José Agripino do cargo de governador para disputar uma vaga no senado federal, assumiu o Governo do Estado o Sr. Vivaldo Costa – PL (abril a dezembro de 1994) implicando a substituição do secretário estadual, que deixa como marca a retomada da municipalização, em obediência à nova orientação do Ministério da Saúde do Governo Itamar Franco, propondo-se a cumprir a Lei do SUS.

Na verdade, a secretária estadual de saúde (Drª Dilma Rodrigues) elaborou um plano de trabalho para os nove meses de gestão, partindo de um diagnóstico revelado caótica da população assistida; e da precarização dos serviços, tendo sua orientação curativa e a dificuldade de acesso da população; e propôs metas que pudesse reverter a situação. Das metas definidas destacaram-se: o fortalecimento do conselho estadual de saúde; a continuidade ao processo de municipalização; a ampliação do PACS; a implantação do PSF em 36 (trinta e seis) municípios; o re-ordenamento administrativo da secretaria; a implementação do hospital dia para os portadores sintomáticos HIV/AIDS, entre outras.

As informações disponíveis mostram que na gestão de Drª Dilma Rodrigues o processo de municipalização foi retomado e os processos pendentes tiveram a sua tramitação acelerada, viabilizando-se a assinatura de convênios de municipalização da gestão dos serviços básicos para novos municípios, mas sem o necessário apoio técnico à reorganização dos serviços. As metas referentes ao PSF, ao PACS e ao reordenamento administrativo da secretaria não se concretizaram.

Segundo Vasconcelos (1997, p.37) em síntese,

> pode-se afirmar que transcorreu mais um período de governo, no plano estadual, sem que as propostas do SUS tivessem se concretizado, apesar de referenciadas nos planos e projetos institucionais. Comprova-se mais uma vez à distância entre o discurso inscrito nos documentos e a prática institucional operada por seus agentes e dirigentes.

Em 1995, o Sr. Garibaldi Alves Filho (PMDB) assumiu o governo, e anunciando o avanço da municipalização como diretriz para a saúde. A equipe de

gestão fortaleceu a bipartite como instância de deliberação técnica, e os processos de habilitação e transferência dos serviços foram agilizados. Quase todos os municípios já estavam habilitados e já gerenciavam as unidades, e os recursos do SIA / SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde), como também controlavam as AIH's (Autorização de Internamento Hospitalar) destinadas aos municípios com base na sua população.

Desta forma, a regionalização do Rio Grande do Norte teve início em 2000 com a elaboração da primeira proposta baseada na divisão administrativa dos Escritórios Técnicos de Apoio aos Municípios – ETAM's[11]. Conforme a figura 1.

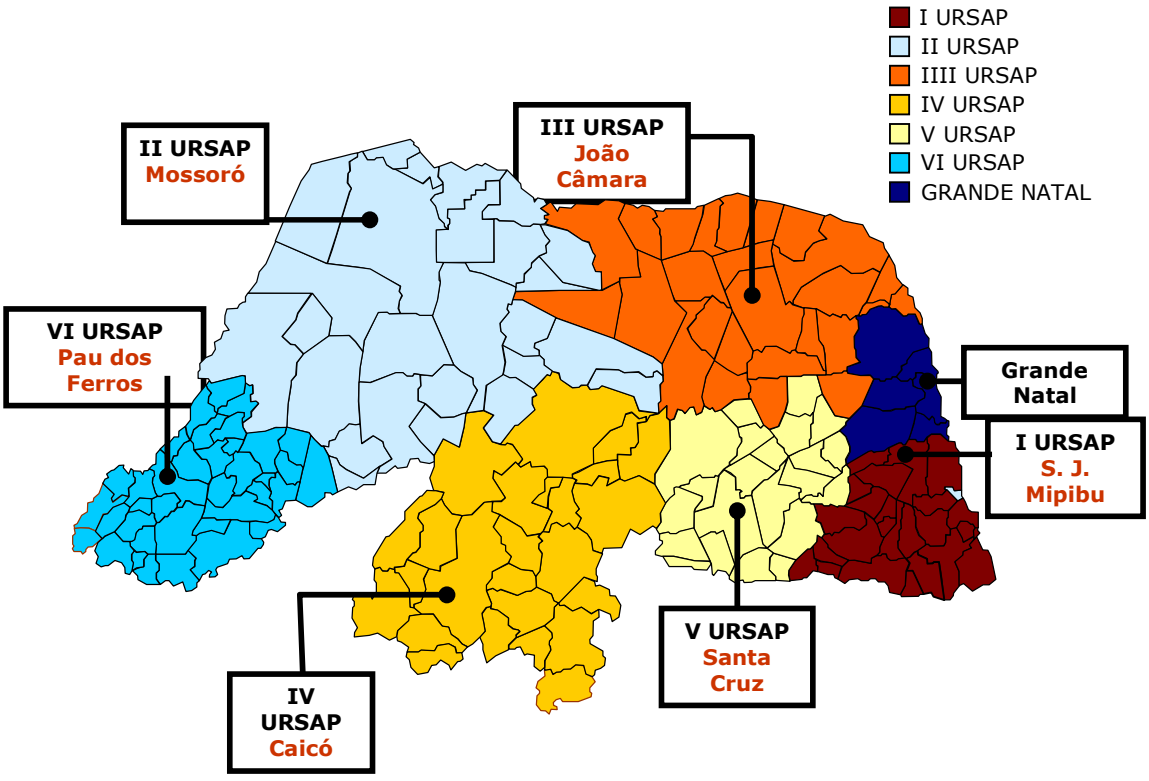


Figura 1 – Unidades Regionais de Saúde Pública do RN

[11] Atualmente os ETAM's foram transformados em Unidades Administrativas e passaram a denominar-se URSAP's (Unidade Regional de Saúde Pública)

Esta proposta resultou na divisão do Estado em três macrorregiões, com sedes nos municípios de Natal, Mossoró e Caicó, e em vinte e um microrregiões. Paralela a isso, houve a publicação da NOAS – 01/00 (Norma Operacional de Assistência à Saúde) e logo a proposta inicial foi submetida a alteração, visando adequar-se à norma operacional. Dessa forma, a proposta preliminar de regionalização da assistência à saúde no Estado foi remodelada, sendo configurada por três macrorregiões (com pólos em Natal, Caicó e Mossoró), quinze microrregiões e vinte e cinco módulos assistenciais.

Após ampla discussão dessa proposta com os municípios do Rio Grande do Norte através de seminários descentralizados, foi elaborado o PDR – RN (Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio Grande do Norte), aprovado pela CIB (Comissão Intergestora Bipartite) e referenciado pelo CES (Conselho Estadual de Saúde), apontando a manutenção das três macrorregiões e das quinze microrregiões, mas aumentando a quantidade de módulos assistenciais para vinte e oito. Vislumbrou-se a criação da macrorregião de Pau dos Ferros, abrangendo todo o Alto Oeste. A proposta foi submetida à apreciação da CIB/RN em junho de 2002, tendo sido aprovada, e o PDR/RN ficou dividido em quatro macrorregiões, quinze microrregiões e vinte e oito módulos assistenciais, assistindo os cento e sessenta e sete municípios potiguares (RIO GRANDE DO NORTE, 2003). Conforme figura 2.

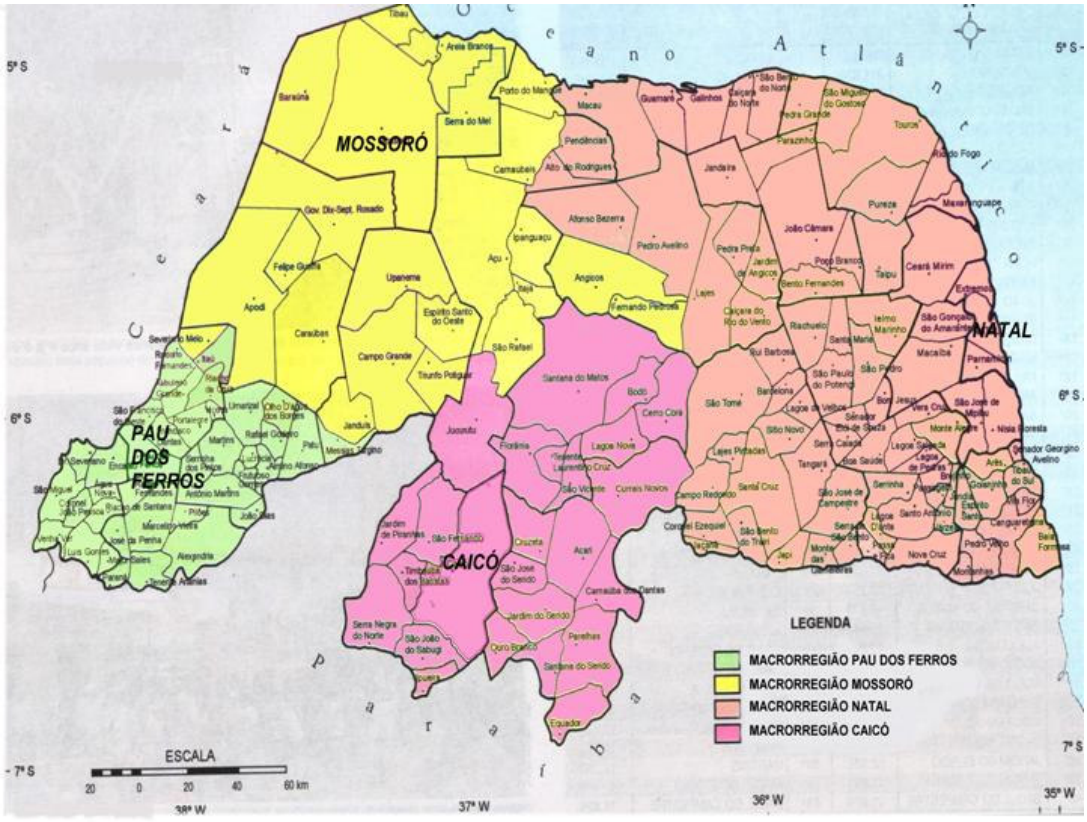


Figura 2 – Mapa do RN – MACRORREGIÕES segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio Grande do Norte

O PDR estabelece o ordenamento da regionalização da assistência em cada município do Estado, como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, segundo as diretrizes da NOAS/SUAS, destacando a

> Noção de territorialidade na identificação de prioridade de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restrita à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidades indivisíveis, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (RIO GRANDE DO NORTE, 2003, p. 08).

O modelo de regionalização defende a permanência das seis regiões de saúde, tendo a divisão do território estadual em quatro macrorregiões (Metropolitana, Oeste, Seridó e Alto Oeste) que, porém, não se constituem novas instâncias administrativas; e ainda quinze microrregiões de saúde cujos municípios servem de referência para os vinte e oito municípios-sede de módulos assistenciais, por oferecerem serviços ambulatoriais e hospitalares de baixa e média complexidade, ficando a alta complexidade restrita apenas aos municípios de Natal, Mossoró e Caicó.

Em relação ao modelo de gestão, há onze municípios que se encontram em gestão plena do sistema municipal, dez deles na NOB/SUS-01/96 (Natal, Mossoró, Macaíba, São Gonçalo, Parnamirim, São José da Mipibu, Ceará Mirim, Parelhas, Touros e Pau dos Ferros) e um na NOAS/SUS-2002 e os cento e cinqüenta e seis restantes encontram-se na gestão plena da atenção básica pela NOB/SUS-01/96.

O PDR está baseado nos objetivos de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e na garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

Portanto, para otimizar as propostas estabelecidas na regionalização foi necessário criar um modelo aglutinador que integrasse no mesmo território/população as ações das vigilâncias (ambiental, epidemiológica e sanitária) à saúde pública e as ações de atenção ao indivíduo (primárias, secundárias e terciárias).

O trabalho se deteve na macrorregião de Caicó e na microrregião do seridó oriental, uma vez que o município de Santana do Matos faz parte do processo de reorganização da assistência no Rio Grande do Norte.

Na Microrregião Seridó Oriental estão treze municípios: Caicó, Jucurutu, São Fernando, Jardim de Piranhas, Timbaúba dos Batista, Serra Negra do Norte, São João do Sabugi, Ipueira, Cruzeta, Ouro Branco, Jardim do Seridó, Santana do Matos e São José do Seridó.

Dentro do PDR – RN o município de Caicó foi contemplado como a sede do Módulo Assistencial, em vista de ser uma cidade de médio porte, e possuir uma população de 57.653 habitantes, cidade que, na reorganização da saúde, atenderia aos doze municípios circunvizinhos com atendimento de média e /ou alta complexidade conforme a PPI (Programação Pactuada Integrada) de cada município.

A municipalização da saúde em Santana do Matos ocorreu em 1992 através do convênio nº 631/92, vivenciando na atualidade, portanto, uma gestão plena de atenção básica.

Há, no entanto, alguns entraves burocráticos-estruturais para a viabilização do SUS, uma vez que Caicó deve atender doze municípios satélites e continua se organizando para receber essa demanda. A saúde não pode esperar, uma vez que é resultante das condições de vida de sua população, gerando uma demanda reprimida imediata, congestionando os serviços e dificultando a sua melhoria com a reorganização.

Na verdade o município de Santana do Matos elaborou a sua PPI levando em consideração o perfil epidemiológico, por entender que a pactuação é a estratégia mais recomendável, tendo como ferramenta estatística a medicina social.

2.2 O Perfil Epidemiológico de Santana do Matos

Analisar o perfil epidemiológico do município de Santana do Matos, traçado a partir dos dados veiculados pelo Ministério da Saúde e disponível na Internet, faz-se necessário tecer um breve comentário sobre a epidemiologia.

A epidemiologia é o eixo da saúde pública que proporciona a base de avaliação das medidas profiláticas, fornecendo pistas para diagnóstico de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Além disso, estuda a distribuição da morbidade e da mortalidade a fim de traçar o perfil de saúde-doença nos agrupamentos humanos, analisando os fatores ambientais e sócio-econômicos que possam ter alguma influência no surgimento das doenças e nas condições de saúde, sendo um elo entre a comunidade e o governo, estimulando, assim, a cidadania mediante o controle da sociedade e dos serviços de saúde. (ALMEIDA, 1999).

Desta forma, a Associação Internacional de Epidemiologia (IEA), em seu guia de métodos de ensino define epidemiologia como “o estudo dos fatores que determinam a freqüência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas”. Portanto, a epidemiologia debruça-se sobre os problemas de saúde em grupos de pessoas, enquanto a medicina clínica dedica-se ao estudo da doença no indivíduo, analisando caso a caso.

A teoria dá suporte à prática e, por sua vez, trata-se de momentos distintos, num processo dialético passa-se a apresentar alguns dados extraídos do site do Ministério da Saúde, considerando o ano da análise o de 2002, uma vez que o Programa Saúde da Família foi implantado no município em agosto de 2001.

O município de Santana do Matos pertence à Microrregião de Serra de Santana. Segundo dados do IBGE/MS (2002), tem uma população de quase 16.400 habitantes, distribuídos em seus 1445,5 km², o que lhe confere uma densidade demográfica de 11,06 hab/km².

Santana do Matos limita-se ao norte com Itajá, Angicos e Fernando Pedrosa; ao leste com Cerro Corá e Bodó; ao sul com Lagoa Nova, São Vicente, Tenente Laurentino Cruz e Florânia e ao oeste com Jucurutu e São Rafael. A distância da cidade para a capital é de 180 km.

Sua população encontra-se distribuída da seguinte forma: 44,8% na área urbana, com taxa média de 4,1 moradores por domicílios ocupados, e 55,2% na área rural, resultando 5,2 moradores por domicílio. Quanto à distribuição por sexo, a população divide-se em 50,2% no masculino e 49,8% no feminino.

Em relação à distribuição etária, as características encontradas são similares ao padrão observado no Rio Grande do Norte: uma população bem jovem, 28,9% menor de 15 anos. Já a relação de dependência fica em torno de 68%, agravando assim, os problemas sociais existentes no município.

Dentre a população acima de 10 anos de idade, segundo o IBGE (2000), 4% declaram não ter rendimentos, 74% sobrevivem com até dois salários mínimos e 22% acima desse patamar. A renda média per capita é de R$ 70,98 (setenta reais e noventa e oito centavos).

O município apresenta índice de analfabetismo de 28% nas faixas etárias acima de 15 anos, uma população escolar de um mil, novecentos e noventa e nove crianças e adolescentes na rede pública de ensino, e a freqüência bruta escolar é de 96%. Existem no município quarenta e dois estabelecimentos de ensino, sendo um

privado, trinta e oito públicos municipais e três públicos estaduais, segundo dados da Secretaria Municipal de Educação (2005).

Quanto às condições sanitárias da cidade, 40,5% da população reside em áreas servidas por água encanada e 16,2% dispõem da rede de esgoto. No entanto, 32,1% dos domicílios não possuem banheiro ou sanitário. Quanto à coleta de lixo 86,2% das casas tem coleta regular de lixo e apenas 71,5% dos domicílios têm acesso à energia elétrica. (BRASIL, 2005).

A taxa bruta de natalidade no ano de 2002 foi de 19,7 nascimentos por mil habitantes, e a fecundidade total é de 2,9/1000 mulheres em idade fértil.

A taxa de mortalidade infantil é de 18,3 por 1000 nascidos vivos, enquanto a mortalidade na infância é de 4,4 por 1000 crianças (0 a 5anos). A esperança de vida ao nascer é de 69 anos.

A rede pública de saúde se compõe de dez unidades de atenção básica, sendo oito do Programa Saúde da Família, e presta assistência básica a 72,6% da população do município, ou seja, são 2.991 famílias acompanhadas pelo programa,

correspondendo a 11.851 pessoas que recebem assistência do PSF. Como também existem três consultórios odontológicos e onze consultórios médicos.

A rede hospitalar é composta de um hospital municipal que possui vinte e seis leitos, sendo dez de clínica médica; quatro de pediatria; oito de obstetrícia e quatro cirúrgicos, bem como um hospital filantrópico que disponibiliza dezesseis leitos, tendo convênio com o SUS de Santana do Matos. A média de leitos é de 2,6 leitos por mil habitantes.

Ao contrário do que ocorreu no Primeiro Mundo, onde houve uma transição epidemiológica caracterizada pela substituição do perfil das doenças

infecciosas e parasitárias para as doenças crônico-degenerativas, em Santana do Matos, como no resto do País, vem ocorrendo uma polarização epidemiológica, coexistindo em um mesmo espaço geográfico doenças, agravos e óbitos por causas ligadas às doenças ditas do *atraso* e da *modernidade*.

O SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos) captou no ano de 2002, cento e oitenta e cinco nascidos vivos, 99,4% tendo ocorrido em hospitais.

Quanto à distribuição dos nascidos vivos segundo peso ao nascer, 12 (6,5%) foi de baixo peso, sendo consideradas de risco, necessitando, portanto, de maiores cuidados dos serviços de atenção básica.

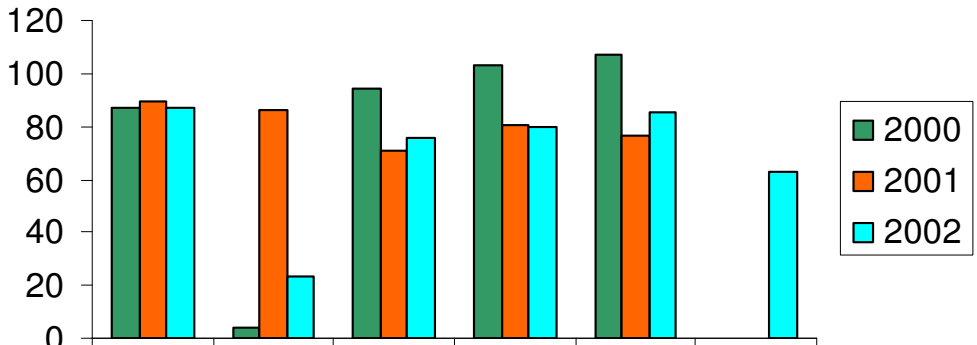
A distribuição proporcional dos nascidos vivos segundo tipo de parto mostra que 27,6% dos partos foram cesáreas, muito superior ao preconizado e aceito pela Organização Mundial da Saúde que é de até 15%. Faz-se necessária uma intervenção na política de assistência à mulher para torná-lo aceitável.

Observando a distribuição dos nascidos vivos segundo as faixas etárias da mãe, constata-se que 27,7% dos partos foram de mães adolescentes, mostrando a necessidade de uma política integrada entre educação, cultura e assistência social para o enfrentamento da situação.

No município de Santana do Matos observa-se a tendência de redução dos casos de doenças imunopreveníveis. No entanto, apesar de decrescentes, revelam a permanência de uma morbidade totalmente vulnerável a recursos amplamente disponíveis como os imunubiológicos.

Apesar de não mostrar nenhum inquérito de cobertura vacinal no município, o Gráfico 1 mostra as coberturas vacinais ressaltando as limitações

dessas informações que não consideram as heterogeneidades do espaço intramunicípio, além de termos problemas com o denominador, que pode estar sobrenumerado, daí apresentar-se para algumas vacinas uma cobertura superior a 100%.



	BCG	Contra Haemophilus	Contra Hepatite B	Contra Sarampo	Oral Contra Poliomielite	Tetravalente (DTP+Hib)
2000	86,6	4,2	94,4	103,2	106,9	
2001	89	85,8	70,6	80,7	76,6	
2002	86,8	23,2	75,9	80	85	62,7

Fonte: DATASUS, 2002.

Gráfico 1 -Cobertura Vacinal (%) segundo imunobiológico Santana do Matos – 2000-2002

Observa-se que para algumas doenças, mais diretamente relacionadas à baixa qualidade de vida, especialmente às condições sanitárias, como a hepatite, a leptospirose, diarréias e dengue, não há registros significativos, impossibilitando a realização de cálculos de incidência e prevalência.

As diarréias constituem-se na primeira causa de internação hospitalar nas crianças menores de um ano, seguidas das pneumonias. Ressalte-se a necessidade de se traçar estratégias para reduzir as internações, uma vez que existe tecnologia de baixo custo para enfrentar a doença.

Na faixa etária de 1-4 anos predominam as internações por pneumonia. Destaca-se a necessidade do monitoramento das crianças nessa faixa etária para que se evite a forma mais grave, impedindo assim as internações que elevam os custos da rede hospitalar, como também o stress da criança e sua acompanhante, na maioria das vezes da mãe, quando passam a freqüentar o ambiente.

A despeito de não se dispor de dados sobre a prevalência da desnutrição no município, estudo realizado por Monteiro (1997) utilizando dados censitários de 1991, encontrou uma prevalência de 24,17% da doença para as crianças menores de seis anos. Segundo esse parâmetro, espera-se que haja 306 crianças desnutridas no município.

O Sistema de Vigilância Epidemiológica identificou o 1º caso de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) no município no ano de 1996 e o segundo caso no ano de 1998, mostrando que se faz necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde para que seja possível controlar a expansão da epidemia no Estado do Rio Grande do Norte.

O município de Santana do Matos apresenta um déficit na oferta dos serviços de Atenção Especializada no nível hierárquico da média complexidade. Chama-se a atenção para a necessidade que a Secretaria Municipal de Saúde tem em realizar investimentos que garantam o acesso da população a esses serviços.

As estatísticas de mortalidade constituem fontes de informações indispensáveis para estudos epidemiológicos e planejamento em saúde pública, haja vista que refletem as condições de vida e saúde das pessoas. Dessa maneira, morte é um acontecimento importante para a atuação dos serviços de saúde, sendo

uma ferramenta indispensável à realização dos diagnósticos de saúde. A análise do perfil de mortalidade no município contribui para a definição das prioridades dos serviços públicos na prevenção de mortes, atuando nos fatores que as determinam ou mesmo organizando os serviços para o atendimento das necessidades.

Em 2002 foram observados 74 óbitos no município, sendo 97% não fetais. Os homens responderam por 45 (46%) do total e a taxa bruta de mortalidade do município é de 4,5 por cento por mil habitantes.

Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
Algumas doenças infec. e parasitárias								8,3	7,7	3,8
Neoplasias (Tumores)							25	8,3	7,7	7,7
Doenças do aparelho circulatório							75	58,3	61,5	46,2
Doenças do aparelho respiratório								8,3	7,7	7,7
Algumas afec. Orig. no per. Perinatal	66,7									7,7
Causas externas de morb e mortalidade								8,3	7,7	15,4
Demais causas definidas	33,3			100				8,3	7,7	11,5
Total	100			100			100	100	100	100

Fonte: SIM

Tabela 2 - Mortalidade proporcional(%) por Faixa Etária segundo Grupo de Causas- CID 10

Analisando a Tabela 2, que apresenta a mortalidade pelos grandes grupos de causas no município de Santana do Matos em 2002, verifica-se que as doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar (46,2%) na ordenação dos grupos, seguidas das causas externas (15,4%); doenças do aparelho respiratório (7,7%); neoplasias (7,7%) e doenças infecciosas e parasitárias (3,8%).

Em relação à distribuição dos grupos de causas segundo faixa etária (tabela 2), foi maior a participação das mortes na faixa etária de 60 anos e mais.

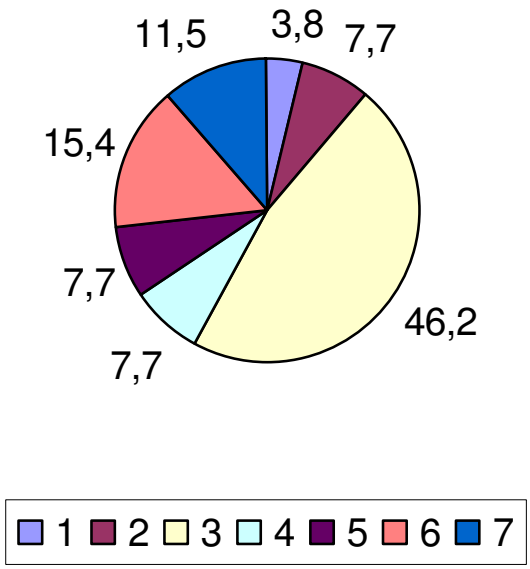


Gráfico 2 – Mortalidade Proporcional por Faixa Etária

Para analisar as causas específicas de morte emprega-se neste estudo uma adaptação da lista brasileira de mortalidade mais adequada aos perfis encontrados, relacionados às políticas específicas de prevenção e tratamento.

A Tabela 3 mostra que foram as doenças cerebrovasculares as principais causas de morte no município, seguidas dos infarto agudo do miocárdio e dos acidentes de transporte.

Causas de Óbito	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Aids	7,7						
Neoplasias malignas da mama (/100.000 mulheres)				15,6			
Neoplasias maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	15,3				12,6		
Infarto agudo do miocárdio	15,5	7,7	23,5	31,6	12,5	30,9	12,3
Doenças cerebrovasculares	23,2	15,5	39,1	23,7	6,3	24,8	18,4
Diabetes mellitus			7,8	15,8	12,5	6,2	6,1
Acidentes de Transporte	7,7		31,3	7,9	6,3		12,3
Agressões	7,7			15,8	6,3		

Fonte: SIM

Tabela 3 – Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes)

Outro aspecto que merece ser registrado é o alto percentual de causas classificadas como sinais, sintomas e achados anormais (68,0%), ou seja, causas mal definidas, o que mostra que a qualidade da assistência e o acesso da população aos serviços ainda são bastante limitados.

Quanto à mortalidade infantil, sabe-se que vem apresentando no país como um todo tendência decrescente. Apesar de ser um indicador extremamente sensível para traduzir as condições de vida de uma população, sua tendência decrescente não pode ser atribuída a melhorias significativas da qualidade de vida, já que os indicadores sócio-econômicos não demonstram uma evolução coerente com a queda da taxa de mortalidade infantil.

O que ocorre é que a capacidade de impacto da mortalidade infantil, principalmente quando apresenta valores elevados, é muito grande. As ações simplificadas de saúde, como a terapia de reidratação oral, o tratamento padronizado de infecções respiratórias agudas, a reversão do desmame precoce e as elevações das coberturas vacinais conseguem reduzir enormemente a

mortalidade infantil desde que os acessos da população aos serviços de saúde sejam garantidos.

A maciça urbanização apesar de produzir o agravamento das condições de vida, acaba por facilitar o acesso das populações, ampliando a cobertura desse tipo de ação e provocando, mesmo que a qualidade dos serviços de saúde não seja satisfatória, um impacto muito grande na mortalidade infantil.

A redução rápida desse indicador reflete muito mais a cobertura e a eficácia das ações específicas do setor de saúde do que a melhoria das condições de vida. É claro que um aumento quantitativo da expectativa de vida, não significa, necessariamente, elevação da qualidade de vida, mas é ponto de partida para a busca dessa última.

A Taxa de Mortalidade Infantil é formada por definição pela **mortalidade neonatal,** que compreende os óbitos de menores de 28 dias, e pela **mortalidade infantil tardia,** correspondente aos óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida e 1 ano. A primeira se subdivide ainda em **neonatal precoce** (até seis dias) e **tardia** (de 7 a 27 dias). Adotou-se essa subdivisão em função de que esses períodos apresentam causas de morte bastante específicas. Enquanto as mortes neonatais são, na quase totalidade, devidas às chamadas causas perinatais e às anomalias congênitas, a mortalidade infantil tardia deve-se fundamentalmente às causas ligadas a fatores ambientais, tais como doenças infecciosas e desnutrição.

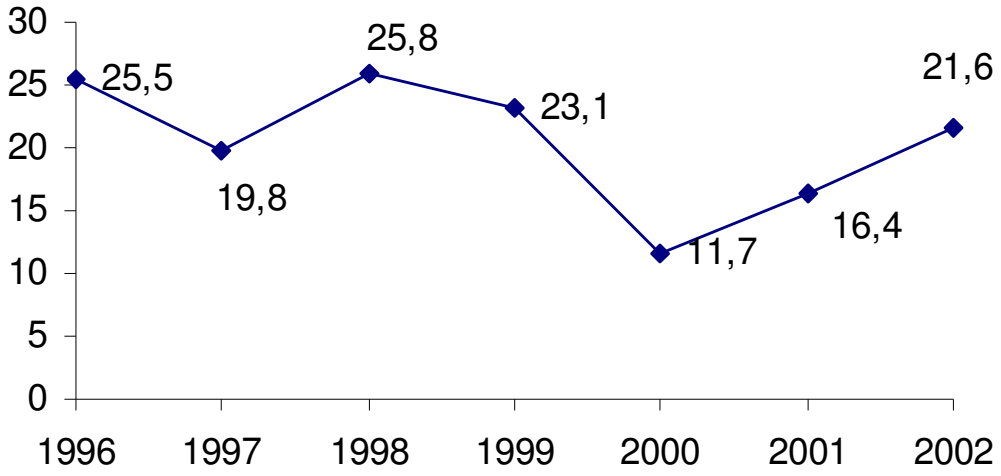


Gráfico 3 – Evolução da taxa de Mortalidade Infantil em Santana do Matos – 1996/2002

O gráfico 3 apresenta a evolução da TMI no município de Santana do Matos no período de 1996 a 2002 e evidencia uma redução (18,0%) no período passando em 1996 de uma taxa de 25,5 para 21,6 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2002.

Pode-se concluir que Santana do Matos apresenta um perfil complexo de mortalidade onde coexistem doenças crônicas não-transmissíveis (tipicamente predominantes nos países desenvolvidos), doenças infecciosas relacionadas ao subdesenvolvimento e as provocadas pela própria forma de organização e convívio social dos homens, tais como as mortes por homicídios. É preciso ter claro que um quadro de saúde dessa complexidade numa cidade com mais de 15 mil habitantes e com os contrastes sociais requer o investimento em políticas sociais preventivas, desde as políticas de melhoria das condições gerais de vida, até as de assistência e acesso à saúde de qualidade. Somente uma ação pública que envolva todos os

setores da sociedade, de compromisso com a resolução efetiva dos diversos problemas de saúde pública existentes e de redução dos problemas verificados poderá enfrentar a realidade sanitária do município de Santana do Matos.

2.3 – Equipe do Programa Saúde da Família

Santana do Matos tem um teto de sete equipes do PSF; no entanto só foram implantadas cinco delas estando prevista para este ano de 2005 a implantação de mais uma equipe, que provavelmente ficará responsável pela localidade de Serra de Santana.

No município, as cinco equipes foram distribuídas da seguinte forma: duas na área urbana - bairro de Santa Luzia e Nova Aparecida, e três equipes na área rural nos distritos de Santa Tereza, São José da Passagem e Barão de Serra Branca.

Cada uma dessas equipes funciona, no mínimo, com um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Porém outros profissionais de saúde, como psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, bioquímicos, dentre outros, poderão ser incorporados à equipe básica, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificadas com a filosofia de trabalho, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo.

No referido município os gestores alegam não ter dotação orçamentária para incluí-los, porém é sabido que tanto o psicólogo quanto o fisioterapeuta possuem contratos provisórios, uma vez que não constam do quadro funcional da prefeitura. Isso acaba gerando um descontentamento do bioquímico e do assistente social, que são profissionais efetivos, admitidos por concurso público. Os mesmos se sentem desvalorizados, não respeitados. Optaram por essa carreira, mas precisam ser valorizados, pois passaram pelo mesmo processo de graduação, em áreas específicas. Portanto, os critérios utilizados para ampliação das equipes são da conveniência dos gestores, que admitem e remuneram conforme o seu interesse, não havendo coerência de critérios.

A Unidade de Saúde da Família (USF), que dá suporte físico para cada equipe, é o antigo posto ou centro de saúde reestruturado, trabalhando com uma nova lógica que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência.

Na verdade, a USF deve se constituir no primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, isto é, a porta de entrada do sistema. Não significa dizer que a USF não seja apenas um local de triagem e encaminhamentos, que na maior parte dos casos são enviados para os serviços especializados. A USF deve ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir os problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que, por meio da educação, promovam a saúde e previnam doenças em geral. É necessário enfatizar a atividade física e a higiene pessoal do domicílio e do ambiente em geral, como também, é preciso garantir água potável, vacinar animais, cuidar do lixo e do esgotamento sanitário. Enfim, há uma série de

atividades individuais e coletivas que precisam ser promovidas e fomentadas pelas ESF (Equipe de Saúde da Família) em conjunto com a população local.

Desta forma, a melhor imagem para a USF é a de um funil no qual apenas uma pequena parte dos casos precisa ser encaminhada para serviços mais especializados. E, mesmo nesses casos, a USF não atuará simplesmente como porta de entrada, uma vez que terá sob sua responsabilidade todo o plano terapêutico, mesmo que seja realizado, em parte, em outros serviços mais especializados. A USF jamais deve perder de vista o usuário, responsabilizando-se pelas *referências* necessárias, contando os outros serviços, analisando os casos e recebendo-os de volta, na *contra-referência*, para continuar atuando no nível dos cuidados básicos. (BRASIL, 2000).

Ainda deve realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria unidade e também nos domicílios e em locais comunitários como escolas, creches, entre outros.

Há uma exigência que os profissionais das equipes de saúde devam residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade. Nesse item em relação ao município estudado, somente quatro dos profissionais de nível superior têm residência fixa. Os demais permanecem apenas de terça a sexta-feira no município. Os ACS precisam residir nas respectivas áreas de atuação, necessariamente deve ser uma pessoa da comunidade.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) a equipe de saúde da família (ESF) possui algumas atribuições básicas, que são: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, especialmente suas características

sócioeconômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde mais comuns e as situações de risco às quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde; programar as atividades e reestruturar o trabalho; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância epidemiológica nos diversos ciclos da vida; atuar no controle de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase, as DST's e AIDS, de doenças infecto-contragiosas em geral, das doenças crônico-degenerativas e doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente; valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança que é fundamental no processo do cuidar; resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando não for possível, garantir a continuidade do tratamento através da adequada referência do caso; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando à promoção da saúde através da adequada referência do caso; desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas; promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável; e incentivar a formação e/ ou participação ativa no Conselho Municipal de Saúde.

O Ministério da Saúde ressalta que o médico da equipe deve ser preferencialmente um clínico geral que atenda todos os membros da família,

independentemente de sexo e idade. Em face do escasso número desses profissionais no mercado[12], é preciso trabalhar com profissionais que se aproximem do perfil desejado, ou seja, que tenham interesse em se habilitar na clínica geral e vocação para o trabalho em equipe e em comunidade.

O fundamental é a postura do profissional, que precisa ter compromisso com as pessoas, conhecendo bem os aspectos de suas vidas particular, familiar e social que favoreçam os cuidados com a saúde, o que lhe dará o conhecimento aprofundado da realidade local, e da identificação das doenças mais comuns e seus determinantes. A convivência contínua com as pessoas e com as famílias deve propiciar, com o tempo, um vínculo de responsabilidade, que é fundamental não só para o tratamento das doenças, mas também para a promoção da saúde e realização de ações, enquanto os indivíduos estão saudáveis. (BRASIL, 2000).

Desta forma, o médico tem também algumas atribuições específicas ao lado das atribuições partilhadas com a ESF, tais como: executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à saúde coletiva; assistir as pessoas em todas as fases da vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes, trabalhadores e portadores de deficiências específicas; realizar atendimentos de primeiros socorros nas urgências; realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; e realizar partos, se as condições locais o permitirem.

No período da coleta de dados no município somente três profissionais médicos tinham residência fixa, os demais ficavam somente da terça à sexta-feira. E

[12] Os currículos das Escolas de Medicina privilegiam, em sua grande maioria, a formação de profissionais voltados para as especialidades. O Ministério da Saúde, com o objetivo de reforçar a organização das ações e serviços de atenção básica no país está envidando esforços no sentindo de ampliar a formação de médicos generalistas. Uma das estratégias utilizadas é a criação de Pólos de Formação, Educação Permanente e Capacitação de Profissionais em Saúde da Família que articulam instituições de ensino superior (públicas e privadas) e secretarias estaduais e municipais de saúde.

esses profissionais se revezavam como plantonistas no hospital Dr. Clóvis Avelino, ou seja, cada um era responsável por um dia fixo na semana e nos fins de semana era feito um rodízio. Ressalte-se que todo esse trabalho rende montante acrescido do valor recebido como médico da equipe do PSF. Para essa categoria há uma contradição evidente quando exerce a medicina preventiva no PSF e curativa no hospital, não fazendo distinção de seu fazer profissional.

O profissional de enfermagem trabalha em dois campos essenciais: na USF e na comunidade. Apóia e supervisiona o trabalho do ACS e do auxiliar de enfermagem, e assiste as pessoas que necessitam de atenção de enfermagem no domicílio. Cabe a esse profissional: executar, na esfera, alçada suas atribuições, assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à gestante, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência física e mental e ao idoso; Organizar as rotinas de trabalho em nível de USF e de comunidade; supervisionar e desenvolver ações de capacitação dos ACS e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

O auxiliar de enfermagem da equipe trabalha nos espaços da USF e nos domicílios, quando necessário. E suas atribuições são: acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando a monitoria e o acompanhamento de suas condições de saúde; identificar com os ACS, as famílias de risco; realizar procedimentos nos domicílios, quando solicitado pelo ACS.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o vínculo entre a equipe e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizada por toda a equipe. É também um elo

cultural que potencializa o trabalho educativo, à medida que une dois universos culturais distintos: o saber científico e o popular.

O ACS desenvolve na USF atividades de programação e de supervisão de suas atividades. Mas, o seu trabalho cotidiano é junto aos domicílios de sua área de abrangência. Compete-lhe, portanto: realizar mapeamento da área; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e as famílias expostos a situações de risco; orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando e até agendando consultas e exames, quando necessário; realizar, através da visita domiciliar, o acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; manter-se sempre bem informado e informar a ESF sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, dentre outras; e traduzir para a ESF a dinâmica social, suas necessidades, potencialidades e limites.

A inclusão da equipe de saúde bucal (ESB) na equipe do PSF começou oficialmente em 2000, quando o Ministério da Saúde estabeleceu através da Portaria nº 1444, o incentivo financeiro à inclusão das equipes de saúde bucal (ESBs) no programa. A portaria estabelece ainda as duas modalidades de inserção da equipe: Modalidade I – Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD); Modalidade II – Cirurgião Dentista (CD), Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico de Higiene Dental (THD) e a relação ESB/ESF de 1:2, ou seja, deveria

haver uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) implantada para cada duas Equipe de Saúde da Família (ESF). Na época da coleta de dados (maio a novembro de 2004), o município de Santana do Matos se enquadrava neste critério.

É possível que, como a equipe bucal ingressou tardiamente na equipe do PSF e o incentivo vem separado, todos os integrantes, quando se referem a odontologia, falam como se não fizesse parte da equipe. Isto é evidenciado no depoimento a seguir.

> " ... no atendimento público a gente sabe que deve pegar a identidade do paciente, anotar e preencher a fichinha do SUS. Na faculdade é só isso que fazíamos. Fora da faculdade, dentro do PSF, ficou uma coisa assim, como o PSF para odontologia ele é uma coisa a parte, foi colocado em segundo plano, então foi colocado e não programado, não tem ficha. A gente continua mandando os dados no antigo sistema (SAI-SUS), não adianta colocar nada no SIAB, ele não aceita. O sistema de informação dentro da odontologia é muito precário", (OD 01)

Em março de 2001 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 267 que estabeleceu as normas e diretrizes da inclusão da ESB no PSF. Ela contém o plano de reorganização da saúde bucal na atenção básica, as atribuições dos profissionais da ESB; as responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, além do rol de procedimentos de saúde bucal na stenção básica.

Em 2003 e 2004 o Ministério da Saúde publicou duas portarias que reajustaram o valor do incentivo financeiro; a Portaria nº 673 de 2003 modificou a relação de ESB/ESF para 1:1, ou seja, para cada ESF implantada, pode-se implantar uma ESB. A Portaria nº 74 de 2004 reajustou o valor anual do repasse para a ESB Modalidade I para R$ 20.400,00 e para a Modalidade II R$ 26.400,00.

Além disso, o repasse no momento da implantação da ESB aumentou para R$ 6.000,00 e para os municípios com serviços de prótese, R$ 1.000,00 a mais destinado à compra de material.

Por mais que se tenha ressaltado atribuições específicas de cada profissional inserido no PSF, não é intuito deste trabalho analisar isoladamente cada integrante do PSF, e sim vê-los dentro de uma equipe multiprofissional. Segundo Palma e Peduzzi (2000) o prefixo *multi* traduz a justaposição dos trabalhos realizados por vários agentes de diferentes qualificações técnicas, enquanto o *inter* diz respeito a uma conexão e integração que considera cada um dos trabalhos com seus respectivos aportes teóricos e práticos.

A pesquisa revelou que há fragilidade de articulação entre os profissionais do PSF, como também entre as cinco equipes. Dessa forma trabalhando as equipes com vários objetos e saberes não articulados entre si, convivem e reproduzem vários planos de fragmentação da organização do trabalho e dos saberes entre os sujeitos. Para que haja a reversão do quadro, se faz necessário, segundo Japiassu (1976) superar as fragmentações apontadas para que a equipe multiprofissional entre no projeto de interdisciplinariedade no plano do saber e da multiprofissionalidade no plano do trabalho, o que pode ser conseguido mediante a aplicação de novos saberes apropriadas às necessidades do trabalho em saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) para que haja a reorganização do trabalho nas Unidades de Saúde da Família são necessários: planejamento local das atividades; cadastramento das famílias; diagnóstico das condições de vida e de saúde da comunidade; programação das atividades da ESF; acompanhamento e avaliação das atividades.

No município estudado foram realizadas essas etapas sugeridas pelo MS com algumas dificuldades de entendimento por parte dos gestores e dos profissionais.

O planejamento e a programação das atividades é realizado sempre no último dia útil de cada mês. Cada equipe do PSF se reúne para fechar o mapa estatístico, uma atividade obrigatória para o recebimento dos incentivos federais para o PSF e PACS, também é neste encontro que a equipe traça estratégias de ações para o mês seguinte.

O cadastramento das famílias foi realizado em grande parte pelos agentes comunitários de saúde (ACS) responsáveis por cada equipe do PSF. Na implantação do PSF no município, no início, a enfermeira de vez em quando participava desta atividade a fim de identificar e mapear os aspectos sociais, culturais, demográficos, sanitários e econômicos da população da área ou micro-área pré-definida, promovendo a delimitação do acesso à equipe de saúde e aos serviços sanitários. Para todos os efeitos, foi nessa etapa que se iniciou o vínculo dos membros da equipe do PSF com a família.

Paralelamente ao cadastramento das famílias, já se começou a identificar os problemas de saúde mais prevalecentes em cada área de abrangência, elaborando junto com as famílias um diagnóstico psicosocial e de saúde que detectou situações de vulnerabilidade de saúde, social e familiar.

Observando a dinâmica das equipes do PSF no município, constatou-se que as da área rural têm dificuldades de atender sua área de abrangência por serem muito extensas; o que provoca a desassistência à população, ou seja, há localidades em que a equipe passa de um a dois meses para fazer o atendimento básico,

dificultando assim a assistência contínua e integral preconizada pelo programa. A justificativa para tal ocorrência é que o município possui uma área territorial de 1445 km², o terceiro maior em extensão do Estado, ficando em posição posterior à de Mossoró e Apodi, segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.(BRASIL, 2005).

O Distrito de São José da Passagem fica à distância, do centro da cidade, de trinta e sete quilômetros, e a equipe do PSF atende basicamente as seguintes localidades: Sítio São José Velho; Pedra Branca; Ave Maria; Santa Maria; Tapuio; Rodiador; Tostado de Benga; Tostado dos Teixeiras; Pixoré; Caiçara; Bom Jesus; Coroas Limpas; Pinturas; Riacho Salgado; Riacho Fechado; Serra do Gado; Macacos; Barra de Onça; Cacimba do Meio e Jardim dos Alexandres.

O Distrito de Santa Tereza fica à distância do centro urbano de aproximadamente vinte e dois quilômetros, e a equipe responsável atende as seguintes localidades: Carrapateira; Varzinha; São Bento; São Paulo; Glória; Tirol; Bom Sucesso; Runfão; Mineira da Barra; Riacho da Porta; Conceição do Abrigo; Tapuia; Boa Vista; Boa Esperança; Batuque; Malhadinha; Riacho de Salina; Valência; Cachoeirinha; Riachão; Riacho a Roça; Forquilha; Cerco.

Finalmente, Barão de Serra Branca fica a quinze quilômetros do centro a cidade e a equipe do PSF atende as seguintes localidades: Mulungu; Barrocas; Rosário; Manoel Dias; Serra Cabugi; Serra da Pimenteira; Serra do Guedes; Serra Nova; Serra do Cajueiro; Montes Claros; Piricô; Serrotes Brancos; Santo Antonio.

Toda a filosofia do PSF é centrada no núcleo familiar, no coletivo, portanto há a preocupação com a superação do modelo centrado na doença e, porque não dizer, na retirada da ficha de atendimento.

De um modo geral as equipes do PSF trabalham com uma agenda que contempla atividades de atendimento na unidade e ações coletivas, como: atuação domiciliar, visitas e ações educativas com grupos.

O acompanhamento e a avaliação das atividades da equipe ainda deixam muito a desejar, uma vez que os integrantes têm ferramentas básicas para realizar a ação disponibilizada pelo Ministério da Saúde, o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), que é um instrumento de planejamento e avaliação do trabalho do ESF, na medida em que possibilita a imediata identificação dos problemas das famílias e das comunidades assistidas, permitindo que os profissionais de saúde e os gestores locais tomem medidas em tempo oportuno para o enfrentamento desses problemas.

Desta forma, os sistemas de informação sobre mortalidade (SIM); nascidos vivos (SINASC); agravos de notificação (SINAN); vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) e programa nacional de imunização (SIPNI) constituem, também, instrumentos para o acompanhamento e avaliação da atenção básica, e as equipes de saúde da família devem se comprometer com a implantação, alimentação e utilização local destes sistemas.

Capítulo 3 - O Cotidiano da Prática dos Profissionais no Programa Saúde da Família em Santana do Matos – RN e os Impactos em face dos Princípios Básicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste capítulo será apresentada a análise dos dados coletados através do roteiro de entrevistas, com perguntas abertas e fechadas, realizada com os trinta e um profissionais que atuam no PSF no município de Santana do Matos.

Em vista disso, analisam-se os impactos na prática dos profissionais do PSF a partir de seu entendimento da política de saúde implementada em nível nacional, estadual e municipal, enfatizando as tensões e as particularidades do PSF no atendimento.

Porém, antes de entrar propriamente na pesquisa é necessário relatar o processo de implantação do PSF.

3.1 – A Implantação do Programa Saúde da Família no Município

O processo de implantação do PSF no Brasil segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) passou por uma sensibilização visando à disseminação da proposta, sendo de fundamental importância que os gestores, profissionais de

saúde, políticos e a população em geral compreendam que o PSF é uma estratégia de reorganização da atenção básica e, conseqüentemente, de todo o sistema de saúde, o que exige a participação de todos nessa mudança.

Para que haja a adesão de toda a comunidade faz-se necessário promover debates utilizando todos os meios de divulgação para o envolvimento de vários segmentos, tais como: recursos humanos para a saúde; da Câmara dos Vereadores; dos conselheiros municipais e profissionais de saúde.

Na verdade, a implantação da estratégia de saúde da família, para ser bem sucedida, depende da firme decisão política do gestor municipal e da aprovação e apoio do conselho municipal de saúde.

Para isso, é preciso a discussão no conselho municipal de saúde e elaboração do projeto de implantação. Esse projeto deve observar os princípios básicos que orientam o PSF.

O projeto de implantação do PSF deve prever a adequação física, os recursos humanos e os equipamentos necessários para garantir que a USF possa efetivamente responder aos problemas da população da área.

Cabe ao município a elaboração do projeto, o que requer várias etapas, algumas podem ser simultâneas: (1) identificar as áreas prioritárias; (2) levantar o número de habitantes; (3) calcular o número de agentes comunitários de saúde e de equipes saúde da família; e (4) mapear as áreas e microáreas.

(1) Identificar as áreas prioritárias: O primeiro passo na elaboração do projeto de implantação é a definição das áreas prioritárias a serem cobertas pelo Programa Saúde da Família. A prioridade número um é que todos tenham

acesso aos serviços de saúde, em obediência ao princípio da igualdade de todos os cidadãos. Isso se traduz na necessidade de alguns municípios expandirem a rede básica para assistir periferias urbanas e zonas rurais.

Outro critério fundamental na escolha da área prioritária é a o risco social (altos índices de desemprego; criminalidade; prostituição; criança fora da escola, e etc) que normalmente vêm associados a um maior risco de adoecer/ morrer.

(2) Levantar o número de habitantes: Esse levantamento deve ser feito buscando-se as fontes de dados disponíveis. Às vezes, as áreas escolhidas não correspondem aos setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além do IBGE, pode haver informações nas Secretarias Municipais de Planejamento, Assistência Social, como também nas Associações Comunitárias, na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); na Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) e outros.

(3) Calcular o número de agentes comunitários de saúde (ACS) e de equipes de saúde da família (ESF): foi convencionado pelo Ministério da Saúde que cada Equipe de Saúde da Família deve acompanhar de 600 a 1000 famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 pessoas. Cada agente comunitária de saúde (5 a 6 por equipe) é responsável pelo acompanhamento de uma microárea, onde residem de 400 a 750 pessoas.

A definição do número de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de Saúde depende do número de famílias e de pessoas que irão acompanhar. E essa definição depende das características do território: a distância das casas; as barreiras de acesso (rios, montanhas, inexistência de transporte adequado); a natureza e a dimensão dos problemas (área de risco social e

ambiental). Assim, o cálculo do número de equipes e de ACS em uma área é feito dividindo-se a população da área ou município pelo número de pessoas que cada equipe irá assistir. Mas, o número máximo de equipes de saúde da família financiadas pelo Ministério é calculado dividindo-se o total de habitantes do município por 2.400.

(4) Mapear as áreas e microáreas: definido o número de ESF's e de ACS's é hora de mapear as áreas e microáreas de atuação. Esse mapeamento pode ser elaborado copiando-se de uma planta atualizada do município, em papel manteiga, as áreas consideradas prioritárias à implantação. Feito isso, faz-se a divisão das áreas de atuação de cada equipe que, por sua vez, serão divididas em microáreas, nos quais os ACS deverão atuar. Nota-se que as áreas é o conjunto de microáreas contínuas.

Depois de cumpridas todas essas etapas pertencentes ao projeto de implantação do PSF, o Conselho Municipal de Saúde emite o parecer, e somente depois é que a Secretaria Municipal de Saúde deve solicitar adesão ao Programa Saúde da Família, através de ofício para a Secretaria Estadual de Saúde para que sejam pactuados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) os recursos federais a serem alocados para o município, como incentivo.

No município de Santana do Matos todas as etapas descritas acima foram seguidas, conforme o projeto de implantação arquivado na Secretaria Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde deu parecer favorável no dia 15 de fevereiro de 2001, conforme a ata da reunião. Há também registro em ata do dia 08 de junho de 2001; a Secretária Municipal de Saúde informou aos conselheiros que já havia sido aprovada pela CIB a implantação das cinco equipes de PSF no município. O

Ministério da Saúde creditou na conta do PAB (Piso de Atenção Básica) o valor de R$ 25.000,00 no mês de julho de 2001 como incentivo para a implantação das equipes de PSF, e de R$ 10.000,00 como incentivo para a implantação das Equipes de Saúde Bucal. (ESB).

Numa etapa posterior o município deve planejar e executar o recrutamento e a seleção dos profissionais contando com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e/ ou instituição formadora de recursos humanos para a saúde.

Em relação ao recrutamento, deve-se ter uma atenção especial na identificação dos profissionais com o perfil adequado, principalmente no que se refere à postura profissional que deve ser de muito respeito e compromisso com a equipe de saúde da família e com as pessoas da comunidade.

Na seleção de profissionais para o programa pode-se pactuar com o pessoal da rede de saúde uma seleção interna que dará a oportunidade aos profissionais que desejem mudar sua prática de trabalho. Os que não aderirem ou não se adequarem ao perfil desejado devem ser, se possível, realocados nos serviços de retaguarda especializada.

Como no município já existiam três médicos e um enfermeiro, automaticamente passaram a fazer parte do programa; os outros profissionais foram selecionados mediante entrevista com a Secretária Municipal de Saúde. Os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde foram selecionados internamente, uma vez que, no município havia profissionais habilitados. Vale ressaltar que no início do programa (agosto de 2001) houve dificuldades no preenchimento dos cargos de médico e enfermeiro. Um dos motivos mais elucidados

pelos entrevistados era a distância da cidade à capital e, como se exigia dedicação exclusiva, as vantagens oferecidas não compensavam.

3.2 – Delineamento do Perfil dos Profissionais que atuam no Programa Saúde da Família em Santana do Matos.

O delineamento do perfil do conjunto dos profissionais integrantes do Programa Saúde da Família, representados nessa pesquisa por trinta e um profissionais de saúde, foi realizado a partir dos dados referentes à sua identificação: sexo, faixa etária, estado civil, religião, equipe e campo de atuação a fim de conhecer, em linhas gerais, quem são os profissionais que executam a política de saúde no PSF em município de Santana do Matos cujas informações subsidiaram a presente análise.

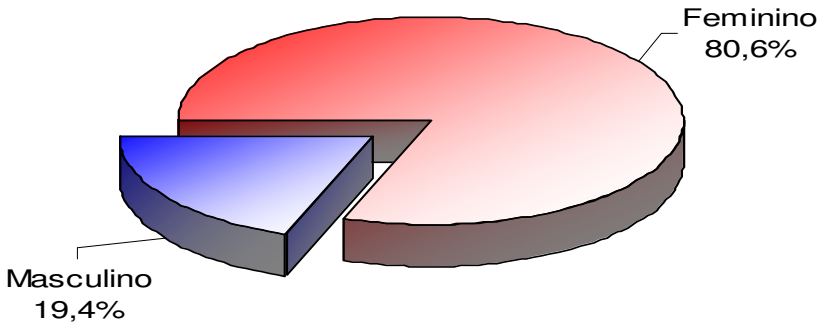


Gráfico 4 – Distribuição dos entrevistados segundo o sexo

Como se pode verificar no gráfico 4, do total dos entrevistados, há uma predominância do sexo feminino 80,6% e apenas 19,4% do sexo masculino. Esse dado revela, como em todo País, a ascensão da mulher ao mercado de trabalho acompanhando assim a evolução da sociedade, conseqüentemente a mulher, na sua grande maioria, passa a exercer a segunda jornada, os afazeres domésticos, o cuidado da casa, e do marido. Os dados comprovam a própria realidade brasileira. Segundo Sina (2005) os últimos dados disponíveis apontam que, no período entre 1940-1990, a força de trabalho da mulher passou de três milhões para vinte e três milhões de pessoas, aumentando sua participação na população economicamente ativa do País de 19% para 35,5%. Em 1940, quase toda a população economicamente ativa feminina estava concentrada no setor primário da economia, basicamente na agricultura. Em 1990, mais de dois terços daquele contingente estavam concentradas no setor terciário, ou seja, em serviços, como atividades comunitárias, área voltadas à educação e aos serviços de saúde, entre outros.

A pesquisadora enfatiza que a dupla jornada de trabalho, no emprego e no lar, que sobrecarrega violentamente a mulher é que merece ser analisada por conta dos danos que também acarretam ao seio familiar. A família passa a contar na rotina uma mulher à beira da exaustão e sem condições de transmitir a qualidade de relacionamento fundamental para a família como arrimo da sociedade.

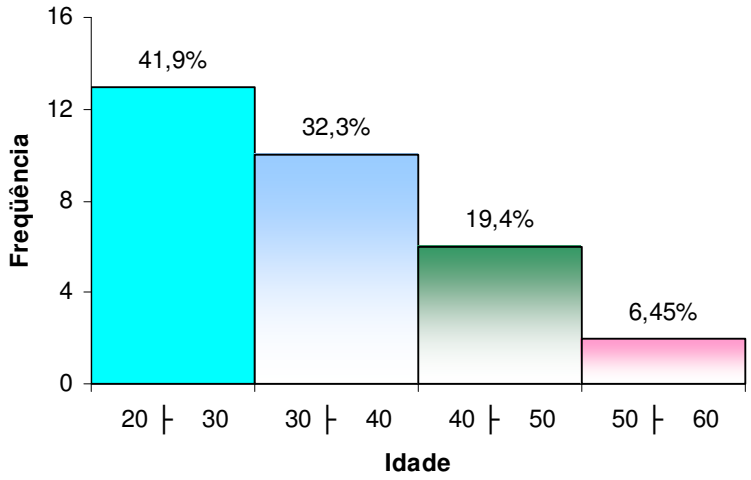


Gráfico 5 – Distribuição dos entrevistados segundo a faixa etária

Visualizando o gráfico 5 observa-se no intervalo de faixa etária de 20 ├ 30 anos há uma maior incidência 41,94% o que revela que os profissionais executores da política de saúde, especialmente no PSF, são relativamente jovens, tendo ingressado no mercado de trabalho muito cedo. Esse corrobora a pesquisa de Fossa e Bezerra sobre a reposição da força de trabalho no Rio Grande do Norte (1991 a 2001). Neste período aumentou a proporcionalidade de norte-rio-grandenses na faixa etária de 15 a 64 anos, de 53,0 % em 1980 para 57,0 % em 1991; e 62,0 % em 1999. Além disso, a queda das taxas de mortalidade aumentou a expectativa de vida, resultando um maior número de pessoas passando grande parte de suas vidas na força de trabalho.(2002)

A distribuição dos entrevistados segundo o estado civil e número de filhos revela que a maioria (58,0%) é casada, seguida de 38,71% solteiros e 3,23% divorciados. E em relação a filhos, a maioria dos entrevistados (43,7%) tem dois filhos. Isso comprova que, na constituição da família brasileira, há uma preocupação com a base material ofertada à criança e ao adolescente. Hoje tanto o pai como a mãe atuam no mercado de trabalho, ficando muitas vezes o dia inteiro fora de casa e se tornando ausentes na formação dos filhos. Esse não é um dado isolado, mas uma tendência natural, haja vista que a mulher ingressou definitivamente no mercado de trabalho. A pesquisa de Fossa & Bezerra no período de 1991-2000 mostrou que a taxa de fecundidade no Estado declinou de 5,7 filhos por mulher em 1980 para 3,2 filhos em 1991.

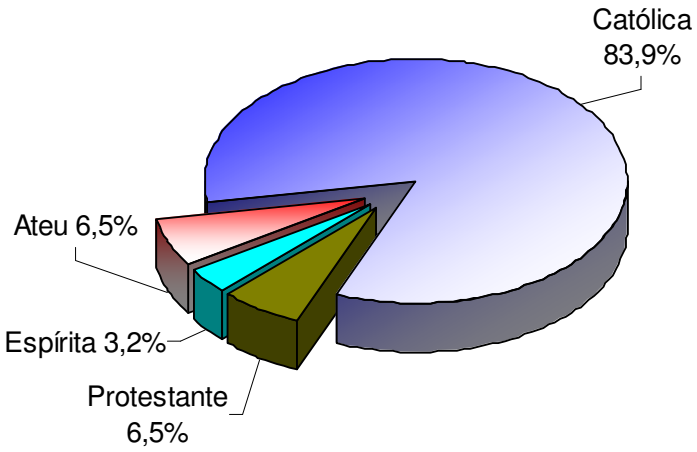


Gráfico 6 – Distribuição dos entrevistados segundo a opção religiosa

Os dados sobre a religião revelam que a maioria 83,9% dos profissionais são católicos, seguidos de protestantes 6,5%; espírita 3,2% e 6,5% afirmaram não ter nenhuma religião. Os dados sobre a religiosidade tornam-se importantes, pelo motivo que em vários momentos os profissionais tomam como referência seus próprios valores religiosos na abordagem com os usuários.

> Graças a meu bom DEUS que me iluminou para que eu acertasse um diagnóstico de uma menininha que teve hidrocefalia. Foi diagnosticada a tempo e foi encaminhada ao neurocirurgião, fez a cirurgia e está passando bem e é muito gratificante tanto para mim como para equipe saber que essa menina vai crescer saudável graças a ação da equipe. Esse mérito é de toda a equipe (M 02).

Com relação a distribuição dos entrevistados por área de atuação é: 52% dos profissionais atuam na área urbana e 48% na rural, o que revela um certo equilíbrio no atendimento à população usuária em relação ao acesso aos serviços. Mostra, ainda, que a proposta do PSF de ir até as comunidades mais distantes vem ocorrendo por determinação e empenho dos gestores. Sabe-se que as comunidades rurais, por serem mais distantes da cidade passam por carências, ficando à margem do processo de desenvolvimento social de uma determinada localidade. Assim, a população rural não precisa mais se deslocar até a cidade, pois o atendimento é realizado na própria comunidade, trazendo à população os serviços de saúde.

Entretanto, outro aspecto revelado pela pesquisa é que as equipes que trabalham na zona rural possuem maior de dificuldade para realizar o atendimento, por causa, basicamente, das péssimas condições das estradas, principalmente no

período de inverno. Além disso, por mais que se faça um cronograma para atender todas as localidades há certa frustração da população na procura dos serviços devido à extensão territorial do município que não permite uma cobertura na sua totalidade, ficando sempre áreas descobertas.

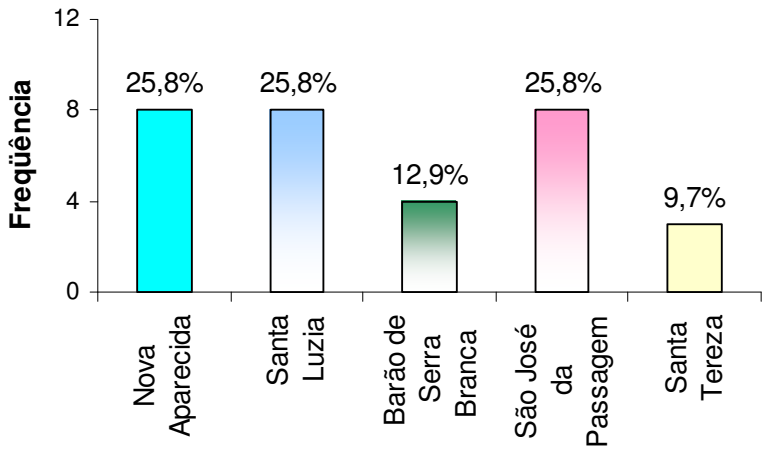


Gráfico 7 – Distribuição dos entrevistados segundo inserção nas equipes

Com relação à distribuição dos entrevistados segundo a inserção no PSF, conforme gráfico 7, a pesquisa revelou que os sujeitos estão relativamente bem distribuídos em cada equipe respectivamente: 25,8% no Posto Nova Aparecida;

25,8% no Posto Santa Luzia; 12,9% no Posto de Barão de Serra Branca; 25,8% no Posto de São José da Passagem e 9,7% no Posto de Santa Tereza.

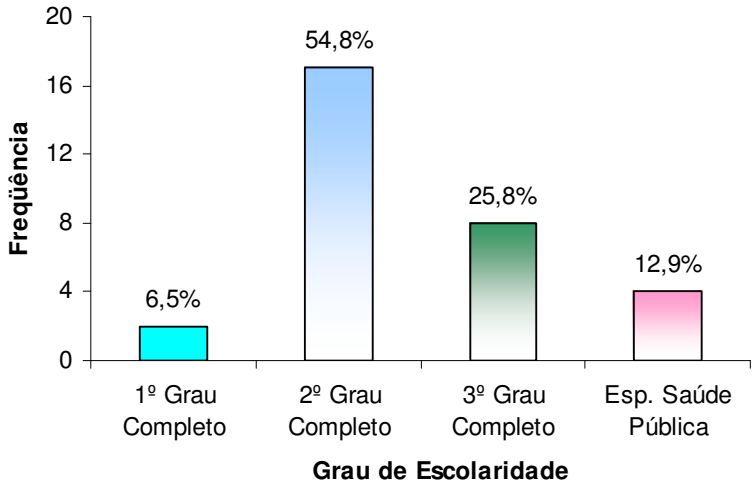


Gráfico 8 – Distribuição dos entrevistados segundo grau de escolaridade

Observa-se no gráfico acima que 54,8% dos entrevistados possuem o 2º grau completo; 25,8% possuem o 3º grau completo; 12,9% tem curso de especialização e 6,5% tem o 1º grau completo. Dos quatros profissionais entrevistados que possuem Especialização, somente uma tinha concluído, os três restantes estavam em andamento na época da realização das entrevistas.

Segundo o INPE (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira) a taxa de analfabetismo no Brasil na faixa etária de 20 a 24 anos é de 6,7 e em relação à faixa etária de 25 a 29 anos, de 8,0, ainda relativamente alta

por mais que o Ministério da Educação tenha realizado investimentos. Diante deste quadro, pode-se levantar algumas observações pertinentes, trazendo para a realidade estudada: primeiro, por mais que haja investimentos governamentais nesta área, é preciso que o sujeito em foco compreenda que o processo educativo é cumulativo e que cada dia há uma necessidade de superação, uma vez que a realidade é dinâmica, contraditória e requer um esforço individual e coletivo para se compreender a realidade social. Segundo, que as prefeituras (Secretarias Municipais de Saúde), através da institucionalização de plano de cargos e carreiras, possam estimular seus funcionários a se capacitar acompanhando a realidade. Na verdade, como não há incentivo, o profissional que decide aprofundar os estudos fica sem apoio quando vai negociar para conciliar trabalho com o estudo.

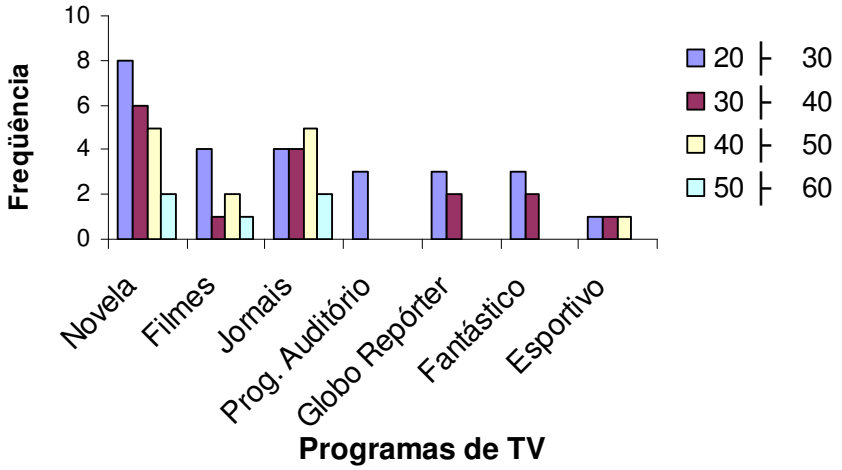


Gráfico 9 – Distribuição dos entrevistados por faixa etária e programas de tv prediletos

Do total dos profissionais entrevistados, somente um não assiste á tv. Dentre os diversos programas de televisão citados, por ordem de preferência, destacam-se em duas faixas etárias (20 ├ 30 e 30 ├ 40) as novelas e nas faixas etárias (40├50 e 50 ├60) sobressaem os jornais. Pode-se concluir que a preferência dos pesquisados pelas novelas se dê porque as mesmas retratam na ficção estórias de amores impossíveis, conflitos afetivos, familiares e morais levando os telespectadores a relaxarem e até mesmo descansarem diante da tele-realidade apresentada.

Existem várias pesquisas sobre a comunicação de massa, aqui representadas pela televisão. Segundo Ribeiro (2001), existe uma omissão do poder público, conseqüentemente a TV fica nas mãos do mercado, e que, a partir da constituição de 1988 melhoraram os critérios de concessão, antes usados como moeda de troca política e as áreas de educação e cultura pouco tiveram a dizer a respeito, exceto no campo de suas emissoras específicas, de escassa audiência.

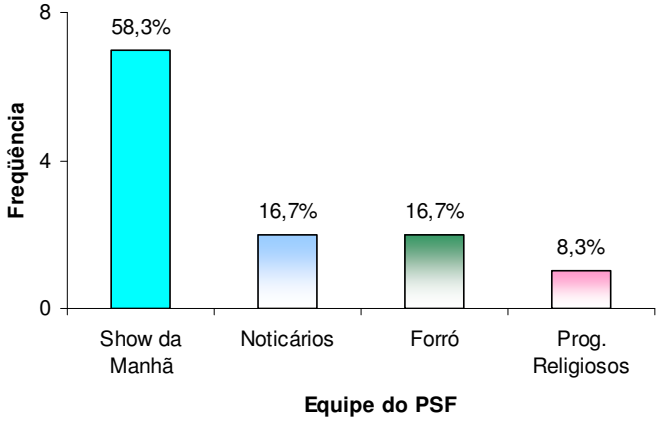


Gráfico 10 – Distribuição dos entrevistados segundo programas de rádio preferidos

Neste estudo, quando questionados a respeito de programa de rádio preferiam, deram seguintes as respostas: doze escutam rádio, sendo que 58,3% escutam o show da manhã, seguidos de 16,7% preferem noticiário e forró o mesmo percentual, e 8,3% ouve um programa religioso. O percentual de 61,0 % que não escuta rádio alegou que, mesmo a cidade de Santana do Matos possuindo uma FM local, não se sentia atraído pela programação, que funciona muito mais como uma AM. Na verdade na programação de rádio AM o locutor conversa com a população através de cartas e telefonemas, enquanto que a programação de uma rádio FM é direcionada basicamente à música com raríssimas intervenções.

A pesquisa revelou que os entrevistados, segundo seu tempo livre, na sua maioria 19,8% gostam de passear, depois estudar 14,0%, assistir à Tv 12,8% e ficar com familiares 9,3%. O mesmo percentual 4,7% empataram o cinema, namorar, afazeres domésticos, conversar com os amigos e outros 25,6%. Na categoria "outros" se agruparam, por terem o mesmo percentual a internet, os games, jogar baralho, dormir, praticar musculação, tiro ao alvo e praia. Nota-se que cada entrevistado neste item podia relacionar até três atividades de lazer por ordem de preferência.

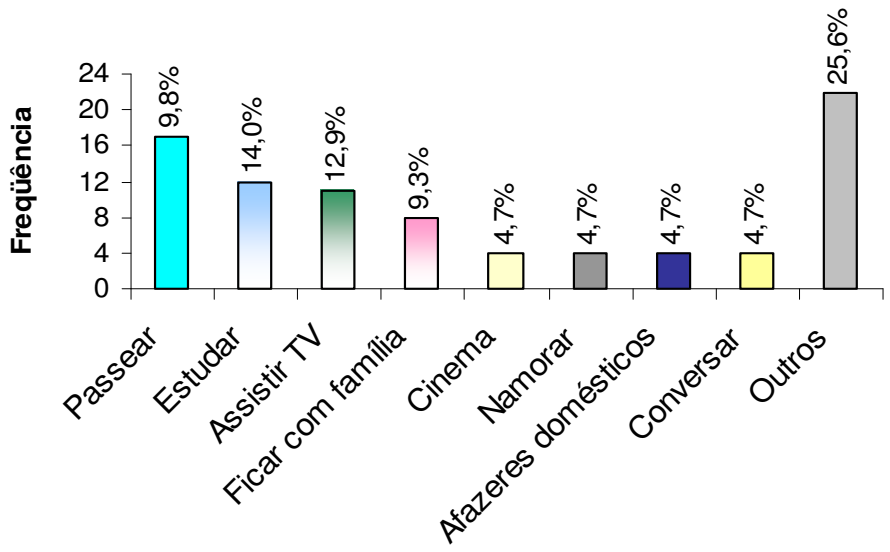


Gráfico 11 – Distribuição dos entrevistados segundo a utilização do tempo livre

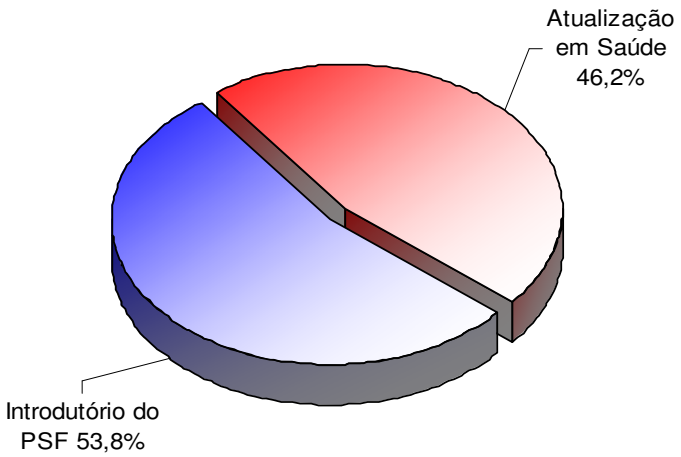


Gráfico 12 – Distribuição dos entrevistados em cursos e/ ou treinamentos sobre saúde

Quanto à participação dos entrevistados em cursos de saúde e treinamentos (gráfico 12) a maioria 83,88% participou em várias oportunidades de formação. Vale ressaltar que para fazer parte do Programa Saúde da Família todos os profissionais têm de fazer o curso introdutório, tornando-o uma ferramenta obrigatória para inclusão no programa. Esse curso é oferecido pela Regional de Saúde em parceria com o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Neste sentido, a formação continuada pode contribuir diretamente para o desenvolvimento da assistência, daí a importância das capacitações contínuas e das reformas curriculares sejam efetivadas na graduação e pós-graduação.

Quando perguntados se participavam de algum grupo ou associação, a maioria 58,1% dos entrevistados disse que não. Isto revela que, mesmo vivenciando um regime democrático, ainda há resistência contra a organização. Provavelmente o rebatimento desta falta de mobilização se dê pelo fato que em meados da década de 60 houve no País a ditadura militar, regime autoritário onde os direitos civis e políticos eram restringidos. Há, também, uma grande influência dos meios de comunicação que sinalizam que o caminho mais viável para o enfrentamento da crise institucionalizada passa pelo viés da individualidade, atribuindo o sucesso ou insucesso de cada pessoa a ela mesma.

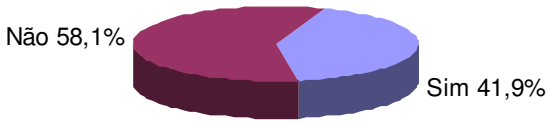


Gráfico 13 – Distribuição dos entrevistados segundo participação em grupos ou associações

No entendimento da pesquisadora essas questões mais gerais são evidenciadas tendo em vista que conhecer o modo de vida de cada entrevistado poderia dar elementos para compreender a sua atitude (ação) perante a política de saúde.

Desta forma, é com esse perfil que se processarão as análises dos aspectos conceituais de saúde, SUS, legislação, reorganização da saúde e PSF.

3.3 – As Visões dos Profissionais do Programa Saúde da Família de Santana do Matos em relação a Política de Saúde: Tensões e Impactos

Como já foi evidenciado anteriormente, o SUS é um sistema de caráter público formado por uma rede regionalizada de serviços, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob o controle dos seus usuários. Desta forma, o SUS tem por objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde no País, rompendo com um passado de descompromisso social e com a irracionalidade técnica administrativa. É essa a imagem que norteia o trabalho do MS e das secretarias estaduais e municipais.

Portanto, o SUS segue a mesma doutrina e princípios organizativos em todo o território nacional sob a responsabilidade das três esferas de governo. Assim, o SUS é um sistema que significa um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum: às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para que haja todo esse encadeamento lógico, o SUS tem sua base de sustentação nos pilares da universalidade, eqüidade e integralidade. Conseqüentemente, os princípios da regionalização, hierarquização, descentralização e controle social são evidenciados.

No entanto, para que o SUS se materialize surge em evidência o papel dos gestores (municipal, estadual e federal) encarregados de implantá-lo e fazê-lo funcionar adequadamente dentro das diretrizes doutrinárias, da lógica organizacional e dos princípios anteriormente citados.

Sinteticamente podem-se elucidar as principais responsabilidades dos gestores no nível federal, estadual e municipal.

No nível federal, o gestor é o MS e sua missão é liderar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e

necessidades nas diferentes regiões para a melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro, contribuindo para o seu desenvolvimento.

No nível estadual, o gestor é o secretário estadual de saúde, responsável pela coordenação das ações de saúde do seu estado. O seu plano diretor será a consolidação das necessidades propostas pelos municípios, através de planos municipais ajustados entre si.

Na esfera municipal cabe aos gestores programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Isto significa que o município dever ser o primeiro e o maior responsável pelas ações de saúde para a população.

Como os serviços devem ser oferecidos em quantidade e qualidade adequadas às necessidades públicas de saúde, ninguém melhor que os gestores municipais para avaliar e programar as ações de saúde em função dos problemas da população.

E para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as principais características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças mais freqüentes, como também as condições sócio-econômicas da comunidade, dos seus hábitos e estilos de vida, e a infra-estrutura de serviços disponíveis. Vale ressaltar que esse perfil foi apresentado no capítulo anterior.

O PSF vem se destacando estrategicamente na reorganização da atenção básica no município, representando uma concepção de saúde centrado na promoção da qualidade de vida, e conseqüentemente mantendo o compromisso com o acesso da população a todos os níveis da atenção.

E para que isso se concretize deve haver uma decisão política dos gestores com o respaldo de toda a equipe técnica, porém transformar essa decisão em atenção à saúde da população universal e resolutiva é conseqüência de um trabalho articulado da gestão municipal de saúde.

Portanto, o objetivo geral do PSF é

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

É com esse intuito que se apresenta o PSF como forma de resolver a crise do setor de saúde otimizando a relação custo-benefício através da mudança do objeto de atenção, da forma de atuação e da organização geral dos serviços.

O objeto de atenção passa do individuo para a família, entendida no espaço em que vive – o espaço-domicílio – considerado a âncora onde se estabelecem as relações intra e extrafamiliares, comportando os fatos relativos ao processo saúde-doença e permitindo uma intervenção de maior significação social.

A forma de atuação é baseada no trabalho em equipe, tendo um número limitado de famílias referenciadas. A partir das necessidades e dos fatores de risco da população adscrita, preconiza-se o planejamento de ações de enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença.

O programa, apresentado como porta de entrada do sistema local de saúde, se propõe a assumir a responsabilidade pela atenção integral da população da área de atuação (respondendo à demanda espontânea e programática) e reorganiza as ações e os serviços dos demais níveis de atenção. Utilizando o princípio da vigilância à saúde, pretende "identificar e intervir sobre os problemas de saúde e situações de risco a que a população está exposta, visando à melhoria progressiva das condições de saúde e a da qualidade de vida da população assistida", deslocando-se da atenção à doença para a atenção à saúde (BRASIL, 1997).

Ao trabalhar com um território de abrangência definido e uma população adscrita, objetiva também estabelecer vínculos e criar "laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da saúde e a população", de maneira que propicie a humanização das práticas de saúde e a melhor apropriação dos condicionantes do processo saúde-doença pelos profissionais (BRASIL, 1997).

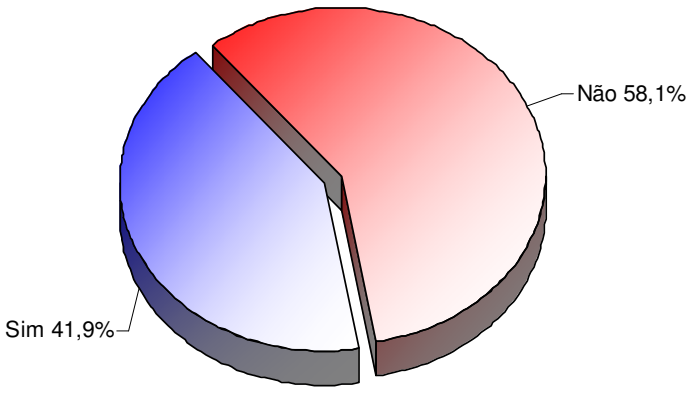


Gráfico 14 – Distribuição dos entrevistados segundo seu conhecimento da constituição federal de 1988

No gráfico 14 a maioria de 58,1%, declarou não conhecer o capítulo específico da Constituição Federal de 1988 que transforma o sistema de saúde em SUS, apesar de ter sido amplamente divulgado pelos meios de comunicação. A partir desse dado constata-se a necessidade de uma discussão mais aprofundada sobre as políticas sociais, e especialmente as políticas de saúde, uma vez que o conjunto de profissionais do PSF conta com pouco ou quase nenhum recurso para pensar e ou encaminhar alternativas ao trabalho profissional que realiza.

Quando se perguntou aos entrevistados o que seria saúde, as respostas foram:

Do total dos entrevistados, 3,2% não responderam; 61,3% assumiram a concepção de saúde como o resultado das condições de vida, um direito social e um dever do Estado. Vejam-se alguns depoimentos.

> Não é ser somente ausência de doenças, mas ter saúde com todas as condições de vida, saneamento básico, condições básicas de viver (M 01).

> Saúde é amplo, não é só ausência de doenças, outros fatores vão determinar se você tem saúde ou não (M 04)

> Para mim saúde não é só ausência de doenças até porque quando a gente trabalha na área a gente vê que não é só estar doente que uma pessoa pode ter vida saudável. Para ter saúde ela tem que ter várias coisas, ela tem que ter condições de vida, um tanto: diversão, lazer, educação, alimentação tudo isso é um conjunto de coisas que vai fazer com que aquela pessoa tenha saúde (ENF 02).

> É muito complexo o conceito de saúde. A gente sabe que saúde seriam todas as condições de saúde boa, moradia, lazer, emprego (ENF 05).

> Saúde é a gente está bem, é viver bem, é ter pelo menos o que comer no dia-a-dia, ter salário digno, ter direito ao atendimento (AENF 03)

> Saúde é um conjunto de fatores, como por exemplo: para você ter saúde, você tem que ter escola, lazer, trabalho (AENF 04).
>
> É cidadania, é ter direito a consultas, internamento, saneamento básico (ACO 03).
>
> Ter saúde é se alimentar bem, ter uma boa moradia, ter saneamento básico, ter higiene (ACS 01).
>
> É qualidade de vida, ter uma boa moradia, boa alimentação, um bom ambiente, tudo isso acho que cabe na saúde (ACS 04).
>
> É você ter direito político, religioso, social. Saúde é você ter um bom atendimento, ser respeitado por todo mundo (ACS 08).

Somente 19,4% definiram saúde como um bem-estar físico e mental, a concepção da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para a OMS, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Segundo Berlinguer (1996) somente no final dos anos 80, do século passado, os delegados do Estado do Vaticano e das nações muçulmanas propuseram à assembléia da OMS acrescentar às palavras “físico, mental e social” uma quarta categoria: a espiritual.

> É o bem estar físico, mental e social e, naturalmente, também ausência de patologia (M 02).
>
> É o bem estar físico, mental do ser (ENF 03).
>
> Saúde para mim é a gente estar bem com a vida, fisicamente, mentalmente, moral (ACS 05).

Apenas 16,1% dos sujeitos pesquisados definiram saúde como ausência de doenças. Vejamos como se expressaram:

> Saúde é não adoecer (ACO 01).
>
> É a falta de doença (AENF 01).
>
> Saúde é não ter doenças (AENF 02).

Nesta questão, a maioria dos profissionais concordam com o conceito de saúde ampliado, levando em consideração o modo de vida de cada indivíduo. Portanto, conclui-se que o grupo entrevistado tem uma concepção de saúde avançada, acompanhando o movimento histórico da política de saúde.

Quando se cruzou a variável escolaridade e o conceito de saúde representado encontrou-se o gráfico 15:

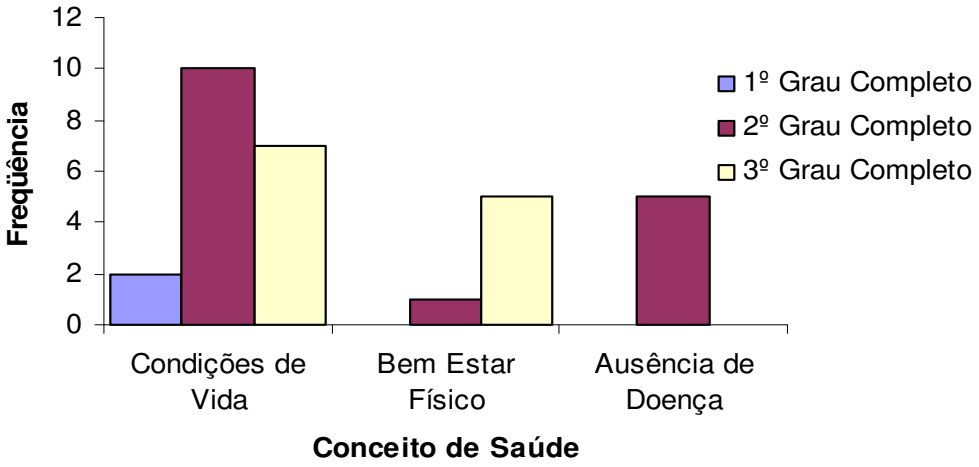


Gráfico 15 – Distribuição dos entrevistados segundo escolaridade x o conceito de saúde.

Observa-se que a visão de saúde relacionada à condição de vida prevaleceu em todos os níveis de escolaridade, destacando-se maior incidência nos entrevistados com o 2º grau completo. E a concepção de saúde como bem-estar físico, social, predominou no nível superior, seguindo do 2º grau completo. Enquanto que a concepção de saúde como ausência de doenças predominou nos entrevistados com 2º grau completo.

Quanto a definição do Sistema Único de Saúde, 38,7% responderam que foi um sistema criado para tentar organizar a saúde, ou seja, uma estratégia de mudança do antigo modelo de saúde; 25,8% opinaram que é um sistema público disponível a toda a população; 22,6% disseram que é um sistema de saúde para as pessoas que não têm nenhum plano de saúde ou a quem recorrer; 9,7% nada responderam e 3,2% associaram a uma aula chata no período da graduação.

Diante das mais variadas respostas, o que se pode observar foi que para todos os entrevistados o SUS significa avanço na teoria, enquanto que na prática são enfáticos em afirmarem que não funciona, conforme depoimento:

> É um modelo muito bonitinho se funcionasse e a gente sabe que não funciona, já melhorou muito, mas que na realidade deixa muito a desejar. Se funcionasse da maneira que foi elaborado, com certeza seria muito bom. A gente não estava enforcada com o plano de saúde (OD 02).

Aqui se revela como a classe média baixa está refém do seguro saúde. Eles priorizam tal investimento sempre pensando que no dia que precisarem serão

bem atendidos, não haverá entraves, porém sabe-se que a lógica do plano de saúde é o lucro, daí a política de saúde se torna uma mercadoria visando à rentabilidade, conseqüentemente a atuação sempre é nos níveis secundário e terciário.

No entanto, percebe-se que a maioria não associa a falência do sistema de saúde devido ao fato de que o sistema incluiu toda a população, mas, por outro lado, os serviços não foram ampliados, o que gerou uma demanda reprimida. Também se constata que os entrevistados não analisam o SUS dentro de uma conjuntura, inserido num movimento maior, onde as políticas sociais foram e estão sendo privatizadas pela política de viés neoliberal e acabam analisando o SUS como um fato isolado.

> É um sistema para toda a população, para todo mundo, para atender todas as necessidades sem diferenciar as classes sociais (M 01).

> Eu entendo assim o SUS, na verdade, como estratégia de mudar o antigo modelo de saúde (ENF 01).

> Sistema muito interessante a nível universal, onde todos têm direitos no papel e, na prática, um sistema um tanto quanto defasado. Vários problemas: falhas de materiais, a quantidade de profissionais insuficientes e agora tem este sistema que o município não pode ser atendido no outro, a não ser que mande uma guia e tal e eu questiono como é o SUS numa situação desta (M 02).

> O SUS é novo dentro da saúde que realmente tem uma metodologia muito boa, é para atender todas as pessoas da melhor forma possível, porém tem todos os entraves, começa a nível nacional até chegar a nível municipal (OD 01).

> Sistema de saúde público do País no papel perfeito e na prática por burocracia nem sempre funciona muito bem. Na verdade, na maioria das vezes não funciona tão bem como deveria funcionar por falta de controle político tanto a nível municipal, estadual e federal. Não tem vivência do que é a realidade (M 05).

Todos os entrevistados enfatizaram que a condição de vida de uma pessoa interfere na saúde de sua família. E essa condição está associada tanto a fatores internos (psicológicos e emocionais) e externos (sociais, econômicos) tais como: moradia, alimentação, lazer, renda, saneamento básico, trabalho, etc.

Quando foi perguntado aos entrevistados se percebiam diferenças entre os serviços de saúde oferecidos antigamente e os de hoje através do SUS, as respostas foram as seguintes: 90,3% afirmaram que havia diferenças e 9,7% não responderam. Às diferenças elucidadas estavam relacionadas a ampliação do direito, como ilustram alguns depoimentos. Na verdade, mesmo com todas as deficiências do SUS, os entrevistados reconhecem que houve avanços na prestação da assistência a saúde.

> Antigamente tinha os serviços que eram da classe trabalhista. Tinha INAMPS, INPS, eram feitos para aqueles trabalhadores de uma determinada empresa e suas famílias e as outras pessoas eram tidas como indigentes. Não tinha como chegar saúde. Hoje em dia não, o SUS abrange toda essa população, trabalhador, não trabalhador, pobre e rico (M 01).

> Com relação ao antes do SUS, não vivenciei muito isto, mas pelo que a gente vê na literatura, tem diferença, sim. Antigamente, pelo menos, estou lembrando agora, pra você ter direito a ser atendido você tinha que ter a contribuição (questão INAMPS). Se não tinha era visto como indigente, não tinha acesso. Hoje não, não importa se você tem ou não, você consegue ter acesso, ou fácil, ou difícil, acaba tendo acesso à saúde (ENF 02).

> Antigamente as pessoas, principalmente da zona rural, não tinham acesso, e hoje têm. Antigamente mulher não fazia pré-natal, criança não tomava vacina, crianças não eram pesadas, e muitas e muitas coisas. O idoso, muitas vezes, morava na zona rural e nenhuma consulta fazia, muitas vezes adoecia e ficava sem nenhum cuidado, e hoje sabe que tudo isso tem (ACS 01).

E a ampliação dos serviços expressa uma melhora que está diretamente relacionada à acessibilidade da população aos serviços, como também a ampliação das equipes, apesar de se ressaltarem alguns entraves na efetivação da política. Esses acontecem porque os serviços não foram ampliados na mesma proporção. Como demonstram alguns depoimentos:

> Expressa uma melhora na medida em que melhorou a acessibilidade da população. Como, por exemplo: em Santana do Matos antigamente se via uma enfermeira para todo o município, hoje em dia você tem equipes. Você não só tem um médico, então melhorou muito o acesso da população aos serviços de saúde (ENF 01)

> Antigamente existia a questão do segurado e do indigente. Hoje em dia não existe mais isso, todos têm direito por igual, ou bom, ou ruim, realmente foi um avanço. O ser humano não pode ser visto como uma coisa só porque não tem dinheiro para pagar uma consulta, e neste aspecto foi um avanço. (M 02).

> Apesar de tudo, mas melhorou em relação aos direitos, ao atendimento. Como eu disse agora: você chegava na unidade e não tinha mais fichas e não tinha como ser atendido, e hoje, através do PSF, as condições da saúde melhoraram. Ainda temos muitas dificuldades, mas melhorou. As dificuldades são as seguintes: os governantes não dão condições, muitas vezes de profissionais fazerem um bom trabalho, de desempenharem suas atividades (ACS 08).

Em relação ao processo de descentralização que vem ocorrendo na saúde, a maioria 64,5% que foi positivo; 6,5% negativo; 9,7% mais ou menos 19,4% não souberam ou não quiseram responder.

Apesar de a maioria afirmar que o processo é positivo (64,5%) visualiza-se uma não consistência nas respostas. Atribui-se que as mesmas estão reproduzindo os discursos veiculados pelos meios de comunicação; portanto, há um

desconhecimento sobre a questão com relação ao seu aprofundamento teórico. E também se passa a idéia de que a descentralização é somente responsabilidade dos gestores. Isso provavelmente acontece porque há capacitações para eles, no entanto, voltam aos seus municípios e não repassam as informações à equipe. Daí os executores da política não se sentirem co-responsáveis pelas mudanças na política de saúde.

> Porque, a partir do momento que você descentraliza, você dá autonomia ao município, né? O município é quem está mais próximo de seus serviços de saúde, então é positivo neste sentido. Até porque o município é quem sabe de suas necessidades e vai ter que investir naquilo que para ele é realmente necessário. E quando você tem o processo centralizado, ali no Estado, O Estado não sabe a realidade daquele município, ele não está diretamente ligado. Agora infelizmente não se dá ao município recursos suficientes para isso. Então seria o ponto negativo, mas o positivo é a questão da autonomia que está próximo aos serviços de saúde (ENF 01).

> Em alguns casos foi positivo e em outros negativos. Mas acho que melhorou só não sei como está sendo distribuída a verba, sinceramente não sei informar, eu acho eu melhorou (AENF 01)

> Eu acho positivo, dependendo dos gestores, eles estão vendo qual a maior necessidade no momento e cabe a eles verem e aplicarem os recursos, aplicar de uma maneira que seja conveniente com a situação (ACS 02).

> Tem um lado positivo e um outro negativo. Positivo: teoricamente, o governo municipal está mais próximo da população, então ele sabe o que realmente sua população precisa. Negativo: é que nem sempre os municípios têm pessoas capacitadas para cuidar da saúde, principalmente os municípios mais pobres, muitas vezes vêm pessoas sem nenhuma instrução, somente com secretário de saúde, às vezes é por pistolão político, ou não há ninguém capacitado num município pequeno para entender o que é saúde e cuidar da saúde. (M 05).

Todos os entrevistados definem o PSF como um programa criado pelo Governo Federal para primordialmente, levar a atenção básica a toda a população, melhorando assim o atendimento àquela comunidade mais distante, trabalhando com maior freqüência a parte preventiva, de modo que os assistidos tenham maior acesso.

> O PSF é um programa importantíssimo para a população, foi um tiro certo que o governo federal deu, apesar de algumas falhas ainda, mas a proposta de levar a saúde para as comunidades distantes, principalmente do interior do Estado, foi um avanço e uma oportunidade muito boa para muita gente. É interessante observar que o PSF tem uma função básica de prevenir doenças e não ficar só curando, isso é um obstáculo a ser vencido porque o povo está mal acostumado com a saúde curativa em detrimento da saúde preventiva (M 02).

> É um programa que veio e que melhorou muito, e que a gente tem o contato mais próximo da família, conhecer melhor, saber a sua história. Tem as questões das visitas, tentar amenizar aquele problema que a família está tendo, enfim a questão do ACS junto à equipe, a gente conseguiu formar uma equipe mais por dentro por estar numa área menor. Antes o nº de famílias era muito grande: às vezes eu nem conhecia quem eu atendia, não sabia o modo de vida e hoje melhorou bastante o contato, eles confiam mais pelo fato de estar próximo (AENF 02).

> O PSF neste introdutório, achei muito proveitoso. O programa que colocou os profissionais de saúde em contato com o povo, acabando aquela maneira tradicional só de consultas, o que procura ver tudo, aspecto cultural, sócio-econômico, enfatizam muito a prevenção. Prevenir o caso das doenças, fazer com que as pessoas se recuperem, e por fim o que faltava daquele “calor humano” que a população não tinha contato mais pero e hoje tem. A filosofia do PSF é exatamente de levar a saúde às todas as comunidades mais distantes, e antes ficava concentrado na cidade e hoje não. O PSF está funcionando e também está engatinhando, e acho que futuramente vai trazer bons resultados (M 03).

Em relação sobre como avaliam o PSF, o resultado encontrado foi o seguinte: 45,2% bom; 19,4% regular; 12,9% ótimo; 6,5% muito teórico e pouco

prático; 12,9% disseram que é muito cedo para fazer uma avaliação, pois o PSF só tem mais ou menos três anos na cidade e 3,2% não responderam.

Sobre esta questão, pode-se concluir que, apesar de a maioria dos entrevistados avaliar o PSF como um programa bom que veio dar assistência à população, tendo uma perspectiva de mudança no modelo de atendimento, nenhum dos sujeitos citou que utilizava no seu cotidiano ou avaliação as ferramentas disponíveis, como SIAB, SIA ,Pacto de Atenção. Portanto, questiona-se esse resultado, tendo em vista que essa mensuração está mais no plano da retórica do discurso, e por mais recente que seja o PSF, é necessária a utilização do planejamento estratégico como ferramenta de trabalho na elaboração das atividades, através de uma boa análise da conjuntura desenhando os diversos cenários possíveis, identificando os aliados e oponentes fazendo uma mediação entre a sua vivência e à leitura da realidade.

Todos os entrevistados ressaltaram que a demanda de atendimento de cada posto se dá mediante o agendamento dos grupos (diabéticos, hipertensos e gestantes entre outros), como também pelos grupos por ciclo de vida (bebês, crianças, adolescentes, mulheres em idade fértil, homens e idosos), enfatizando o trabalho educativo através de várias técnicas, como: palestras, vídeos e multirões, reforçando a cultura local para viabilizar e sensibilizar as comunidades sobre o cuidado de saúde, as situações que interferem nas suas condições de saúde e, como cada equipe tem um número limitado de famílias a assistir (população adscrita), de um modo geral facilita-se o entrosamento entre a equipe e a população, o que valoriza a ação comunitária em detrimento da individual.

Na verdade, os profissionais do PSF em Santana do Matos enfrentam algumas tensões e impactos no exercício de suas atividades, haja vista que na política de saúde há dois projetos distintos que orientam a sua estruturação e implementação dessa política social e que convivem em luta no seu interior.

O primeiro de caráter universalista e democrático, é respaldado pela Constituição Federal de 1988 e aposta no avanço da democracia fruto dos movimentos sociais. Esta concepção tem respaldo nos princípios da participação e do controle popular, da universalização dos direitos garantindo a gratuidade dos serviços e a integralidade das ações voltadas à defesa da cidadania de todos na perspectiva da equidade.

O outro projeto está pautado na corrente neoliberal, em que os direitos sociais, para serem atendidos, permanecem condicionados ao mercado ou, por que não dizer, à relação custo/ beneficio, levando sempre a uma subordinação das necessidades sociais à lógica empresarial.

Outra tensão que se precisa levar em consideração é que na Constituição Federal do Brasil de 1988 o sistema de seguridade está pautado em três eixos: saúde, previdência e assistência, que comporta princípios/ diretrizes assim como: a saúde tem acesso universal; o acesso a previdência é através dos direitos do trabalho formal e na assistência o acesso é seletivo e circunstancial vinculado aos mínimos sociais e voltados aos segmentos mais pauperizados da população.

Diariamente, os profissionais do PSF defrontam-se com segmentos das classes trabalhadoras que buscam atendimento de saúde por adoecerem com mais freqüência devido às suas condições de vida, resultando uma demanda maior pelos serviços. Porém esse panorama se confronta com a restrição de recursos para as

políticas sociais, coerente com os pilares da reforma do Estado que provocam o desmonte das políticas públicas de caráter universal, ampliando a seletividade típica dos programas de combate à pobreza.

Com isso, agrava-se a questão social, e como resposta o Estado passa a utilizar estratégias de focalização, privatização e desconcentração das políticas sociais, nem sempre acompanhadas da correspondente descentralização de recursos para os estados e municípios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desta pesquisa, procurou-se enfocar a opinião que os profissionais da equipe do Programa Saúde da Família (PSF) de Santana do Matos têm sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) buscando conhecer, identificar até que ponto a equipe do Programa reconhece os avanços, seus desafios e o seu papel enquanto parte integrante na implementação da política de saúde.

Nos últimos anos, o PSF tornou-se a proposta mais importante de mudança do modelo assistencial em saúde no País, tendo como principal objetivo reorganizar a prática assistencial na Atenção Básica, incorporando as propostas de vigilância e tentando contemplar o princípio da integralidade.

O programa em Santana do Matos preocupou-se em estabelecer uma vinculação com as famílias, buscando conhecer as suas condições de saúde e de vida, e de forma articulada, desenvolver estratégias para viabilizar o acesso da população às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Portanto a ação está centrada na família, no domicílio inserido nas micro-áreas de atuação dessas equipes, evidenciando fenômenos relacionados ao processo saúde-doença, tais como: conflitos, condições de infra-estrutura, aspectos sócio-econômicos, culturais, dentre outros.

A convivência com essa realidade vem possibilitando às equipes uma compreensão ampla do processo saúde/doença e a necessidade de intervenções além das práticas curativas, entendendo o programa como uma estratégia de

reorganização do sistema municipal de saúde e de promoção à saúde, a partir da atenção básica.

Consequentemente, o PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS, no entanto, no seu cotidiano, o programa ainda não rompeu na sua totalidade com o modelo curativo, reforçado pela cultura hospitalocêntrica e medicocêntrica.

Ao longo deste trabalho pode-se concluir que os profissionais do PSF, por mais que tenham uma visão positiva e ampliada do conceito saúde e do SUS, carecem de um entendimento total do sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, o que dificulta sua atuação junto aos usuários.

Desta forma, para a superação desses obstáculos, sugerem-se ações de capacitação que façam um aprofundamento teórico (individual e coletivo) em relação ao processo de descentralização/ municipalização como forma de subsídios e entendimento de todo o sistema, uma vez que os atores são essenciais à efetivação da política de saúde.

O perfil epidemiológico de Santana do Matos revelou um quadro complexo de doenças havendo ao mesmo tempo doenças crônicas-não transmissíveis e doenças infecciosas. Faz-se necessária uma atuação mais enérgica dos gestores juntamente com a sociedade civil organizada para reverter o quadro sanitário revelado.

Torna-se necessário que os gestores compreendam que outros profissionais (bioquímicos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos) devem integrar as equipes do PSF, deixem de alegar falta de dotação orçamentária para sua inclusão, mesmo que o Ministério da Saúde não disponibilize os incentivos financeiros.

A partir dessas considerações acerca da política de saúde e do PSF apresentam-se algumas recomendações para os executores do Programa em Santana do Matos, quais sejam:

- Estabelecer alianças com os setores que defendem a saúde como direito de todos e dever do Estado;
- Participar nos fóruns específicos, como também, nas conferências de saúde de forma articulada com os demais sujeitos coletivos;
- Fazer parte dos fóruns de controle social da saúde;
- Investir mais na qualificação e atualização profissional para que possa dar respostas qualificadas ao seu trabalho, se apropriando da literatura específica da área da saúde (Constituição, LOS, etc);
- Formar periodicamente grupos de discussão sobre a política de saúde, buscando alternativas viáveis para o cotidiano profissional;
- Manusear as ferramentas básicas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde a fim de monitorar e avaliar o seu trabalho no cotidiano;
- Fomentar cursos sobre planejamento estratégico para subsidiar a elaboração das atividades da equipe.

Mesmo reconhecendo as limitações da investigação, considera-se o registro da experiência como uma contribuição ao debate sobre essa temática, dialogando com os mais diversos setores da sociedade para desvendar e aprimorar a atuação profissional no campo da saúde pública.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Dayse Santos. **A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde**: um novo paradigma? Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998.

ARAÚJO, Tânia Bacelar. **Descentralização e Reforma Agrária**: Um Processo em Discussão. Recife, 1988.

ALMEIDA, Naomar F. Uma Breve História da Epidemiologia. In:_____. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p 1-13.

ALVES, Gizélia O. Santos; OLIVIERA, Maria Suzanete F; SILVA, Rita Araújo de A.; SILVA, Valéria Marinho da. **Opinião dos Usuários Sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Norte**. Monografia (Especialização em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 1991.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER; GENTILI (orgs). **Pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o Estado democrático. São Paulo: Paz e Terra, 1995. p. 09-23.

ARRETCHE, Marta et al. **Descentralização das Políticas Sociais no Brasil**. São Paulo: Fapesp, 1999. 184p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa Mundial de Saúde**. Primeiros Resultados. Disponível em <http://www.fiocruz.br/ccs/novidades/abril/05/pesquisa_gab.ppt>. Acesso: abril de 2005.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Síntese dos Indicadores Sociais. Disponível em: <http:// www.ibge.gov.br>. Acesso: maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Disponível em: <http://www.datasus.gov./siab/siab.htm>. Acesso: novembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Disponível em: <http://dtr2002.saúde.gov.br/bvs/pub_assunto/atençalo_bas.htm>. Acesso: novembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto da Atenção Básica**. Disponível em: <http://www.portal.saúde.gov.br/saúde/arquivos/pdf/psf_info>. Acesso: novembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. DAB/SPS/MS. Disponível em <http://www.portal.saúde.gov.br/saude/arquivos/pdf/planilhaspsf_setembro_2004.pdf>. Acesso: setembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf>. Acesso: novembro de 2003).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.507**, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão do Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 267**, 06 de março de 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família** – PSF, 2001. 33p. Disponível em: < http://www.saude.gov.br>. Acesso: junho de 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444**, 28 de dezembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988.Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília**, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC DO SUS**: Doutrinas e Princípios. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família:** saúde dentro de casa. Brasília, 1994.

BRAVO, Maria Inês. S. et al (Orgs). **Política Social e Democracia**. 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: TEIXEIRA, Sônia (Orgs). **Saúde e Democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CAPISTRANO, David. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. **Estudos Avançados**. V.13, n 35, São Paulo, 1998.

CAPOZZOLO, Ângela P. **No Olho do Furacão**: trabalho médico e o programa saúde da família. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Universidade de Campinas, Campinas, SP,2003.

CARVALHO, Alba M. P. A questão social e suas implicações na construção da seguridade social pública. **Revista Tempo Presente**, Natal, v.1, maio, 2001.

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **O CFESS Manifesta:** o Radar Social e o Fim do Mito. Disponível em: <www.cfess.org.br> Acesso: abril de 2005.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL – 14ª REGIÃO. Lei Orgânica da Saúde. **Coletânea de Leis**. Natal, RN, 1999.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O elo invisível dos processos de trabalho no SUS em Natal (RN)** – Um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na área de saúde nos anos 90. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1988.

FOSSA, Maria; Bezerra, Gercina. Reposição da Força de Trabalho no Rio Grande do Norte (1991 a 2201**)**. **Revista Electrônica de Geografia Y Ciências Sociales – Scripta Nova**. Barcelona, v. 6, n 119, 2002.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família: Contradições e Novos Desafios. In: **CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA**, São Paulo. Anais da Associação Paulista de Saúde Pública, 2000. p 145-154.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Experiências em Saúde da Família**: cada caso é um caso? Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JOVCHELOVITCH, Marlova. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, SãoPaulo, ano XIX, n 56, 1998.

_____, Marlova. **Municipalização e saúde:** possibilidades e limites. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1993.

LAURELL, Asa Cristina. **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do Saber**: Manual de metodologia a pesquisa em ciências humanas. Tradução: Heloísa Monteiro; Francisco Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; Belo Horizonte UFMG, 1999.

LEVCOVITZ, Eduardo et al. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde Pública da Família**, Brasília, Ano 1, nº 1, 1996.

MACHADO, Lucinéia Machado. O Programa Saúde da Família no Distrito Federal na Voz dos Seus Atores. **Revista Ser Social**, Brasília, v.10, jan. /jun, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda Para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

_____. As Políticas de Saúde nos Anos 80: A Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal. In:_____. **Distrito Sanitário:** O Processo Social de Mudanças da Política Sanitária do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MONTEIRO, José. **Inquérito Nutricional do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

NETTO, José P. FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras. In:_____. **O Desmonte da Nação:** Balanço do Governo FHC.Petrópolis: Vozes, 2000. p. 75-89.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. In:_____. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p 489-503.

_____. Medicina Familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política: In: _____. **Saúde, crises e reformas**. Salvador: UFBA, PROED, 1996.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas de Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>. Acesso: janeiro de 2005.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIBEIRO, Renato J. O Poder Público Ausente: a TV nas Mãos do Mercado. **Cadernos de Nosso Tempo**, Rio de Janeiro, v 2, n 5, 2001.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. Coordenadoria de Planejamento e Controle do Sistema de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Natal, 2003.

ROCHA, Nadja de Sá P.D. **Análise do Programa Saúde da Família no Município de Natal – RN**: Inovações assistenciais? Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

RONCALLI, Ângelo G. **A Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal**: universalidade, eqüidade e integralidade em saúde bucal coletiva. Tese (Doutorado em Odontologia). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba (SP), 2000.

ROUQUAYROL, Maria Zélia et al. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In:_____. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p 15-30.

SADER, Emir et al. **Pós-neoliberalismo**: As Políticas Sociais e o Estado Democrático. São Paulo: Cortez, 1995.

SILVA, Sílvio F. da. **Municipalização da Saúde e Poder Local**: Sujeitos, Atores e Políticas. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SINA, Amália. **Mulher e Trabalho: o** Desafio de Conciliar Diferentes Papéis na Sociedade. Rio de Janeiro: Saraiva, 2005.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. Informe Epidemiológico do SUS.. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998.

_____. **Reforma Sanitária**: em busca de uma Teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

TOBAR, Frederico. O Conceito de Descentralização: uso e abusos. **Planejamento e Políticas Públicas**, São Paulo, n 5, p 31-51, jun, 1991.

VASCONCELOS, Cipriano M. **Atores e Interesses na Implementação da Reforma Sanitária no Rio Grande do Norte**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 1997.

VIANA, Ana Luzia D'ávila et al. A Reforma do Sistema Único de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS**, Rio de Janeiro. v. 8, n.2, p. 11-48, 1998.

VIANA, Valdilene Pereira. **A Universalidade do Direito à Saúde no Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)**. Tese. (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal do Pernambuco. Recife, 2004.

VIEIRA, Evaldo. As Políticas Sociais e os Direitos Sociais no Brasil: Avanços e Retrocessos. **Revista Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, n. 53, p 67-73, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Geneva: World Health Organization, 1978.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

*** Este Roteiro de Entrevista serve de Base para uma Pesquisa que Investiga a Visão que os Profissionais do Programa Saúde da Família de Santana do Matos têm sobre o Sistema Único de Saúde

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I – IDENTIFICAÇÃO:

01) Data:

02) Procedência: ( ) Urbana ( ) Rural

03) Equipe do PSF:

04) Idade:

05) Escolaridade:

06) Curso:

07) Ano que terminou o curso:

08) Motivos que levaram a fazer o curso:

09) Estado Civil: ( ) Solteiro (a) ( )Casado (a) ( ) Outros: _____

10) Possui Filhos: ( ) Sim ( ) Não. Quantos?

11) Religião:

II – MODO DE VIDA:

12) O que você faz no seu tempo livre? Relacione 03 (três) tipos de lazer por ordem de preferência.

13) Você assiste televisão? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais os programas? Relacione por ordem de preferência.

_____

14) Escuta rádio? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais os programas? Relacione por ordem de preferência

_____

15) Qual o último livro que você leu sobre saúde?

16) Participa das atividades de algum grupo ou associação?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais?

Se não, por quê?

III – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:

17) Participou de algum treinamento, seminário, curso sobre saúde?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais?

Se não, por quê?

18) Qual o seu entendimento sobre o SUS?

19) Você sabe o que a Constituição Brasileira de 1988 assegura com relação à saúde? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, o quê?

20) Qual o seu entendimento sobre saúde?

21) Você acha que a condição de vida de uma pessoa interfere na saúde da família? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, como?

22)Sr. (a) vê diferença entre os serviços de saúde oferecidos (prestados) antigamente e o de hoje através do SUS? ( )Sim ( ) Não

Se sim, poderia relacionar alguma (s) dessa (s) diferenças (s)?

_____

Se não, por quê?

_____

23) Na sua compreensão algumas dessas diferenças expressam melhora ou piora?

Se sim, quais?

Se não, por quê?

24) O processo de descentralização da saúde na sua opinião foi positivo ou negativo. Justifique a sua resposta.

25) O que você sabe sobre o PSF?

26) Diante de sua experiência como integrante do PSF, como você avalia o PSF?

27) Se você coordenasse o PSF, faria alguma mudança?

Se sim, o que, quais e como?

APÊNDICES

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo