

série técnica

# Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

# Apresentação

A Organização Pan-Americana da Saúde — OPAS, exercendo sua atribuição de apoiar um sistema de saúde democrático, integral e equânime, entende que a concretização desta ação, no Brasil, é direcionada ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, a missão da Opas no Brasil, um país de extensão continental e com um sistema de saúde em processo de permanente construção, requer um exercício contínuo da gestão do conhecimento, que permita a troca de experiências e a reflexão crítica e criativa sobre ações inovadoras, visando a melhoria de políticas e serviços públicos de saúde.

Assim, o Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS apresenta a Série Técnica como uma das atividades de gestão do conhecimento, necessária à construção e à consolidação deste sistema de saúde. Esta Série Técnica se propõe divulgar documentos analíticos, relatórios de reuniões e seminários, pesquisas e estudos originais que fortaleçam o debate de questões relevantes, buscando destacar processos de formulação e implementação de políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, a redução de desigualdades e o alcance da equidade.

Brindamos a comunidade de saúde pública do país e da Região das Américas com esta publicação. Esperamos que possa se tornar um espaço vivo de apoio à construção do SUS no Brasil e que proporcione visibilidade e acesso aos produtos concretos advindos da Cooperação Técnica da OPAS.

Sigamos avançando na conquista da qualidade de vida e saúde da população.

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE — SAS  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA — DAB

série técnica

# Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA  
E SAÚDE FAMILIAR: CASO BRASIL

8

BRASÍLIA — DF  
2004



Organização Mundial da Saúde (OMS)  
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Ministério da Saúde – Brasil  
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
Departamento de Atenção Básica (DAB)

## EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE FAMILIAR: CASO BRASIL

Organizadores

Juan Seclen

*Médico epidemiologista, especialista em  
qualidade e avaliação de sistemas e serviços  
de saúde*

Afra Suassuna Fernandes

*Diretora do Departamento de Atenção  
Básica/SAS/MS.*

Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8

BRASÍLIA – DF  
2004

Elaboração, distribuição e informações  
Organização Pan-Americana da Saúde  
Organização Mundial da Saúde  
Setor de Embaixadas Norte, 19  
70.800-400 - Brasília - DF  
<http://www.opas.org.br>  
Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS  
<http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm>  
1. Coordenador do Projeto  
Júlio Manuel Suárez  
2. Conselho editorial  
Ministério da Saúde  
OPAS/OMS  
3. Equipe Técnica/OPAS:  
Luciana de Deus Chagas  
Rosa Maria Silvestre  
4. Equipe Técnica/MS:  
Camilla Sá Freire  
Danusa Fernandes Benjamim  
5. Colaboração/MS  
Maria Fátima Sousa  
6. Normalização  
CEDOC/OPAS  
7. Revisão  
Manoel Rodrigues Pereira Neto  
8. Capa, Projeto Gráfico e DTP  
Wagner Soares da Silva  
9. Tiragem:  
5.000 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação  
da Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

M 689      Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil.  
                 Afra Suassuna Fernandes/Juan A. Seclen-Palacin (orgs.). Brasília:  
                 Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

Xxp.: il.; 26 cm. — (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de  
Sistemas e Serviços de Saúde, 8)

Inclui bibliografias

ISBN

1. Políticas de saúde 2. Serviços de sistema. 3. Sistemas de saúde. 4.  
Saúde da Família I. Fernandes, Afra Suassuna. Seclen, Juan. orgs. II.  
Organização Pan-Americana da Saúde. VI. Série.

NLM: W84

2004 © Organização Pan-Americana da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

## SUMÁRIO

PREFÁCIO .....	07
APRESENTAÇÃO .....	09
INTRODUÇÃO .....	11
CAPÍTULO 1	
ENFOQUE DA SAÚDE DA FAMÍLIA E SEU POTENCIAL DE CONTRIBUIÇÃO NO ALCANCE DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO	
Juan A. Seclen-Palacin .....	15
ANEXO .....	31
CAPÍTULO 2	
INTEGRALIDADE E REDES DE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR	
Elisete Maria Ribeiro, Eliane Regina da Veiga Chomatas e Michele Caputo Neto .....	37
CAPÍTULO 3	
A EXPERIÊNCIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTÍMULO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA-BA	
Jussara Barros Oliveira, Stael Cristine Gusmão .....	63
CAPÍTULO 4	
AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM VITÓRIA DA CONQUISTA – BAHIA – BRASIL	
Simone Andrade Teixeira .....	77
CAPÍTULO 5	
REDE BRASILEIRA DE HABITAÇÃO SAUDÁVEL: HABITAÇÃO SAUDÁVEL COMO ESTRATÉGIA SINÉRGICA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL	
Simone Cynamon Cohen, Szachna Elias Cynamon, Débora Cynamon Kligerman, Luís César Peruci do Amaral, Lauro Mesquita e Luísa Perciliana Ribeiro .....	103
CAPÍTULO 6	
ENFERMIDADES NÃO-TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO BÁSICA – NOVO DESAFIO PARA O PSF	
Maria Lúcia Carnellosso, Maria Alves Barbosa, Ana Luíza Lima Sousa, Estelamaris Tronco Monego e Magna Maria Carvalho .....	117

**CAPÍTULO 7**

**CÍRCULOS VIRTUOSOS E BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Flavio A. de Andrade Goulart ..... 127

**CAPÍTULO 8**

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL  
– CEARÁ – BRASIL: PRINCIPAIS AVANÇOS E DESAFIOS NA PERSPECTIVA DE PRODUZIR MUDANÇAS  
POSITIVAS NA SAÚDE.**

Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, Neusa Goya,  
Tomaz Martins Júnior ..... 143

## PREFÁCIO

A experiência de saúde familiar e o fortalecimento do atendimento primário no Brasil têm despertado a necessidade de serem sistematizados e difundidos entre os interessados em saúde pública nas Américas.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contribuir com os princípios operacionais de saúde familiar dirigidos à melhoria do acesso, à resolução das demandas em saúde, ao estímulo à participação social e à contribuição para a redução das desigualdades coincide plenamente com as políticas e esforços internacionais por melhorar a qualidade de vida da população.

A OPAS vem acompanhando, na Região das Américas, iniciativas diversas dentro do espectro das reformas em saúde, incluindo as propostas de atendimento primário. É sumamente destacável que os processos de gestão, financiamento, organização e provisão de serviços baseados em ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e manejo de doenças com resolutividade e qualidade têm permitido mudanças no nível de saúde da população brasileira, ainda que existam desafios diversos próprios de um esforço em construção.

Por isso, a Organização tem grande prazer em participar desta iniciativa, pois considera que as experiências resumidas neste texto são de crucial valor na idéia de fortalecer as iniciativas de melhoria dos sistemas locais de saúde das Américas.

**Horácio Toro**

Representante da OPAS no Brasil



## APRESENTAÇÃO

Desde 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil vem experimentando mudanças e inovações em aspectos de gestão, organização e financiamento de seus serviços, respondendo aos princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação social. Nesse contexto, destaca-se a implementação e expansão da Estratégia Saúde da Família no âmbito do nível primário de atendimento.

Segundo seus postulados de ação, a Saúde da Família constitui o eixo articulador do sistema de saúde em seu conjunto e a porta de entrada do atendimento. Também favorece uma maior aproximação dos serviços à sociedade civil, promovendo sua participação efetiva na perspectiva de melhorar sua qualidade de vida. A estratégia propõe a reorganização do atendimento primário para ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças, resolutividade na assistência e recuperação. A qualidade do atendimento é um dos horizontes imediatos.

As experiências da implementação e funcionamento da estratégia no Brasil são diversas em sua dinâmica, evolução, fortalezas e desafios de gestão. Por isso, torna-se necessário documentar esta experiência e difundi-la no palco de saúde pública nacional e internacional, a fim de contribuir para sua consolidação e legitimidade sanitária e social.

Este documento resgata experiências locais e é um produto do desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no Brasil visto sob diversos aspectos: gestão, organização e prestação do serviço, relação com a comunidade, lições aprendidas e desafios futuros.

A publicação também pretende destacar a experiência e localizá-la dentro do contexto das reformas dos sistemas de saúde de atendimento primário na América Latina.

Humberto Costa  
*Ministro da Saúde*



## INTRODUÇÃO

A qualificação da atenção à saúde é um dos principais desafios colocados para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tal, a Saúde da Família tem-se constituído em uma estratégia essencial no âmbito da Atenção Básica.

A Saúde da Família se reflete na efetivação dos princípios da descentralização e integralidade, pois objetiva a constituição de uma ampla rede assistencial regionalizada, partindo de garantia da atenção básica à saúde em cada município do país, devendo constituir-se como o primeiro nível de atenção à saúde, e estar inserido numa rede assistencial. Dessa maneira, a Estratégia Saúde da Família tem sido responsável pela reorientação de toda a rede SUS, evidenciando diferenças loco-regionais do país, e apontando para as necessidades de investimentos, seja na área de apoio diagnóstico, seja nos demais níveis de complexidade do sistema.

Aos profissionais, as ações em Saúde da Família explicitam a necessidade de constituição de novos padrões de relacionamento entre esses e a população, que devem estar baseados na territorialização, no vínculo, na participação popular no controle social.

A Saúde da Família, portanto, desponta como uma estratégia catalisadora, que conforma a possibilidade de transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil e tem provocado profundas reflexões e mudanças, nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros. É uma estratégia que tem colaborado para a efetivação da máxima constitucional que preconiza a Saúde como um Direito Social.

No campo teórico, tem servido de objeto de muitos estudos e análises, mas, acima de tudo: tem estimulado repensar o arcabouço da formação e educação dos profissionais de saúde, culminando na organização de novas estratégias de educação, em especial a Educação Permanente; tem sugerido novas metodologias de gestão das práticas e dos recursos, como os Pólos de Educação Permanente; e tem suscitado a implantação de novas propostas curriculares e metodológicas, tanto na graduação como na pós-graduação.

No campo das práticas de saúde, constitui-se como o grande desafio de superação do modelo pautado na Biomedicina, visto que objetiva a constituição de uma atenção à saúde que aplique os diversos sentidos em que a Integralidade tem sido compreendida no SUS. Nesse sentido, destacam-se: a superação da visão fragmentada do ser humano para a compreensão integral na dimensão orgânica individual, familiar e coletiva, e, portanto o resgate da prática generalista; a contextualização e compreensão dos processos de

saúde e doença a que estão expostos os indivíduos dentro de sua realidade local, comunitária e familiar, baseando as práticas coletivas; a necessidade de mudança na organização dos serviços e da oferta das ações de saúde ora fragmentadas, para a constituição de ações integradas que incluam ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, e que estejam inseridas em novas redes familiares e sociais que servirão de base para a constituição do cuidado em saúde.

No campo político-administrativo, tem sido cada vez mais compreendida como a principal estratégia de organização do SUS, exigindo um amplo debate analítico e reflexivo para a superação de problemas oriundos de sua implantação, num constante empenho da gestão, da academia, das entidades e da sociedade organizada, especialmente nos Conselhos e Conferências de Saúde.

São inegáveis os avanços, como a constituição de uma rede SUS fora do ambiente hospitalar. Numa breve análise, a Saúde da Família, que surge em meados da década de 1990 como uma alternativa de atenção à saúde, ainda na perspectiva das respostas compensatórias de focalização, desponta hoje como alternativa estruturante, reorientadora, organizadora do sistema de saúde brasileiro.

Para que isso se efetive verdadeiramente, o debate acerca da Saúde da Família não pode eximir-se da necessidade de superação de problemas hoje fundamentais, como: a) a urgente demanda de qualificação da rede ora implantada, tanto na perspectiva do profissional de saúde que deve estar inserido a um processo de Educação Permanente, quanto na necessidade de readequação físico-estrutural; b) a constante reavaliação do arcabouço jurídico-legal brasileiro, que tem impossibilitado a expansão e qualificação da estratégia e colaborado com a precarização das relações trabalhistas; c) a necessidade de criação de mecanismos que venham melhorar as respostas às situações de desigualdade da nação brasileira, como as questões da Amazônia Legal, dos assentamentos rurais, dos remanescentes de Quilombos, das periferias dos grandes centros urbanos, entre outros; d) a necessidade de flexibilizar a composição das equipes, dada a imprescindível prática multidisciplinar; e, por fim, e) repensar formas de financiamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação que possam cada vez mais tornar a estratégia efetiva.

Os artigos que compõem essa publicação descrevem análises sobre diferentes experiências em diversos contextos de implantação da estratégia Saúde da Família, e têm como objetivo contribuir para o debate nacional sobre os diversos enfoques comentados anteriormente. Não pretende de forma alguma esgotar possibilidades de análise, mas coletivizar essas experiências e ampliar a discussão sobre o tema.

---

A parceria entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem sido fundamental na observação dos elementos que determinam a realidade do setor Saúde em toda a América Latina. A realização de publicações desse cunho busca preencher lacunas entre o espaço tempo que decorre entre a formulação da estratégia, sua implantação efetiva e a reflexão acadêmica e dos serviços sobre ela. Pretende compartilhar elementos que venham contribuir para o desenvolvimento dos diversos sistemas locais de saúde que compõem o SUS, acreditando que é possível tornar realidade o ideal do arcabouço constitutivo da Estratégia Saúde da Família no Brasil: a efetivação da Atenção Básica à saúde no SUS.

**Dr. Jorge Solla**

Secretário de Atenção à Saúde/MS

**Dra. Afra Suassuna Fernandes**

Diretora do Departamento de Atenção Básica/MS



---

# CAPÍTULO 1

## ENFOQUE DA SAÚDE DA FAMÍLIA E SEU POTENCIAL DE CONTRIBUIÇÃO PARA O ALCANCE DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

Juan A. Seclen-Palacin

*Médico Epidemiólogo. Unidade de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Representação no Brasil.*

---

### ■ Introdução

O aumento da pobreza e da iniquidade social teve como consequência o fato de que uma maior proporção da população vem tendo menor acesso aos serviços de saúde. Estas mudanças exigem uma reavaliação dos enfoques tradicionais que guiam os modelos de atendimento e seus conteúdos. Os novos métodos que se adotam devem incluir instituições sociais que possam apoiar iniciativas e intervenções em saúde participativas, tendo em conta a diversidade étnico-cultural. Diante disso, faz-se necessário somar os esforços entre os Estados, as diversas organizações internacionais financeiras e de cooperação técnica e a sociedade civil para garantir o direito ao atendimento e um melhor estado de saúde dentro de uma concepção de justiça social.

### ■ Enfoque de Saúde da Família e sua inserção no modelo de atenção à saúde

#### Que se entende por família?

Considera-se que a família é a unidade social básica por excelência, conformada por um grupo de pessoas unidas por laços consangüíneos, geográficos e/ou sociais que compartilham um palco comum de vida.

A família constitui o palco social de maior relevância na vida dos indivíduos; sua conformação, dinâmica comunicacional, relações entre seus membros e seus valores dependem de condutas relacionadas, entre outros aspectos, com a saúde.

A família é o meio básico onde se estabelecem as bases do comportamento e decisões em matéria de saúde e onde se originam a cultura, cultivam-se as bases educacionais, os valores e se expõem as normas sociais básicas.

### **Papel da família na saúde, risco e enfermidade**

Em várias reuniões e encontros internacionais, sobretudo no último decênio, o tema de família foi amplamente abordado. As declarações destes encontros estipulam que a família, por ser a unidade básica da sociedade, é merecedora de proteção e apoio integrais, e deve se fortalecer; assim na Declaração do México (2000) propõe-se que se realizem atividades de promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida e que se estabeleçam políticas públicas favoráveis à saúde, com vistas ao fortalecimento da família (OPS, 2003).

A família influi na adoção de hábitos, estilos e condutas relevantes no processo de saúde, risco e doença. Os indivíduos vêem a família como seu palco mais próximo onde se encontram valores, interpretações, percepções, modelos de conduta, orientações, proteção ante os desafios diários da vida e de processos relacionados com a saúde, o bem-estar e a doença.

O papel da família em saúde é inquestionável, e a adoção de atitudes favoráveis ou de riscos para a saúde se relaciona com a dinâmica biossociocultural da família. A fragmentação na conformação e a dinâmica familiar se relacionam com problemas socio sanitários entre seus membros: violência intrafamiliar, uso de drogas, alcoolismo, prostituição, gravidez precoce, abandono escolar, desnutrição, para citar algumas de maior prevalência; infelizmente as conseqüências negativas de tais situações transpassam a fronteira do individual.

A família também influi em aspectos positivos para a saúde; por exemplo, a adoção de estilos de vida saudáveis é maior em famílias onde alguns de seus membros têm conhecimentos e condutas positivas. Na população peruana, notou-se que a atividade física esportiva é maior entre os membros de uma família quando o chefe familiar é esportista (SECLLEN & Jacoby, 2003). Inversamente, a família pode influir em hábitos alimentícios inadequados, pobre atividade física, tabagismo, consumo de álcool e drogas, entre outros.

A família tem impacto, positivo ou negativo, sobre seus membros durante todo seu ciclo de vida, isto é, desde o período gestacional até a velhice, o que tem importância no entendimento dos problemas em saúde e sua abordagem integral.

Nas Américas, os fatores culturais das famílias repercutem significativamente no acesso à saúde e nas atitudes saudáveis; por exemplo, as mulheres podem dar menos prioridade a suas necessidades em saúde que a outras necessidades familiares como a alimentação e a educação.

## **Estrutura e dinâmica familiar**

A estrutura familiar considera a composição familiar e seu meio físico cotidiano; vale dizer que os chefes de família (pais), seus descendentes (filhos) e os parentes (consanguíneos ou de outra natureza) fazem parte constitutiva e permanente da família. Este aspecto é de valor no sentido de oferecer as condições primárias para a construção de valores, práticas sociais e de cidadania ao interior da família.

A dinâmica familiar se relaciona com outra dimensão, a das relações entre os membros da família; aqui os aspectos comunicacionais e de relação social, o estabelecimento de princípios e regras de comportamento, a definição de princípios e valores para o indivíduo, a família e a sociedade, bem como a resposta frente ao meio social mutante, constituem aspectos de relevância fundamental para o desenvolvimento e o futuro das pessoas.

No momento de analisar a influência da família sobre a saúde, é importante diferenciar dentro de seu enfoque explicativo, tanto o aspecto estrutural como a dinâmica familiar. Isso permitirá a identificação de raízes causais específicas frente a uma determinada situação de saúde que possam orientar intervenções mais racionais e eficazes.

## **A saúde da família como enfoque estratégico para a organização da Atenção Primária em Saúde**

Tradicionalmente os sistemas de saúde desenvolveram modelos de atendimento centrados no indivíduo como unidade do processo saúde-doença, desconhecendo sua relação com o contexto, sendo o hospital o espaço privilegiado do atendimento sanitário.

A influência do contexto no entendimento do processo risco-saúde-doença foi documentada, as respostas dos sistemas de saúde, visando abordá-lo através de modelos de maior amplitude baseadas em atendimento primário, são cada vez maiores (HANDLER et al, 2001).

A gênese de condutas de risco para a saúde e a adoção de doença têm base na estrutura e dinâmica familiar. Esses aspectos são de interesse para os sistemas e serviços de saúde em sua perspectiva de organizar sua oferta de serviços.

O enfoque familiar tem uma característica diferente do modelo hegemônico de atendimento à saúde, não se baseia unicamente na cura da doença do indivíduo, pelo contrário, dá ênfase substantiva às ações de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças; essas ações não se centram exclusivamente no serviço de atendimento primário, mas estendem-se ao meio social e familiar. Este enfoque considera a família como o “nicho ideal” do planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção.

Por outro lado, existem vários problemas derivados do modelo de atendimento centrado no indivíduo. Um deles é a continuidade do atendimento. Citemos o exemplo do manejo das doenças crônicas não-transmissíveis como a hipertensão arterial e o diabetes melito. Como se sabe, essas doenças se localizam dentro das principais causas de morbi-mortalidade no mundo inteiro. Propôs-se que a inclusão do enfoque familiar nas ações dos serviços de saúde contribuiria para a diminuição de um grave problema: a falta de continuidade do tratamento e a adoção de medidas preventivas (OPS, 2003). Isso também traria consequências externas, já que, por um lado, contribuiria para melhorar a qualidade de vida das pessoas e seu meio e, por outro, geraria maior eficácia e eficiência do sistema.

Consideramos que os sistemas e serviços de saúde, fundamentalmente os de atendimento primário, têm o enorme desafio de incorporar o enfoque de saúde familiar em suas ações cotidianas e já existem experiências em alguns países da região das Américas bastante ilustrativas, com diferentes evoluções (Cuba, Canadá, Chile, Brasil e recentemente Equador, dentre outros). No caso do Brasil, o enfoque de saúde da família foi norteador de um modelo de atendimento primário em saúde denominado “estratégia de saúde da família”, que direciona as intervenções e os esforços de melhoria da saúde para o âmbito familiar (BRASIL, 2002). O Projeto HOPE, do Equador, considera a família como um meio gerador de saúde. Cuba baseia seu modelo na atuação do médico de família, sendo o Estado o financiador, e seus resultados sanitários são alentadores.

Demonstrou-se que a participação ativa das famílias e a comunidade para promover e proteger sua própria saúde melhora a eficácia: o empoderamento das famílias e das comunidades aumentará a conscientização e a demanda de serviços de saúde de qualidade. Com efeito, isso pode ser obtido com um modelo baseado em um enfoque de atendimento primário em saúde.

## **Organização de serviços**

O enfoque de Saúde da Família considera que os riscos em saúde e a aparição de doenças, bem como a obtenção do bem-estar têm como um de seus fatores determinantes o aspecto familiar, entendido este em suas concepções estrutural e dinâmica. Se a família tem um papel nos processos de saúde e doença, é necessário que a resposta dos serviços de saúde transite pelo caminho de considerá-la no momento de desenvolver as intervenções em saúde.

Na América Latina, países como o Brasil adotaram esse enfoque e o traduziram em seus serviços de saúde. O governo brasileiro estabeleceu algumas diretrizes de alcance nacional baseadas na territorialização (ou seja, na responsabilidade do serviço pela saúde da população de seu “território”), integralidade das intervenções em saúde, capaci-

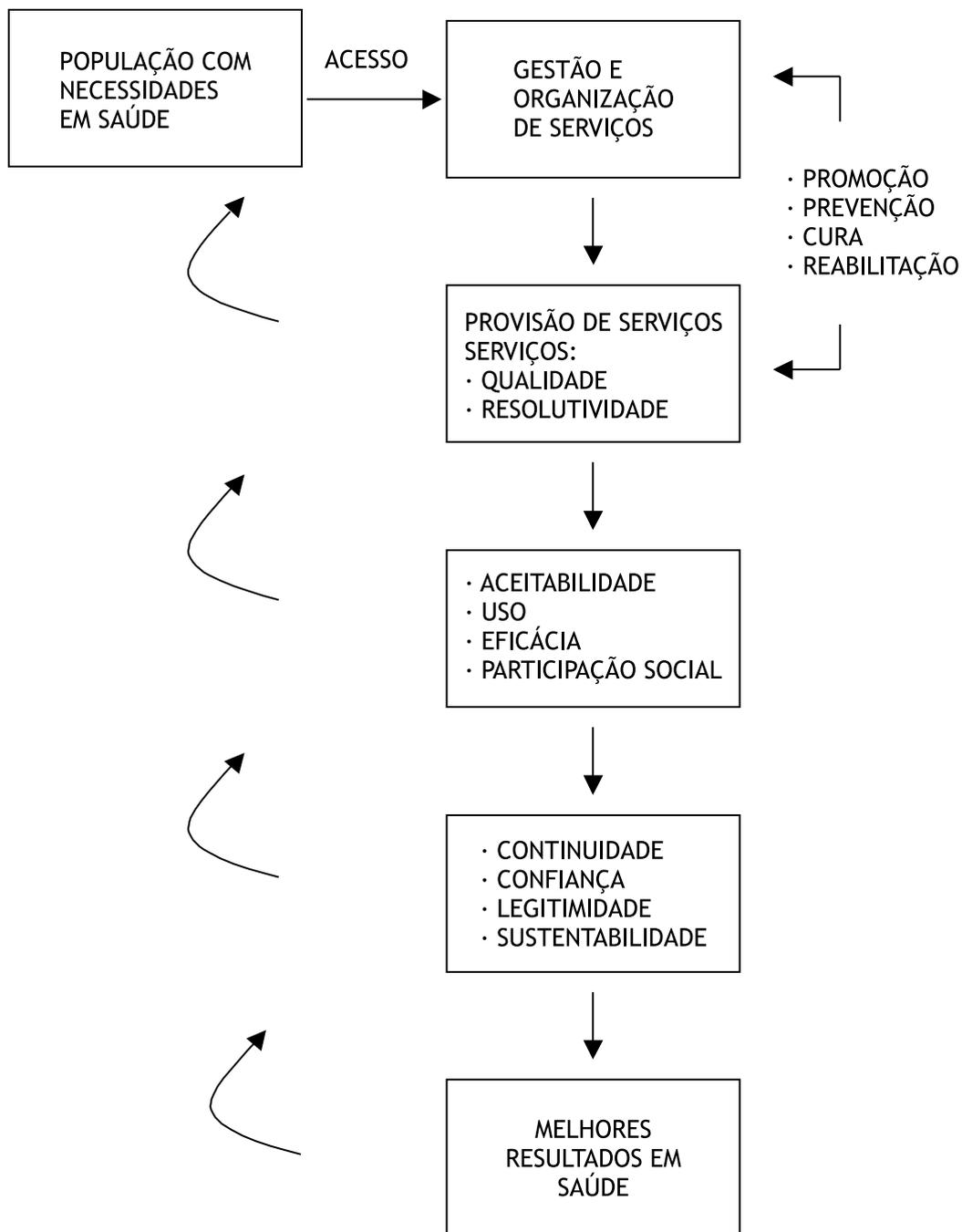
dade resolutiva, continuidade do atendimento e o estímulo à participação social. Equipes multidisciplinares são encarregadas de prover o cuidado integral da saúde da população (BRASIL, 1999). A Estratégia Saúde da Família, após uma década de implementação, está atingido pouco mais de um terço dos brasileiros e a decisão das autoridades é expandi-la ainda mais e consolidá-la como o eixo articulador do sistema de saúde (SOUZA, 2002).

O enfoque de saúde da família traduzido em serviços tem um âmbito preferencial de atuação, que é o nível de atendimento primário, ou seja, o enfoque aplicado a esse espaço potencializa a eficácia e qualidade das ações sanitárias (MENDES, 2002). Países que fortaleceram os serviços de atendimento primário estão conseguindo avanços significativos em matéria de saúde, tanto no âmbito do próprio sistema como na qualidade de vida da população. Portanto, é esperado que o enfoque de saúde da família fortaleça o atendimento primário. Promover o trabalho em equipe entre o pessoal de saúde é de suma utilidade para estes fins (STARFIELD, 2002).

No início do século XXI, os serviços de saúde devem responder a três grandes desafios da sociedade: a melhora eqüitativa do acesso a serviços, o fortalecimento de sua qualidade e resolutividade a consolidação da legitimidade social. Os esforços de gestão, financiamento, organização, implementação e avaliação de serviços devem considerar estes desafios, tendo como um de seus referentes o aspecto família (Figura 1).

Figura 1

Esquema das ações e resultados sociais esperados dos serviços de saúde



A população merece um acesso equitativo e justo aos serviços de saúde de qualidade (conforme o desenvolvimento tecnológico contemporâneo) e que resolvam suas necessidades e problemas de saúde mais urgentes. Isso exige que a gestão e organização dos serviços supere o individual e se oriente à família e seu meio. A provisão de serviços deve caracterizar-se também pela oferta integral de intervenções baseadas na promoção e prevenção e complementadas com a cura e a reabilitação dentro do âmbito do atendimento primário e fundamentalmente na mesma comunidade.

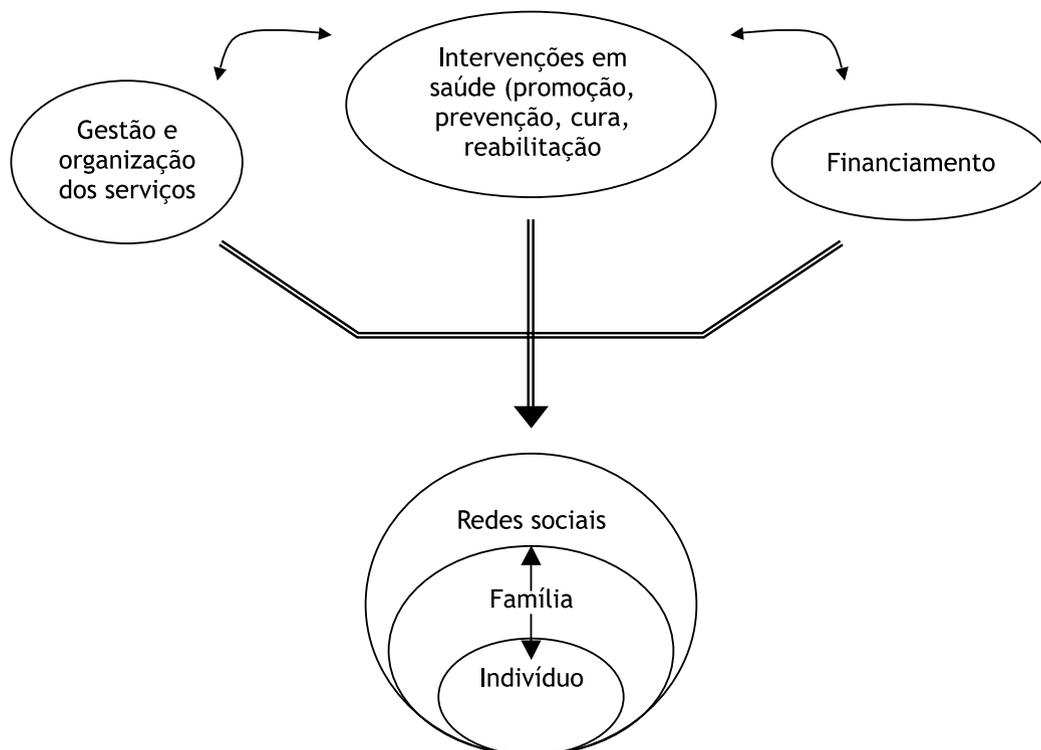
Conseguir a aceitabilidade dos serviços pelos usuários e pela população contribuirá para uma maior utilização dos serviços e uma maior eficácia ao permitir que a tecnologia em saúde beneficie ao usuário. Simultaneamente devem construir-se as bases que facilitem uma maior participação da sociedade organizada em todo esse processo.

Serviços que resolvem problemas e são aceitos pelo usuário em seu meio favorecem uma maior confiança na segurança das ações que eles realizam, o que se traduz em uma progressiva legitimidade social que contribui para sua sustentabilidade, favorecendo mudanças efetivas na qualidade de vida da população. Os governos deveriam esforçar-se para evidenciar os avanços nessa linha.

Essa “rota crítica” aplica-se fundamentalmente ao complexo âmbito do atendimento primário, e consideramos que o enfoque familiar, aplicado a problemas de saúde específicos, potencializará seus efeitos positivos.

Em síntese, o que se pretende é ressaltar que o foco de ação dos serviços não é unicamente o indivíduo, mas também a família e suas redes sociais (Figura 2).

**Figura 2**  
**Focos de ação dos serviços de saúde**



### **Exemplo: o caso da redução da mortalidade materna**

Um dos grandes desafios da saúde pública nos países de América Latina é a redução da mortalidade materna. Estima-se que no mundo, anualmente, morrem pouco mais de 500.000 mulheres por motivos da gravidez, parto e puerpério. Dessas mortes pouco mais de 90% ocorrem em países em vias em desenvolvimento. Na América Latina, 1 de cada 130 mulheres grávidas morre por causas relacionadas por gravidez, parto ou puerpério. Nos países desenvolvidos, o risco de morte é de 1 em 1.800. A gravidez e o parto não são doenças, mas as mulheres na Região das Américas atualmente morrem das mesmas causas que as mulheres dos países industrializados nos inícios do século XX (OPS, 2002).

É consenso internacional, devido à experiência acumulada, que o acesso oportuno a serviços obstétricos de qualidade é fundamental para reduzir a mortalidade materna no mundo (DONNAY, 2000). Se isso é assim, encontraremos a necessidade de incluir a família como ator chave na abordagem desse problema. Com base em diversos estudos, constata-se que o parto institucional e a resolução oportuna das complicações obstétricas são os fatores de maior relevância para diminuir o risco de morte materna. Também se sabe que o controle pré-natal é sumamente importante na redução da morbi-mortalidade do neonato e indiretamente favorece a redução da mortalidade materna ao associar-se a maiores probabilidades de atendimento do parto por pessoal de saúde qualificado (CARROLI et al, 2001).

A pergunta é como melhorar o acesso a serviços de parto, de controle pré-natal e de emergências obstétricas? Thadeus e Maine, 1998, propuseram um modelo explicativo baseado nos atrasos "associados a mortalidade materna". Esses atrasos são:

- Atraso 1: Atraso no reconhecimento do problema.
- Atraso 2: Atraso em decidir a busca do atendimento.
- Atraso 3: Atraso em chegar ao serviço de saúde.
- Atraso 4: Atraso em receber tratamento de qualidade no serviço de saúde.

O Atraso 1 tem relação com aquelas mulheres grávidas que estão na comunidade e têm problemas para reconhecer o benefício do controle pré-natal, os signos de alarme durante a gestação, as vantagens do atendimento do parto e o puerpério imediato. Nisso influem questões relacionadas com a visão local, crenças, pensamentos predominantes no âmbito familiar.

O Atraso 2 se relaciona com a tomada de decisões em saúde e está associado a razões culturais que, em certas ocasiões, derivam da família e dificultam que as mulheres optem por ir oportunamente aos serviços obstétricos.

O atraso para chegar até os serviços de saúde (Atraso 3) relaciona-se com o aspecto acesso. Entendendo como acesso a facilidade com que uma potencial usuária chega e utiliza os serviços, aqui se incluem aspectos não só de distância geográfica, mas também o financeiro, a organização do atendimento e o sociocultural.

O Atraso 4 relaciona-se com a capacidade do estabelecimento para resolver oportunamente as necessidades de saúde da mulher grávida. A qualidade do atendimento e a disponibilidade de tecnologias constituem aspectos-chave para garantir a vida das usuárias, e obter legitimidade social e confiança na população.

Esses atrasos variam segundo o lugar e não necessariamente têm que ocorrer seqüencialmente. Como se observa, uma abordagem com enfoque familiar e um sistema de saúde baseado em atendimento primário resolutivo e articulado com os demais níveis de complexidade são importantes para diminuí-los. Experiências comunitárias internacionais na América Latina e no sudeste asiático trabalharam com as famílias das gestantes, conseguindo avanços substantivos na redução dos três primeiros atrasos (ROSS, 1998).

### **Desafios para implementar modelos de saúde da família**

É inquestionável que o anseio de implementar modelos de APS centrados na família exige considerar que o âmbito familiar é, por um lado, o foco de intervenção em saúde e, por outro, parte vital do meio do processo de saúde-doença. Isso significa que a família é o espaço para onde se dirigem os esforços em saúde e também um fator determinante e como tal deve ser considerado durante o desenho de intervenções específicas.

Requer-se de um compromisso político decidido, franco e conseqüente já que a resistência dos atores e círculos de poder para transformar o modelo tradicional hegemônico seria substantiva e poderia ocasionar problemas. Esse compromisso deve concretizar-se na adoção de políticas efetivas, proporcionar o marco jurídico necessário e desenvolver uma eficiente e racional distribuição dos recursos.

São necessárias mudanças efetivas nas concorrências e atitudes do pessoal de saúde (profissionais e técnicos), para o qual as políticas de desenvolvimento de recursos humanos devem se reorientar.

A legitimidade social também é indispensável e deve constituir-se em um espaço onde a credibilidade, a confiança e a segurança no modelo sejam sentidas pela população como uma realidade.

Para isso, é importante melhorar a qualidade dos serviços, sua capacidade de resolução de problemas em saúde, sua adaptabilidade ante a diversidade social e favorecer

a gestão participativa efetiva. É necessário adotar um modelo que abarque todo o ciclo de vida para responder a necessidades e expectativas dos indivíduos e famílias no meio de sua comunidade.

### **Potencial de contribuição do enfoque de saúde da família para os objetivos de desenvolvimento do milênio**

Em setembro de 2000, representantes de 189 países, entre eles 147 chefes de Estado, estiveram presentes em Nova York, no Encontro do Milênio para adotar a Declaração do Milênio das Nações Unidas. Nesta ocasião foram enunciados os princípios e valores que deviam reger as relações internacionais no século XXI. Os dirigentes dos diferentes países assumiram compromissos em sete esferas: a paz, a segurança e o desarmamento; o desenvolvimento e a erradicação da pobreza; a proteção do meio comum; os direitos humanos, a democracia e o bom governo; a proteção de pessoas vulneráveis; o atendimento às necessidades especiais da África; e o fortalecimento das Nações Unidas. Foram estabelecidas metas e objetivos a serem atingidos no ano de 2.015 para cada uma das sete áreas.

Os objetivos da área de desenvolvimento e erradicação da pobreza foram denominados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). Representam os compromissos contraídos pelos governos para redobrar os esforços encaminhados no sentido de reduzir a pobreza e a fome e dar resposta a problemas, como a má saúde, as desigualdades de gênero, a falta de educação, a falta de acesso à água potável e a degradação ambiental. Os ODMs também incluem compromissos para reduzir a dívida, fomentar a transferência de tecnologia e estabelecer novas alianças em prol do desenvolvimento (OMS, 2003).

Os ODMs constituem um meio para a avaliação e a continuidade dos avanços que se vão conseguindo numa série de testes decisivos. Representam um resumo das metas ou resultados, que os governos se comprometeram a cumprir, sem mencionar os meios com que se devem atingir essas metas.

Os ODMs relacionados com a saúde se apresentam na Tabela 1.

Para promover a equidade e a redução das brechas de desigualdade, recomenda-se que os países considerem os dados relativos à saúde por critérios, como o nível de rendimentos (como medição do nível econômico) na perspectiva de formular políticas fundamentadas.

Em países em vias de desenvolvimento, os ODMs poderão ser atingidos e mantidos na medida em que se fortaleçam fundamentalmente os sistemas de saúde baseados em atendimento primário. Um sistema de saúde baseado em atendimento primário:

- estará baseado nos princípios de Alma-Ata de equidade, acesso universal, participação da comunidade e ação intersectorial;
- terá em consideração questões sanitárias gerais de âmbito populacional, refletindo e reforçando as funções de saúde pública;
- criará as condições necessárias para assegurar um fornecimento eficaz de serviços aos pobres e aos grupos excluídos;
- organizará uma assistência integrada e sem fissuras, que vinculará a promoção de saúde, a prevenção, o atendimento aos enfermos agudos e o atendimento aos enfermos crônicos em todos os elementos do sistema sanitário;
- avaliará continuamente a situação para tentar melhorar o desempenho.

Como pode apreciar-se estas características do atendimento primário ganhariam um substantivo valor agregado na medida em que o enfoque familiar aponte para seu desenvolvimento e consolidação.

A melhoria da saúde infantil, da saúde materna e a redução dos índices de ocorrências de doenças transmissíveis como o HIV/AIDS, malária e tuberculose (considerados nos ODMs) incluem dentro do arsenal de respostas dos serviços o cuidado integrado. Isso será mais eficaz e sustentável na medida em que o enfoque familiar consiga traduzir seus princípios em modelos e estratégias baseados em atendimento primário.

Cabe aos diversos gestores dos sistemas de saúde adotar estes critérios plasmando-os em seus serviços: a evidência disponível respalda o uso desses modelos, pois se observou uma redução do gasto em saúde, um menor uso de serviços de atendimento hospitalar e um melhor estado de saúde.

A OPAS postula a necessidade de uma combinação de estratégias de promoção da saúde, que abarcam a geração e difusão de conhecimentos científicos e experiências, o desenvolvimento de modelos locais para a saúde e a educação centrados na família. Além disso, busca favorecer o aumento do poder de decisão e da participação das comunidades em matéria de saúde familiar. Será apoiada pela formulação de políticas públicas pela legislação a favor da saúde, às quais, por sua vez, dará o seu apoio (Anexo).

**Tabela 1**  
**Objetivos de desenvolvimento do milênio relacionados**  
**com a saúde, suas metas e indicadores**

<b>Objetivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome</b>
<b>Meta 2:</b> Reduzir à metade, entre 1990 e 2015, a porcentagem de pessoas que padeçam de fome Indicador 4. Número de crianças < de 5 anos com peso inferior ao normal Indicador 5. Porcentagem da população abaixo do nível mínimo de consumo de energia alimentar.
<b>Objetivo 4: Reduzir a mortalidade na infância</b>
<b>Meta 5:</b> Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade das crianças < de 5 anos. Indicador 13. Taxa de mortalidade infantil nas crianças < de 5 anos Indicador 14. Taxa de mortalidade infantil Indicador 15. Porcentagem de crianças de um ano vacinadas contra sarampo
<b>Objetivo 5: Melhorar a saúde materna</b>
<b>Meta 6:</b> Reduzir, entre 1990 e 2015, a mortalidade materna em três quartos Indicador 16. Taxa de mortalidade materna Indicador 17. Porcentagem de partos com assistência de pessoal sanitário especializado
<b>Objetivo 6: Combater o HIV/AIDS, a malária e outras enfermidades</b>
<b>Meta 7:</b> Haver controlado e começado a reduzir, para o ano de 2015, a propagação do HIV/AIDS Indicador 18. Prevalência do HIV entre jovens de 15 a 24 anos Indicador 19. Taxa de uso de preservativos na taxa de uso de anticoncepcionais Indicador 20: Número de crianças órfãs por causa do HIV/AIDS
<b>Meta 8:</b> Haver controlado e começado a reduzir, para o ano de 2015, a incidência de malária e outras enfermidades graves. Indicador 21. Prevalência e taxa de mortalidade por malária Indicador 22. Proporção da população de zonas de risco de malária que aplica medidas eficazes de prevenção e tratamento de malária Indicador 23. Prevalência e taxas de mortalidade da tuberculose Indicador 24. Proporção de casos de tuberculose detectados e curados com o tratamento acordado sob observação direta (DOTS)
<b>Objetivo 7: Garantir a sustentabilidade do meio ambiente</b>
<b>Meta 9:</b> Incorporar os princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e inverter a perda de recursos do meio ambiente Indicador 29. Proporção da população que usa combustíveis sólidos
<b>Meta 10:</b> Reduzir à metade, para o ano de 2015, a porcentagem de pessoas que careçam de acesso à água potável Indicador 30. Proporção da população com acesso sustentável a melhores fontes de abastecimento de água, urbanas e rurais
<b>Meta 11.</b> Haver melhorado consideravelmente, para o ano de 2020, a vida de, pelo menos, 100 milhões de habitantes de favelas Indicador 31. Proporção de população urbana com acesso a melhores serviços de saneamento
<b>Objetivo 8: Fomentar uma associação mundial para o desenvolvimento</b>
<b>Meta 17.</b> Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar acesso a medicamentos essenciais que possam ser adquiridos por países em desenvolvimento Indicador 46. Proporção da população com acesso a medicamentos essenciais que possam ser adquiridos de maneira sustentável

## ■ Referências

BODENHEIMER, T. et al. *Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness — the chronic care model, part 2*. JAMA, 2002; 288:1909-1914.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual para a organização da Atenção Básica*. Brasília: SAS/Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL, Ministerio da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. *Relatório de Gestão 1998/2001*, Brasília: SAS/ Ministerio da Saúde, 2002.

CARROLI, G.; ROONEY, C.; VILLAR, J.. "How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity: an overview of the evidence". *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2001; Vol. 15 Suppl 1: 1-42.

DONNAY, F.. "Maternal survival in developing countries: what has been done, what can be achieved in the next decade". *Int J Gynecol Obstet*, 2000; 8: 89-97.

HANDLER, A.; ISSEL, M.; TURNOCK, B.. "A conceptual framework to measure performance of the Public Health System". *Am J Public Health*, 2001; 91(8): 1235-1239.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro*. Ginebra, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. "Currents topics: poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem". *Rev Panam Salud Pública*, 2003; 14(3): 218-221.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas*. 26ª Conferencia Sanitaria Pan Americana. 54º sesión del comité regional. Washington, DC, Septiembre 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD: 44ª Consejo Directivo. 55ª Sesión del comité regional. Washington, DC, Septiembre 2003.

ROSS, Susan R.. *Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido*. CARE, 1998.

SECLÉN-PALACÍN, J.; JACOBY, E.. Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú. *Rev Panam Salud Pública*, 2003; 14(3):255-264.

SOUZA, M. H.. "Reforma da reforma". **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Ano II, N.04, Janeiro 2002.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

THADEUS, S.; MAINE, D.. **Too far to walk: maternal mortality in context**. *Soc Sci Med* 1998; 38:1091-1101.



**ANEXO**



---

**ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE**  
**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**

44º CONSELHO DIRETOR

55ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 22 a 26 de setembro de 2003

---

**RESOLUÇÃO**  
**CD44.R12**

**FAMÍLIA E SAÚDE**

O 44º CONSELHO DIRETOR,

Havendo considerado o Document CD44/10, sobre Família e Saúde;

Reconhecendo que os pais, as famílias, os tutores legais e as outras pessoas encarregadas de dar proteção têm como principal função e responsabilidade o bem-estar das crianças;

Relembrando nosso compromisso comum de preservar e proteger a saúde e a dignidade humanas;

Reconhecendo ainda que as normas culturais, as condições socioeconômicas e a educação são importantes fatores determinantes da saúde;

Ressaltando a importância das famílias e das comunidades como núcleos onde primeiro se manifesta o comportamento saudável e onde a cultura, os valores e as normas sociais são moldados pela primeira vez;

Reconhecendo que a ciência agora revela como as famílias e os grupos sociais unidos têm impacto positivo sobre a saúde;

Notando que as mudanças na estrutura das unidades familiares, com aumento do número de mulheres e adolescentes pertencentes à força de trabalho, com as famílias dependentes de um só dos pais, com o desaparecimento das famílias ampliadas e com o aumento da incidência e prevalência de doenças não-transmissíveis e das sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/AIDS, aumentaram os desafios da família;

Observando que ocorrem no meio familiar e na sociedade comportamentos malsãos —

abuso de crianças, descuido, violência entre esposos e no lar, e o abandono das pessoas idosas, especialmente das portadoras de incapacidades — os quais, mesmo sendo considerados ilegais em nossos países, são acontecimentos comuns de crescente importância em saúde pública;

Relembrando os compromissos, objetivos e resultados das conferências e reuniões de cúpula das Nações Unidas que trataram dos problemas da família, e

Notando que o Décimo Aniversário do Ano Internacional da Família será celebrado em 2004;

### **RESOLVE:**

1. Tomar nota do documento CD44/10, Família e Saúde, que ressalta o papel das famílias na manutenção e melhoria da qualidade de vida e dos resultados da saúde da população das Américas, bem como a necessidade de melhor orientar os cuidados e os serviços para apoiar esse papel.
2. Instar os Estados membros a:
  - (a) fortalecer as ações nacionais a fim de garantir suficientes recursos para o cumprimento dos compromissos, objetivos e resultados internacionais das relevantes conferências e reuniões de cúpula das Nações Unidas, relacionadas com a família;
  - (b) garantir a disponibilidade de infra-estruturas apropriadas para apoiar os pais, as famílias, os tutores legais e outras pessoas encarregadas de dar proteção, a fim de fortalecer sua capacidade de cuidar, criar e proteger as crianças;
  - (c) tomar medidas para garantir que as políticas, os planos e os programas de saúde reconheçam as amplas necessidades de saúde das famílias e de seus membros;
  - (d) fortalecer a implementação efetiva das estratégias de promoção social, econômica e de saúde para as famílias, a fim de corrigir as lacunas e iniquidades de saúde existentes, concentrando-se nos grupos vulneráveis, marginalizados e de difícil acesso;
  - (e) estabelecer e manter sistemas de informação e vigilância a fim de proporcionar dados desagregados por gênero, condições socioeconômicas, origem étnica e níveis de educação, a fim de garantir o planejamento, a implementação, a monitorização e a avaliação apropriados das intervenções de saúde baseadas em evidência e concentradas na família;
  - (f) promover a ação e a liderança nacionais, nos mais altos níveis do governo, a fim de aumentar a conscientização e enfrentar os desafios relacionados com a saúde

pública que afetam a família, inclusive as complexidades vinculadas ao abuso contra as crianças, ao abandono, à violência entre os esposos e à violência doméstica em geral, bem como ao abandono das pessoas idosas, especialmente as portadoras de incapacidades;

- (g) desenvolver e/ou fortalecer alianças e parcerias, incluindo organizações não-governamentais, organizações comunitárias ou religiosas, instituições acadêmicas, comunidades de pesquisa e agências governamentais relevantes, para ajudarem a aumentar e a expandir as políticas e programas de saúde centrados na família.

3. Solicitar ao diretor que:

- (a) assessore os Estados membros no desenvolvimento de sistemas de informação e vigilância a fim de proporcionar dados desagregados por gênero, condições socioeconômicas, origem étnica e níveis de educação, para garantir o planejamento, a implementação, a monitoração e a avaliação apropriados das intervenções de saúde baseadas em evidências e centradas na família;
- (b) assessore os Estados membros no apoio aos elos entre a ativa participação das famílias e comunidades e a promoção e proteção de sua própria saúde;
- (c) proporcione apoio técnico aos Estados membros no tocante aos seus esforços por cumprir seus compromissos com os objetivos e resultados das relevantes conferências e reuniões de cúpula das Nações Unidas que trataram dos problemas das famílias, em cooperação com os parceiros relevantes e com outras entidades interessadas;
- (d) desenvolva e apóie uma estratégia centrada na Saúde da Família em toda a organização e garanta a sinergia entre essa estratégia e outras estratégias relevantes, dentro da organização;
- (e) aproveite a celebração do Décimo Aniversário do Ano Internacional da Família, em 2004, para aumentar a consciência acerca desse assunto e para ajudar os países a maximizarem as contribuições da Organização Mundial da Saúde (OMS), em cooperação com as entidades relevantes das Nações Unidas e outros parceiros, a fim de aumentar os esforços de programação para apoiar as políticas de saúde centradas na família;
- (f) intensifique esforços no sentido da mobilização de recursos para ajudar os países a desenvolverem políticas, estratégias e programas de saúde abrangentes, centrados na família, com especial ênfase nos grupos vulneráveis e de mais difícil acesso; e
- (g) informe o 46° Conselho Diretor, em 2005, sobre o progresso alcançado.

(Nona reunião, 26 setembro de 2003)



---

## CAPÍTULO 2

# INTEGRALIDADE E REDES DE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE FAMILIAR: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR

**Elisete Maria Ribeiro**

*Coordenação de Atenção Básica, SMS Curitiba.*

**Eliane Regina da Veiga Chomatas**

*Diretora do Centro de Informação em Saúde, SMS Curitiba.*

**Michele Caputo Neto**

*Secretário Municipal da Saúde de Curitiba.*

---

### ■ Resumo

A Rede de Atenção Básica e Saúde Familiar em Curitiba é orientada e consolidada pelo princípio da integralidade, tanto no âmbito da organização do sistema e dos serviços de saúde, como na atenção e cuidados à saúde prestados à população. Os passos metodológicos da experiência são orientados por concepções, diretrizes, estratégias e instrumentais que fundamentam as práticas e o processo de trabalho dos profissionais da Secretaria Municipal da Saúde – SMS e demais pontos da rede de atenção que compreendem o Sistema Integrado de Serviços de Saúde – SISS. Os conteúdos demonstram que um sistema é fruto da determinação política e capacidade técnico-operativa assumida pelas gestões da SMS, cujos resultados são comprovados pelos indicadores de saúde e de qualidade de vida alcançados nos últimos anos. Neste espaço, insere-se uma questão mais ampla, qual seja, a determinação social das práticas em saúde, constituída de acordo com os pressupostos da Atenção Primária à Saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS), que orientam a integralidade da atenção à saúde.

**DESCRITORES:** Integralidade no SISS e na Atenção e Cuidados à Saúde.

### ■ Introdução

Assim, considera-se importante apresentar o desenvolvimento histórico que consolidou a Rede de Atenção Básica e Saúde Familiar, com destaque para a participação de uma grande equipe, constituída por milhares de sujeitos institucionais que, em tempos diversos e inserções diferenciadas, construíram o atual sistema de saúde.

Um sistema construído em base democrática, fruto da participação dos sujeitos sociais que o compõem em todos os níveis de sua realização, incluindo o cidadão curitibano.

Destaca-se ainda que esse processo foi sedimentado pela descentralização, distritalização e planejamento local da saúde, aos quais se agregaram experiências na gestão de sistema, serviços e programas de saúde. A iniciativa, construída em diferentes momentos conjunturais, acima de interesses partidários, manteve-se e foi sedimentando-se passo a passo pela determinação e compromisso político gerencial com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado na universalidade, integralidade e resolutividade, como forma de responder aos anseios e necessidades da população. Foi um trabalho que envolveu mediações intra e extra-institucional, saber e poder legitimado coletivamente e ações interdisciplinares e intersetoriais.

## ■ **Organização do Sistema e dos Serviços de Saúde: semeadura da integralidade**

O início da atuação em saúde pública por parte do Município de Curitiba foi desenvolvido numa parceria com a Secretaria de Saúde Pública do Paraná, quando o então Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde da prefeitura inaugurou o Centro de Treinamento Tarumã, em 1963. Essa iniciativa foi determinante para que as unidades sanitárias fossem alocadas, nos anos seguintes, em espaços compartilhados com as escolas da rede pública de ensino.

Em 14 de novembro de 1964, o já referido departamento, transformado em Departamento de Bem-Estar Social, inaugurou a primeira Unidade Sanitária, localizada no espaço da associação de moradores do bairro, denominada US Municipal Cajuru, que foi produto de uma reivindicação da comunidade local. A primeira equipe de saúde foi formada por um engenheiro sanitarista, um médico, auxiliares de saneamento e visitantes sanitários.

Nesse período, foi criada a Divisão de Odontologia Escolar, dando início ao trabalho da Odontologia na proposta de atenção à crianças na faixa etária escolar. Em 1966, ocorreu o primeiro levantamento epidemiológico na área da Odontologia, através dos consultórios instalados em três escolas periféricas do município.

Nos anos 70, acentuaram-se as pressões dos movimentos migratórios, cuja consequência foi o adensamento populacional da periferia da cidade e Região Metropolitana. Os movimentos sociais organizados manifestavam inquietações em relação à falta de acesso aos serviços públicos de saúde, creche, escola, transporte, entre outros.

Como resposta às demandas sociais foram implantados Núcleos Comunitários, que na época desenvolviam estratégias no sentido de promover a educação integral da comunidade, com unidades operacionais que executavam a política de Serviço Social, Educacional e de Saúde, no âmbito das regiões onde se localizavam, através de uma construção que abrigava centro de saúde, escola e centro social. Nos primeiros anos da década de 70, existiam em Curitiba 6 núcleos comunitários, todos localizados em áreas periféricas. Os centros ofereciam atenção às famílias em suas múltiplas necessidades básicas, de forma intersetorial e multidisciplinar, viabilizada pela adequação destes recursos.

Até 1974, Curitiba contava com 5 unidades sanitárias (US) e 12 consultórios odontológicos (COs) de responsabilidade da gestão municipal, sendo que no período seguinte, até 1979, somaram-se 10 US e 13 COs.

A proposta de Atenção Primária à Saúde (APS) no município teve, em sua origem, influências institucionais de municípios brasileiros que já estavam trabalhando com posturas da Medicina Comunitária. Essas experiências antecedem a Conferência de Alma-Ata (1978). Portanto, constata-se que já havia incipientes iniciativas e propostas para atenção primária (ainda que esse conceito não fosse utilizado na época) em alguns municípios brasileiros. Provavelmente sem consciência disso, constituíram, em sua especificidade, uma semente de reversão do modelo vigente na esfera nacional, ou, mais radicalmente, foram os municípios que historicamente exemplificaram a possibilidade de redefinição de sistemas de saúde, tornando-os mais próximos e comprometidos com as necessidades de saúde da população brasileira.

Já se discutia naquela época que a implantação de unidades de saúde sob a responsabilidade dos municípios deveria garantir a facilidade de acesso para a população, a universalidade, o atendimento integral, o trabalho em equipe multidisciplinar e a participação da comunidade. Esses fundamentos orientaram a implantação do primeiro projeto de Atenção Primária à Saúde em Curitiba, em 1979.

As principais características da estruturação dos serviços de saúde eram: todas as unidades de saúde estavam localizadas na periferia da cidade, atendendo a uma população mais vulnerável à situações de risco; desenvolvimento de atividades de medicina preventiva e curativa; baixa expressão da participação comunitária organizada; nenhuma articulação formalizada com outras instâncias de serviços de saúde no município; participação da Secretaria do Estado da Saúde e Bem-Estar – SESB no provimento de vacinas, exames laboratoriais e medicamentos, que eram repassados ao município.

As diretrizes contidas no documento “Proposta de Atuação da Diretoria de Saúde,” de novembro de 1979, estabeleceram parâmetros para o desenvolvimento das atividades

da rede de postos de saúde em Curitiba, reportando-se ao Projeto Vizinhanças como eixo central desta gestão.

A política municipal optou pela estruturação de uma rede de atenção primária que representasse não apenas a extensão de cobertura dos serviços de saúde, mas um significativo impacto junto à população a ser beneficiada, corrigindo as distorções existentes no setor saúde, incluindo as seguintes questões: a) democratização da atenção médica; b) extensão de cobertura e hierarquização dos níveis de atenção; c) medicina integral; d) participação comunitária; e e) delegação de funções na equipe.

Num contexto referencial que tomou por base as recomendações da Conferência de Alma-Ata, foram pautados os princípios da universalidade, atendimento integral, facilidade de acesso, trabalho em equipe e a participação da comunidade para a criação das unidades de saúde pelo município de Curitiba. A proposta de APS não implicou expansão estrutural imediata da rede de serviços. O município encerra a década de 70 com uma dezena de postos de saúde, a maioria deles funcionando, ainda, nos Núcleos Comunitários.

Estes, entre outros, constituíram-se em mecanismos político-gerenciais no município para reversão de um modelo assistencial baseado na doença, a exemplo da atuação na época dos postos do INAMPS, que funcionavam como estruturas de atendimento a trabalhadores e seus dependentes e, na prática, excluía a maioria da população que não estava vinculada ao mercado formal de trabalho.

Portanto, o processo histórico de construção do modelo de organização da Atenção Primária no município de Curitiba foi influenciado pelas diretrizes da Conferência de Alma-Ata, a qual orienta o embasamento conceitual adotado, sedimenta as determinações política, administrativa e técnica, cujas repercussões de continuidade configuraram o atual sistema de saúde.

Desde o início, a organização dos serviços foi pautada pela territorialidade, responsabilização das US junto às áreas de maior vulnerabilidade social, priorizando-se a alocação dos equipamentos de saúde nas comunidades que exerciam maior explicitação da participação e reivindicação popular.

Por outro lado, os equipamentos e serviços, coordenados na época pela Secretaria Estadual de Saúde e INAMPS, agregavam mais recursos de infra-estrutura para atenção à saúde dos seus beneficiários e, ao mesmo tempo, situavam-se na área central ou bairros mais importantes economicamente da cidade, servindo uma população específica. A concepção ideológica da gestão administrativa das instâncias estatal e federal, orientavam condutas que imprimiam a seletividade e exclusão do acesso aos serviços de saúde à maioria da população curitibana, ou seja, daqueles que não estavam inseridos no mercado formal de trabalho.

Foi contra esses e outros meios de exclusão que se colocaram os fundamentos, os princípios e as diretrizes para a implantação da rede de atenção básica pelo município e mais tarde da formatação SUS, ambos gestados em experiências e debates nos municípios e estados brasileiros.

Mais especificamente no campo da política de saúde em Curitiba, criou-se, em 2 de janeiro de 1986, através da Lei 6.817, a Secretaria Municipal da Saúde – SMS em substituição à Diretoria de Saúde – DDS, o que determinou avanços significativos na agregação de força política e administrativa a esse setor específico.

Na época, a rede municipal de serviços de saúde já havia acumulado experiência de trabalho com área delimitada de responsabilidade e abrangência para a atenção à saúde, oferecendo atendimento a situações de risco, principalmente às gestantes, crianças, lactentes, escolares e hipertensos, entre outros, que residiam no território de abrangência dos Centros de Saúde, assim denominados.

Naquele ano, foi assinado o convênio das Ações Integradas de Saúde, implementando-se o repasse de recursos financeiros ao município, contribuindo para a expansão das US, a melhoria da infra-estrutura assistencial e o incremento do apoio laboratorial (ampliação do laboratório próprio) e da disponibilidade de medicamentos para a Atenção Básica (PARANÁ, 1991).

A gestão da SMS de 1985 a 1988 foi marcada pela continuidade do trabalho anterior, mesmo com a mudança significativa da tendência político-partidária. A expansão da rede teve novo impulso chegando a 40 Centros de Saúde em 1986. Os centros funcionavam em três turnos com 3 pediatras, 2 clínicos gerais, 1 ginecologista-obstetra, 1 enfermeiro, 1 auxiliar administrativo, 1 vigilante, 1 auxiliar de serviços gerais e 14 auxiliares de saúde. As clínicas odontológicas foram sendo instaladas junto aos centros de saúde, contando com 6 cirurgiões-dentistas, 11 auxiliares odontológicos e um técnico em higiene dental.

Em junho de 1987, iniciou-se o processo de reformulação do sistema de informação nos serviços de saúde da rede municipal, ampliando-se o volume e a especificidade dos dados que eram colhidos através de um sistema de fichas perfuradas, denominadas “Mac bee” e que foi substituído em 1988 pelo sistema SICA – Sistema de Informação e Controle Ambulatorial. Este novo modelo propunha-se a responder às necessidades de se trabalhar com maior precisão com os dados gerados nos Centros de Saúde, de obter informações relevantes para a construção do planejamento das ações básicas de saúde e para conhecimento do perfil epidemiológico do município, servindo ainda como base demonstrativa da produtividade dos profissionais e dos serviços.

O marco político da VIII Conferência Nacional de Saúde e seus desdobramentos culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, via Constituição Federal, o que

determinou instrumentalidade legal, política e financeira para o processo de municipalização e implementação da política de saúde, já em andamento na prática em Curitiba.

Foi uma década de consolidação e expansão da Rede Municipal de Saúde em Curitiba, que em 1989 já contava com 53 Unidades de Saúde e 34 clínicas odontológicas, na sua maioria funcionando em estrutura construída pela prefeitura. Também foi nesse momento de municipalização da saúde que se desenvolveu uma participação expressiva de trabalhadores de saúde, movimentos populares e entidades privadas, no sentido de dar legitimidade à política setorial necessária aos embates de correlação de forças com as estruturas centralizadoras das instâncias federal e estadual.

Demarcaram-se posicionamentos por parte dos sujeitos históricos que participaram da construção do modelo de atenção à saúde em Curitiba, como se refere a concepção de que:

Um modelo não é apenas um conjunto de práticas, mas também as concepções que as precedem e segundo as quais elas são organizadas. Tais concepções se impõem hegemonicamente por razões históricas e conferem aos modelos tal historicidade (RAGGIO; GIACOMINI, 1996, p.9).

Os sujeitos institucionais apontam que a historicidade dos modelos de saúde devem ser analisados no sentido de *entender o presente e informar sua construção como processo social*. Nessas bases, compreendemos que não existe nada acabado ou definitivo como modelo assistencial à saúde, como também sua realização não está circunscrita à vontade de um grupo gestor, mas antes associada a competências técnicas e políticas e à capacidade de mediação e estruturação progressiva e continuada da organização do sistema. Um sistema que não foi abalado ou desmantelado por conjunturas partidárias, como acontece em vários municípios brasileiros.

Nesse momento histórico, a Secretaria Municipal da Saúde, que mantinha um razoável grau de mobilização, realizou, no ano de 1991, sua primeira Conferência Municipal, num contexto de articulação e legitimidade que incluía o início do processo de municipalização da saúde. O tema central foi “*A Prática da Saúde no Município*” e teve a participação de 600 delegados.

O debate versou sobre as diretrizes da Política Municipal de Saúde, a regionalização e hierarquização das ações de saúde, tendo em vista a municipalização dos serviços de saúde, o controle social, o fundo municipal de saúde, entre outros temas fundamentais. Foi após a Conferência Municipal de Saúde que, através de Decreto-Lei Municipal, instituiu-se o primeiro Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. As articulações posteriores envolvendo o espaço institucional, bem como os movimentos organizados da sociedade, foram indicando a composição do conselho, a ser legitimada nas conferências seguintes.

A partir da conferência e das diretrizes da política municipal de saúde dali emanadas, como estratégia de descentralização político-administrativa, determinou-se o início de

uma profunda reforma na estrutura de gestão administrativa dos serviços de saúde na cidade. Na seqüência, deu-se a implantação de 7 Núcleos Regionais de Saúde, que passaram a ser responsáveis pela organização do gerenciamento descentralizado da saúde.

Os parâmetros para a demarcação dessas regionais foram definidos pela administração municipal, levando em conta os limites dos já existentes distritos rodoviários. Assim, a SMS abriu mão de sua definição particular de área regional, que considerava: os serviços próprios e de referência secundária e hospitalar; as vias de transporte coletivo; a especificidade e características estruturais demarcadas pelas vias de integração e interdependência da população; acesso à infra-estrutura de serviços públicos e as condições epidemiológicas e sociais semelhantes em cada região do município. Mas, no médio prazo, ganhou-se em integração interinstitucional, linguagem e planejamento integrado em toda a prefeitura.

Para garantir o acesso e equidade às populações que mais necessitam de atenção à saúde, em 1991 o município implantou o trabalho do médico de família, que atuava com a participação de uma equipe multidisciplinar, incluindo o serviço de odontologia. Assim foram construídas as primeiras experiências de integralidade da atenção à Saúde da Família – SF, como uma estratégia de consolidação da Atenção Primária à Saúde – APS, voltada prioritariamente às áreas periféricas da cidade, nas quais agregam-se situações de vulnerabilidade social, ou seja, condições específicas de adoecer e morrer.

Nesse período, aconteceu também a fusão dos Centros de Saúde e Clínicas Odontológicas em Unidades Municipais de Saúde e o processo seletivo interno para as funções das gerências distritais e chefias locais das US, as chamadas Autoridades Sanitárias Locais – ASL.

A municipalização da saúde em Curitiba, a partir de 1991, congregou esforços no sentido da implantação e implementação do sistema municipal de serviços, estruturados na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, cuja organização foi influenciada pelas experiências de trabalhadores de saúde que haviam participado da implantação da proposta em outros municípios brasileiros, que já atuavam e defendiam a municipalização como estratégia e a Medicina Comunitária como processo de trabalho. Nesse cenário, ainda em 1991, foi iniciada a implantação da proposta de atenção à Saúde da Família, com a experiência de médico de família na US Pompéia, unidade que já desenvolvia a proposta da atenção primária e demonstrava condições técnicas e políticas para sua viabilização, com bases territoriais definidas.

Os avanços no processo da municipalização da saúde, a partir de 1992, foram implementados principalmente por meio da incorporação da infra-estrutura física, adequação de recursos humanos e repasse de equipamentos e insumos de posse do estado ou do antigo INAMPS, que passaram a ser administrados pelo município. Inicia-se nesse

ano o processo de descentralização político-administrativa da saúde com a criação dos Distritos Sanitários e a implantação dos sistemas locais de saúde, determinando-se a direção e estruturação do sistema municipal de saúde.

Uma política pautada na estratégia da territorialização, implantação de sistemas locais de saúde e construção de um modelo assistencial para a saúde, capaz de responder às novas demandas postas pela população, passou a constituir a base do modelo de atenção à saúde no município.

A grande ênfase desse período era a reorientação do modelo de atenção, através da construção social de um novo sistema de saúde. Vai implicar mudanças que se darão na concepção de saúde, no paradigma sanitário e na prática sanitária. Por concepção de saúde entendo o sistema dominante de crenças que existe num determinado momento e em dada sociedade sobre o que é ou como se representa o processo saúde- enfermidade (MENDES, 1995, p. 21).

A citação descrita faz referência à implementação do sistema de saúde em Curitiba, o qual tomou por base as concepções teórico-metodológicas do “Paradigma Assistencial da Promoção da Saúde e Prática Sanitária da Vigilância à Saúde”, defendida por Eugênio Vilaça Mendes, na época consultor da SMS, que contribuiu no processo de formação do grupo gerencial, os quais sedimentaram a condução desses conhecimentos junto a suas equipes, consolidando novo processo de trabalho.

Em 1993, acontece a 2ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema central: “Em defesa do Sistema Único de Saúde” — estratégia de fortalecimento da gestão do SUS, das diretrizes da política municipal e do encaminhamento de suas propostas. Nesse período, houve a consolidação dos conceitos de vigilância à saúde na prática dos profissionais da atenção básica, destacando-se a implantação do Projeto Nascer em Curitiba.

Essas estruturas favoreceram a lógica da descentralização da saúde, em 1994, com a implantação dos distritos sanitários, estratégia de deslocamento de poder para a gestão local, legitimando o processo de distritalização da Secretaria Municipal da Saúde. Por outro lado, destaca-se a estruturação da Central de Marcação de Consultas Especializadas e Central de Atendimento aos Usuários — CAU. A primeira caracteriza-se ainda hoje como uma estratégia de encaminhamento e resolutividade da Atenção Básica, enquanto a segunda constitui um espaço de expressão da manifestação do controle social do SUS em Curitiba.

Esse processo trouxe contribuições para a implementação da proposta da APS, num momento em que se intensificaram as “práticas participativas de gestão”, relacionadas principalmente à gerência participativa dos sistemas locais de saúde. Estes deveriam comprometer o exercício das práticas de planejamento com participação efetiva das equipes, num espaço territorial local, como também da população, através do controle social.

Portanto, algumas Unidades de Saúde avançaram nas estratégias de participação da comunidade no planejamento local e na constituição da vigilância à saúde sobre um espaço-população sob sua responsabilidade, para reverter os indicadores epidemiológicos sociais. Nesse sentido, reforçavam o consenso de que “Curitiba já vinha construindo há décadas um padrão consciente e planejado de política de saúde. Esta política sempre teve uma linha, um fio condutor de direcionalidade estratégica, que sobreviveu a vários governos e atores sociais” (PEDOTTI; MOISÉS, 2000, p. 10).

Nos anos 90, grandes temas delinearam as propostas de intervenção da SMS. As principais tratavam dos propósitos e processos sociais de construção do SUS na cidade e das preocupações da equipe gerencial, bem como dos técnicos mais comprometidos politicamente com as necessárias mudanças. Outra questão relevante foi a função ampliada do gerenciamento das questões locais, entendido como uma função política, a despeito da visão da saúde, como uma questão restrita ao âmbito da competência técnica, que foi o pressuposto orientador em anos anteriores.

A Política Municipal de Saúde, nesse momento, concebeu uma prática voltada à prevenção e promoção da saúde que deveria aliar-se às ações de assistência em um sistema de saúde que demandava novas responsabilidades. A rede básica de serviços, implementada a partir de nova base político-gerencial, envolvia papéis mais firmes da SMS com relação à assistência secundária e terciária, incorporados à responsabilidade do município pela gestão do SUS.

Problemas determinados pelo adensamento urbano, como desemprego e precariedade das habitações na periferia da cidade, aliados a conflitos de relações familiares e comunitárias, violência doméstica e urbana, passaram a demandar atendimento pelas equipes de saúde. Enfrentar tais problemas de forma resolutiva determina um espaço político intersetorial. Não é possível concretizar-se a promoção da saúde independentemente dos determinantes da qualidade de vida. Principalmente a gestão de recursos do meio ambiente e a participação efetiva e resolutiva nas políticas sociais, que são algumas das condições materiais que movem a consciência de cidadania de uma população.

Em 1995, realizou-se a 3ª Conferência Municipal de Saúde com o tema: “*Saúde e Qualidade de Vida*”. Nesse momento, havia uma ênfase no trabalho de saúde, valorizando-se programas de melhoria da qualidade das habitações, saneamento básico, hábitos de vida saudável, entre outros. No plano de políticas de formação de recursos humanos, destacou-se a realização do curso de Especialização de Gerência em Saúde Coletiva, com enfoque na Gestão de Unidade Básica de Saúde – GERUS, para todo o grupo de autoridades sanitárias locais da SMS, aproximadamente 100 gestores.

Foi um dos períodos de expansão da proposta de trabalho da Saúde da Família, o que representava a implantação de 5 US com equipes em número proporcional de Equipe de Saúde Bucal — ESB para Equipe de Saúde da Família — ESF, nesse momento bancada apenas com incentivos financeiros da SMS.

Em 1996, Curitiba assinou o convênio do Programa Saúde da Família com o Ministério da Saúde, possibilitando a ampliação do número de equipes do PSF. Nesse momento, as lideranças das comunidades onde se localizavam as unidades básicas iniciaram, junto com as equipes de saúde, um processo de mobilização no sentido de transformar essas unidades em unidades do PSF.

A partir desse processo, foram estabelecidos os incentivos financeiros a serem pagos às equipes, bem como as estratégias gerenciais, principalmente no que se referia à necessidade de capacitação continuada dessas equipes no sentido da implementação conseqüente da prática específica. Em maio de 1996, realizou-se o Seminário Internacional de Atenção à Saúde da Família, que desencadeou o processo de capacitação para profissionais, recém-ingressos no PSF de Curitiba. Nesse período, implantou-se a Auditoria Ambulatorial e Hospitalar e a Central Metropolitana de Leitos Hospitalares — CMLH, iniciando-se ainda a Gestão Semiplena do SUS no município.

No plano dos debates para consolidar o sistema público de saúde no município, aconteceu em 1997 a 4ª Conferência Municipal de Saúde, cujo tema, “Sistema Único de Saúde — SUS: Saúde Pública com Qualidade”, demonstrava a busca pelo aprimoramento do sistema, por meio da qualidade na prestação dos serviços, entendida como uma tarefa coletiva da gestão municipal, dos conselheiros de saúde e de toda a sociedade.

No campo da expansão e organização dos serviços, aconteceu nesse período a criação do 8º Distrito Sanitário do Bairro Novo, a implantação do hospital próprio — Centro Médico Comunitário Bairro Novo — com 60 leitos. O sistema municipal fechou o ano com 97 US, das quais cinco eram estruturadas para atendimento 24 horas.

Em 19 de março de 1998, a SMS assume o Modelo de Gestão Plena do SUS conforme a NOB-96. Houve significativa redefinição do financiamento, ampliando-se a transferência de recursos financeiros fundo a fundo e a criação do Piso de Atenção Básica — PAB, que mudou a lógica do sistema. O PAB permitiu ao município ampliar os investimentos, correspondendo às exigências do Plano Municipal de Saúde, que priorizava a atenção aos problemas com maior peso epidemiológico e de impacto social. A partir desse momento, fortaleceu-se a capacidade política do sistema municipal, consolidando-se como Gestor Único do SUS, com impacto na implementação de um conjunto de programas priorizados pelo Plano Municipal de Saúde.

No campo da implementação do debate e da prática da política de saúde, realiza-se em 1999 a 5ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema “SUS no Terceiro Milênio em Defesa da Vida”, novamente confirmando uma tendência de preocupação da gestão pública com os princípios universais contidos no SUS, que orientam a política municipal de saúde. Em 1999, estavam implantadas 29 Unidades de Saúde da Família com 44 equipes ESF e ESB.

No início deste milênio, retomam-se os debates sobre o planejamento urbano em Curitiba, considerando que o mesmo tem apresentado, ao longo do tempo, uma tendência endógena. Isso justificaria seu esgotamento frente à realidade atual, principalmente determinado pelo crescimento importante da Região Metropolitana de Curitiba – RMC. Houve um aumento significativo da população da cidade que, sozinha, já superou a marca de 1,6 milhão de habitantes e que, se somada com a RMC, supera 2,6 milhões.

No ano 2000, considerando a perspectiva do processo político da SMS, deu-se a transformação, para o PSF, de todas as unidades básicas do Distrito Sanitário Bairro Novo, que se tornou o primeiro distrito sanitário brasileiro estruturado com uma base hegemônica de Unidades do Programa de Saúde da Família, passando a constituir a porta de entrada do sistema hierarquizado de serviços de saúde lá existentes. Convém ressaltar que a determinação resultou das perspectivas de constituição de respostas às demandas sociais daquela região, bastante agudizadas, principalmente pelos fatores de carências socioeconômicas. Uma grande parte dessa região foi paulatinamente habitada por meio de grandes ocupações irregulares do solo. Desde o início da década de 80, movimentos populares lutam pela posse da terra naquele espaço territorial e, em conjunturas políticas específicas, avançam na implantação necessária de uma infra-estrutura de serviços urbanos.

O Distrito Sanitário Bairro Novo, configurado na proposta de distritalização da saúde, conta com uma rede estruturada e integrada de atenção terciária, secundária e primária. O Centro Médico Comunitário Bairro Novo (hospital/maternidade municipal, de baixa complexidade) que funciona em parceria com o Hospital Evangélico de Curitiba (de alta complexidade), e o Centro de Especialidades Médicas Bairro Novo, buscam dar resposta às demandas na área de assistência secundária juntamente com uma US 24 horas, com perfil para atendimento de urgência e emergência. Como base fundamental dessa estrutura, estão 11 Unidades de Saúde da Família, das quais sete já trabalhavam anteriormente como PSF, e mais quatro eram básicas, do modelo tradicional. Naquele ano ingressaram no PSF mais três US de diferentes distritos de saúde, além daquelas do Bairro Novo.

No ano de 2001, realizou-se a 6ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba com o tema “Avançando na Construção do SUS – Sistema Integrado de Saúde”. Essa temática central suscitou polêmica na compreensão referencial por parte de alguns segmentos do movimento social, gerando controvérsias sobre a utilização do conceito de Sistema Integrado de Saúde,

que havia sido entendido como substituto do SUS. A estratégia institucional foi apoiada no referencial do debate teórico que aponta “O dilema da fragmentação ou integração dos sistemas de serviços de saúde” (MENDES, 2001, p.70), base que influenciou a formulação do Plano Municipal de Saúde para o período de 2001 a 2005.

Nos últimos anos, a equipe gerencial da SMS tem buscado implementar um processo de discussão baseado em problemas relacionados ao sistema municipal de saúde. Para efeito de apoio técnico, firmou-se novamente consultoria com Eugênio Vilaça Mendes, considerando que este é autor da estratégia “Sistemas Integrados de Serviços de Saúde”, a qual analisa e apresenta meios de superação para a problemática dos serviços fragmentados — atenção descontínua, polarização entre o hospital e o ambulatório, a hegemonia da atenção hospitalar e a ausência de integração entre pontos de atenção à saúde.

No ano de 2002, foram implantados os contratos de gestão com os Distritos Sanitários-DS e Unidade de Saúde — US, denominado Termos de Compromissos — TERCOM, pelos quais são realizadas as pactuações de metas de indicadores de cobertura da atenção básica a serem alcançadas com gestões distritais e cada US de Atenção Básica de Saúde — ABS e do Programa Saúde Família — PSF. *Decisão política* e capacidade técnico-operativa podem ser apontadas como os principais motivos que levaram à implantação de uma estratégia de monitoramento e avaliação de serviços de saúde em Curitiba. Os termos de compromisso firmados podem ser traduzidos como uma ferramenta útil para reorientar o planejamento local pelas equipes das US, estabelecer um processo de vigilância à saúde, impactando positivamente nos indicadores de qualidade de vida e saúde dos cidadãos residentes no município.

Durante os anos de 2002 e 2003 foram desenvolvidas oficinas com a participação do grupo gestor das US, DS, diretorias e coordenações, buscando sedimentar a base de dados referenciais para monitorar e avaliar os indicadores, acompanhar as metas e resultados alcançados.

Atualmente, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba encontra-se em gestão plena e vem implementando o SUS através do Sistema Integrado de Serviço de Saúde — SISS, cuja estratégia é consolidar a Unidade de Saúde como porta de entrada do usuário ao sistema. Dessa forma, a Unidade de Saúde é a principal responsável pelo acolhimento e fluxo do cidadão no sistema de saúde, viabilizando o acesso aos demais pontos de atenção, ou seja, a estrutura de serviços especializados que constituem a rede secundária e também os serviços hospitalares de âmbito da estrutura terciária. Os resultados podem ser aferidos através do aumento significativo da cobertura dos programas, redução da mortalidade materna e infantil, aumento da expectativa de vida, entre outros.

A rede municipal conta com uma estrutura de serviços próprios composta de 105 unidades de saúde, entre as quais 5 funcionam 24 horas, realizando serviços de urgência de baixa e média complexidade; muitas unidades agregam serviços de referência especializada, dando suporte à rede de ABS/SF na abrangência do DS. Ainda são 57 caracterizadas como UBS, e 42 atuam na estratégia da SF. Nesse universo, 95 possuem Clínicas Odontológicas.

A rede de serviços, suporte da Atenção Básica, possui um Laboratório Municipal, que tem realizado anualmente uma média de 1,2 milhão de exames; 154 serviços de média complexidade, a exemplo da órtese prótese e fisioterapia; 31 serviços de alta complexidade de atenção clínica da hemodiálise, quimioterapia e radioterapia, medicina nuclear e tomografia computadorizada, entre outros e uma rede de 33 hospitais credenciados ao SUS – Curitiba. A SMS tem buscado sistematicamente pactuar com os gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários, para que estes sujeitos sintam-se co-responsáveis pela construção do sistema de saúde pautado na integralidade, responsabilidade e resolutividade. Espera-se também que os Pólos de Educação Permanente, constituídos de estruturas de ensino-serviço, sejam co-responsáveis pela construção da integralidade da rede de atenção do Sistema Integrado de Serviços de Saúde – SISS – Curitiba.

## ■ Desafios para Consolidar a Integralidade no SISS – Curitiba

Para consolidar o SISS – Curitiba, perseguiu-se um conjunto de princípios e estratégias, que envolveu, num primeiro momento, ruptura das fortes heranças do modelo biomédico flexneriano, da cultura que valoriza a hospitalização, da supremacia da alta tecnologia médica e do modelo assistencial ainda muito centrado em procedimentos curativos.

Em sua origem, a medicina desenvolveu-se numa conjuntura político-econômica propícia para a estruturação científica, por se acreditar que as intervenções no campo da especificidade técnica eram suficientes para a resolução das casualidades do adoecer e curar. Assim, deu-se a expansão dos meios de produção da saúde, centrada na implementação tecnológica de instrumentais de apoio diagnóstico e tratamento das doenças de maior complexidade e especialidade lucrativa. Nessas bases, constituíram-se os sistemas de serviços de saúde. Nesses espaços de “produção da saúde”, de características fragmentadas, foram alocados recursos financeiros, custeados por fundos públicos, com a justificativa de que a implementação tecnológica daria conta de reverter os indicadores de saúde da população.

Enquanto o modelo flexneriano (EUA, 1910) apontava para a interação dos componentes do processo de trabalho tecnologia-médico-enfermo, outra tendência, com base no relatório Dawson (INGLATERRA, 1920), já demonstrava o caminho para constituir um sistema de saúde envolvendo os recursos da comunidade, além da base estrutural de serviços e ações específicas do setor saúde. Uma prática de atenção primária à saúde é sustentada nas ações de promoção dos meios para prevenção das enfermidades e promoção da saúde, condição possível com a participação da população.

Como estratégia de ruptura da concepção e prática flexneriana, construiu-se um sistema de saúde com ênfase nos princípios da Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde e estratégia operacional Sistema Integrado de Serviços de Saúde — SISS, implantada no sentido de qualificar e legitimar a gestão dos pontos da Rede de Atenção à Saúde no município. O SISS estabelece a US básica como porta de entrada do sistema, ao mesmo tempo que organiza a porta de entrada para a clientela de fora do município. Isso implicou o desenvolvimento da capacidade de absorção de novas demandas gerenciais, na redefinição de papéis da Rede de Atenção, que ainda se encontram implantadas com a lógica do sistema biomédico.

Constitui-se assim a missão institucional que busca consolidar a integralidade como princípio condutor de organização da Política Municipal de Saúde, estruturada pelo SISS, da Rede de Atenção e das práticas da saúde com ênfase no cuidado da saúde da população. Os serviços são conduzidos pelo compromisso da associação entre as práticas assistenciais e de saúde coletiva. Não estão organizados exclusivamente para as demandas de doenças de uma população, mas para antecipar com estratégias de intervenção focadas nas situações de vulnerabilidade ou risco de ocorrência das mesmas.

Em específico na gestão do processo de trabalho, isso implica o desenvolvimento da capacidade de disseminação de bases conceituais e metodológicas da Atenção Básica e da Saúde Familiar. A qualificação do processo de trabalho será implementada através da Educação Permanente para o conjunto de profissionais da saúde, mantendo o envolvimento e o compromisso das equipes com a construção da excelência do sistema, serviços e atenção à saúde da população.

Como estratégia de estabelecimento do vínculo das equipes da ABS/ SF, busca maior aproximação com os demais serviços da Rede de Atenção especializada ambulatorial e hospitalar, rompendo o distanciamento, os preconceitos e as condutas de abuso de poder ainda vigentes nas relações institucionais e profissionais que compõem o sistema.

É um processo de qualificação da capacidade de respostas interdisciplinares e intersetoriais, fortalecendo os vínculos entre equipe e usuário, em especial do profissional

médico e efetivando ações assistenciais resolutivas pelas equipes de enfermagem, sedimentando-se os sistemas de apoio, o uso de protocolos de orientação clínica assistencial.

Starfield (2002) considera que um sistema de serviços de saúde possui duas metas principais: *otimizar a saúde da população*, o que implica no reconhecimento das causas das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde e *minimizar as disparidades entre grupos populacionais*, principalmente aquelas relacionadas às condições de acesso aos serviços de saúde. Foi assim que Curitiba conseguiu implantar e expandir a rede municipal de serviços de saúde, através da inclusão, via políticas setoriais, dos mais excluídos da participação econômica e da cidadania. Um sistema orientado e construído com base no conjunto de princípios postos para a atenção primária:

...dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo direcionados para a atenção primária (STARFIELD, 2002, p.19).

Nesse sentido, as gestões institucionais da SMS trabalham a implantação de princípios que orientam as práticas de acolhimento e respeito à dignidade humana. Para isso, foram implementadas as redes comunitárias de solidariedade e apoio às famílias em situação de risco epidemiológico-social, a exemplo dos Comitês Pacto pela Vida, expressão da participação popular, formados por colaboradores na proteção e promoção da saúde, além dos recursos técnicos das US.

Nessa perspectiva, constrói-se um processo de trabalho centrado nas pessoas ou famílias, envolvendo os sujeitos nas discussões de alternativas terapêuticas e de cuidados à saúde. Esse processo se traduz na conscientização dos usuários do sistema da responsabilidade por sua própria saúde e na adoção de condutas que compreendem processos de educação permanente da equipe e das famílias, cujo impacto sedimenta a integralidade na atenção primária à saúde, que caracteriza a experiência de Curitiba nas UBS e USFs.

O processo de trabalho em saúde transformou-se significativamente a partir da descentralização das responsabilidades, tanto dos âmbitos federal/estadual para o municipal, como deste para o local e o comunitário. Descentralizaram-se os atendimentos ambulatoriais e hospitalares e fortaleceu-se a Atenção Básica em nível local e as condutas de atenção primária. Como exemplo: descentralizou-se o tratamento da tuberculose, hanseníase e saúde mental, que têm, ainda, uma cultura muito forte na atenção centralizada em ambulatorios e hospitais. Nesse sentido, a descentralização pode ser considerada como um dos eixos que redefinem a organização do processo de trabalho na atenção primária.

Na prática da atenção primária ou no PSF, a organização do processo de trabalho estruturou-se basicamente na relação de interdependência da ação em equipe, quebrando a verticalização ou a centralização de poder exercido apenas por um profissional, que definia ou estabelecia a divisão do processo de trabalho. Essa forma de organização havia determinado condutas estanques e hierarquizadas entre médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem da mesma forma que, na Odontologia, entre dentistas, técnicos de higiene dental (THDs) e auxiliares de consultório dentário (ACDs).

No âmbito das Unidades de Saúde, a questão da construção do processo de trabalho envolve a apreensão sobre novos objetos postos para as categorias profissionais e equipes do PSF, não mais fundamentados na hegemonia do saber clínico tradicional, mas na construção da evidência clínica contextualizada, nas acumulações de saber e em práticas interdisciplinares que dêem conta dos problemas numa realidade social contraditória. Nesse sentido, um dos desafios será conseguir alterar as condutas de resistência dos profissionais, sobretudo dos médicos. Sabe-se da acumulação cultural e histórica de tal resistência, bem como das dificuldades de mudança nas práticas em saúde ainda hoje vigentes, inclusive na atenção primária ou no PSF. Essas resistências são determinadas por acumulações geradas nos espaços de formação de recursos humanos da área da saúde e que caracterizam o perfil de algumas categorias profissionais.

## ■ A Integralidade na Atenção e Cuidados à Saúde

Na experiência acumulada de mais de duas décadas de implantação gradativa e contínua da rede municipal de saúde, somada aos 15 anos de criação do Sistema Único de Saúde — SUS — Curitiba, destaca-se a organização de serviços fundamentada na universalidade, equidade e integralidade, condições necessárias à consolidação da saúde como direito de cidadania e dever de Estado. A organização da assistência é baseada na ordenação da gestão da saúde, que toma como referência o diagnóstico de realidades locais e do município como um todo, respondendo às necessidades da população, seja no âmbito da ABS/SF ou da atenção especializada em todos os níveis de resolutividade.

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba investe num conjunto de programas estratégicos para a população nos diferentes ciclos de vida, e em problemas específicos, e orienta práticas clínicas assistenciais, a partir de pressupostos da Medicina baseada em evidência, definindo assim novos instrumentais de trabalho, a exemplo dos protocolos clínicos assistenciais. Esses protocolos servem como linhas de condutas das ações e práticas profissionais, orientando procedimentos específicos ou um conjunto de atividades, desenhadas sequencialmente, com papéis e funções pré-referidas do que se espera na atenção à saúde por parte de profissionais, o que resulta na integridade e qualidade da atenção à saúde.

Nesse sentido, os protocolos assistenciais, quando implantados e efetivamente incorporados à prática dos profissionais de saúde, são instrumentos que asseguram a integralidade da atenção à saúde da população. Podem ser considerados aportes instrumentais da gestão da clínica e gestão de patologias, que ampliam a resolutividade na ABS/SF e demais pontos de atenção do SISS.

Num momento histórico, a implementação político-financeira da Atenção Básica foi impulsionada pela assinatura do termo de compromisso entre o município e o governo federal, através do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF, uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial – BIRD, voltada à organização e ao fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no país. Nesse sentido, o PROESF expande e consolida hegemonicamente a estratégia de Saúde da Família de Curitiba para 50% de uma população de 1.644.600 pessoas residentes no município.

As pactuações de compromissos com as equipes para cobertura de indicadores da Atenção Básica são negociadas a partir dos recursos de infra-estrutura instalados, de parâmetros do pacto municipal, assumidos com o Ministério da Saúde, das diretrizes firmadas nas Conferências Municipais de Saúde, realizadas a cada dois anos, e das metas mobilizadoras da política municipal de saúde, a exemplo da “Redução da Mortalidade Infantil a um Dígito”, cuja taxa em 2002 fechou em 11,8 por mil nascidos vivos.

Cada meta se traduz em uma estratégia de vigilância à saúde para as equipes e US. Os resultados podem ser aferidos através do aumento significativo da cobertura dos programas, na atenção interdisciplinar e na qualidade dos cuidados desenvolvidos pelas equipes, que se traduzem na redução da mortalidade materna e infantil, aumento da expectativa de vida e outros.

As equipes atuam orientadas por protocolos que representam consensos e normalizam condutas clínicas assistenciais no processo de trabalho das equipes ABS/ SF, e que repercutem também na rede de atenção especializada e hospitalar que compõem o SISS – Curitiba. Encontram-se implantados os protocolos dos programas: Mãe Curitibana; Saúde Mental; Atenção às Mulheres Vítimas de Violência; Mulher de Verdade; Prevenção de Câncer de Colo e Mama; Planejamento Familiar; Saúde Bucal; Crescendo com Saúde e Saúde do Adolescente; entre outros desenvolvidos pela SMS, que reproduzem a lógica da integração dos serviços e integralidade da atenção e cuidados à saúde em todas as fases do ciclo de vida.

As Unidades Básicas trabalham com a atuação de clínicos, pediatra e gineco-obstetra, enquanto as unidades de Saúde da Família atuam na prática médica generalista. Essas duas modalidades de serviços organizam a atenção à saúde numa territorial definida, cadastram os usuários estabelecendo vinculação da população residente com a US,

estruturam o planejamento local no contexto de abrangência, pactuam metas de cobertura dos programas estratégicos com as equipes, realizam a vigilância à saúde, monitoram e avaliam os resultados. É construído através de uma trajetória específica e qualificada no processo de descentralização e regionalização do setor, resultando no fortalecimento da gestão local e ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população.

As Unidades de Saúde da Família, mais especificamente, focalizam atenção a uma população adscrita de microáreas de responsabilidade de uma Equipe de Saúde da Família – ESF (1 médico, 1 enfermeiro, 4 auxiliares de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde) e uma Equipe de Saúde Bucal – ESB (1 dentista, 1 técnico de higiene dental e 2 auxiliares de consultório dentário), responsáveis por aproximadamente, 3.450 pessoas ou mil famílias. Essas duas equipes desenvolvem em conjunto as ações estratégicas no âmbito da assistência e vigilância à saúde no espaço extramuro da US e realizam procedimentos clínicos e de cuidados às famílias no domicílio, quando necessário. Assim, constroem um processo de trabalho específico, pautado nos princípios da humanização, vínculo, responsabilização e integralidade da atenção às famílias que necessitam de uma abordagem diferenciada e longitudinal no seu ciclo de vida familiar.

Para ampliar a qualidade da atenção, destacam-se os convênios estabelecidos com as universidades e associações de profissionais para a formação do potencial de trabalhadores de saúde, a exemplo dos cursos de especialização em Gestão da Saúde, Saúde da Família, Habilidades Clínicas na APS (PROFAM), além de outras capacitações e educação permanente em serviço, que são continuamente desenvolvidas para implementar o processo de trabalho e resolutividade nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e Unidades Saúde da Família – USFs.

A experiência da gestão de cuidados pelas equipes de saúde na ABS/ SF é demonstrada pela efetivação das práticas de acolhimento dos usuários, busca ativa a programas específicos, internação domiciliar ou ambulatorial, atividades de educação em saúde e fortalecimento do vínculo com as famílias e comunidade, entre outras ações sistematizadas de cuidados que promovem a integralidade da atenção à saúde.

A prática do acolhimento é realizada pelos profissionais de saúde na abordagem dos usuários que buscam as US em relação à uma demanda específica, ou junto às famílias ou comunidade, nos equipamentos sociais, quando são realizadas as visitas de diagnóstico ou monitoramento da atenção pela equipe. O denominado “acolhimento solidário” é uma estratégia do processo de trabalho implantada para dar respostas à demanda imediata, agilizar condutas administrativas, ordenar prioridades da atenção assistencial e humanizar a abordagem através da escuta ativa aos usuários dos serviços. Por outro lado, foi um

modo de inverter o eixo da atenção à saúde, centralizado na consulta médica, que trouxe benefícios para os usuários, deslocando a pressão da demanda para a categoria da enfermagem, hoje a responsável pelo acolhimento.

Quando se implantou esta estratégia, foram mobilizados todos os profissionais lotados na rede de serviços próprios da SMS, os quais participaram de um processo de sensibilização e formação específica, consolidando-se assim uma nova cultura de prática humanizada às pessoas e suas necessidades complexas aos que procuram as unidades ou são acolhidos em suas residências pelas equipes de Saúde da Família.

A busca ativa a programas específicos ou atenção clínica assistencial é uma conduta de vigilância à saúde para situações de sensibilização e adesão ao processo terapêutico ou de educação à saúde do usuário, realizada numa abordagem domiciliar por um ou mais profissionais de saúde. A busca ativa estabelece não apenas o resgate dos sujeitos que têm problemas, necessidades e prioridades indiferenciadas, muitas vezes desconhecidas da equipe ou da US.

Essa conduta, quando trabalhada respeitando as individualidades, resgata a noção do autocuidado e estabelece o direito à saúde para aqueles que muitas vezes não têm uma rede de apoio ou referência familiar cuidadora. A busca ativa é realizada para aqueles sujeitos ou famílias que se encontram em situação de risco ou estão participando de rotinas terapêuticas, a exemplo do tratamento de doenças crônico-degenerativas e situações de risco à saúde, como uma criança não vacinada na data programada. Atualmente, os profissionais mais envolvidos na busca ativa, mas não únicos entre auxiliares de enfermagem, enfermeiros, auxiliar de consultório dentário, entre outros, é o agente comunitário de saúde. Lembrando os dizeres de um médico da Saúde da Família: “os ACS são os olhos e nossos braços estendidos nas famílias e na comunidade” (US SÃO DOMINGOS).

O internação domiciliar ou ambulatorial é uma prática incipiente na rede da atenção básica, sendo desenvolvido mais especificamente pelas equipes de Saúde da Família e poucas unidades de atenção básica tradicional. É um procedimento assistencial de cuidado humanizado, para aqueles usuários portadores de doenças terminais ou crônicas, entre outras, atendidas e monitoradas pelas equipes. Para cada caso, as equipes desenvolvem uma rotina de procedimentos e cuidados, compartilhados interdisciplinarmente, e com a participação das famílias. A validade e resolutividade desta forma de atenção só acontece quando existem condições de infra-estrutura no domicílio, que assegure qualidade correspondente ao internação hospitalar. O diferencial do internação domiciliar está relacionado ao cuidado humanizado, individualizado, ao apoio dos familiares e ao compromisso da equipe de saúde. Para segurança da equipe de saúde e dos familiares, deve ter o aporte da infra-estrutura de serviços, nos diferentes pontos de atenção do sistema de saúde.

A abordagem de vínculo, traduzido pelo compromisso dos profissionais de referência com as famílias e comunidades onde atuam, promovem novas práticas, mobilizam recursos para atenção integral à saúde, seja da participação dos próprios usuários, no âmbito institucional, ou de participação intersetorial comunitária. Mais especificamente nas USFs, as equipes têm demonstrado avanços na relação de vínculos construídos com a população.

Um trabalho de pesquisa realizado através da estratégia de coleta de dados, denominada grupos focais (RIBEIRO, 2002), apreendeu na discussão de uma Equipe de Saúde Familiar a categoria Pertença e Vínculos Comunitários. A noção de pertença representa a condição de pertencer a uma referência estabelecida: família, comunidade, cidade, país e cultura específica. Está relacionada à percepção e ao exercício da participação na família, na comunidade e nas políticas públicas, entre outros setores de produção e reprodução da vida em sociedade. Esse conceito especifica também a condição de adesão dos profissionais a um “território” definido, os quais apreendem com a cultura local, estabelecem compromisso e confiança com o sujeito-família, participante de uma problemática comum.

No território da Unidade de Saúde, as equipes trabalham com um volume fixo de pessoas e famílias. Nesse contexto, há um percentual de pessoas que se mudam, mas os que permanecem, na maioria, são reconhecidos pelo nome, parentesco, relações afetivas, culturais, econômicas e outras formas de inclusão na vida comunitária. Para reconhecer o território e fortalecer a concepção do vínculo, começa-se pela forma de olhar a comunidade: proximidade e vínculo... olhar através dos cinco dedos... conhecer de uma forma diferente, conhecer um pouco mais a história dessas famílias, o contexto onde elas estão inseridas e aí estar indo além disso, investigando mesmo, conversando, estabelecendo confiança. E aí a gente vai chegar em uma história, que é muito além ... (USF Jardim Santos Andrade).

Daí a constituição necessária de espaços democráticos no âmbito das relações de trabalho das equipes na ABS/SF. Espaços de discussão das práticas e de aprimoramento dos referenciais teórico-metodológicos. Espaços de abertura para a participação de novos sujeitos responsáveis pela construção da prática social da saúde, a exemplo das organizações populares, cujas trocas com os profissionais de saúde levam à transformação das concepções de mundo destes mesmos profissionais.

Há que se construir um processo de trabalho a partir de uma abordagem ampliada da definição de problema na comunidade, não centrado apenas no ponto de vista técnico, mas aproximado da realidade de quem vive os problemas. Buscar apropriação a partir do ponto de referência daqueles que definem e sentem os problemas é condição necessária para as equipes atuarem num espaço territorial e organizarem suas práticas em saúde.

A noção de integralidade da atenção está diretamente relacionada à qualidade da atenção, como forma de alcançar melhores respostas às necessidades de uma população,

melhor relação custo-benefício a situações de riscos à saúde, efetivando-se a promoção da saúde. A qualidade e a satisfação dos usuários estão diretamente relacionadas às condições de acesso aos serviços, relações de abordagem humanizada, atuação interdisciplinar e intersetorial, continuidade e coordenação da atenção. Essas são as questões que compreendem o exercício da integralidade.

Observamos que a qualidade da atenção médica e de toda a equipe baseia-se nas condutas e na relação sujeitos - famílias e equipe de saúde. As condutas são influenciadas pelas concepções em relação ao processo saúde-doença, aos cuidados técnicos que envolvem adequação do diagnóstico e da terapêutica, de acordo com os protocolos clínicos assistenciais, compreensão do ambiente sociocultural e motivacional de cada sujeito do processo.

As atividades de educação em saúde perpassam todas as etapas do processo de trabalho na ABS/ SF, nas ações individuais ou coletivas, hoje implementadas com a concepção de educação permanente. É um processo construído não apenas com a participação efetiva dos trabalhadores de saúde, mas também com o envolvimento dos usuários, os quais estimulam a implementação de ações, condutas e estratégias da promoção à saúde.

Um outro aspecto da integralidade refere-se à qualidade de informações constantes no prontuário família-usuário. As informações são a base de referência para a coordenação e a continuidade da atenção pelos demais profissionais ou serviços que compõem a rede de cuidados à saúde. Com o prontuário informatizado, interligado em rede às unidades que compõem a estrutura de serviços de saúde do município de Curitiba, as informações podem ser conhecidas, avaliadas e analisadas pelo grupo técnico-gerencial, nas áreas específicas da epidemiologia, da produção de serviços e processo de trabalho. Esta base de informação é acessível à auditoria e à regulação do sistema e serviços de saúde.

Quando esse sujeito busca formas específicas de cuidado, procurando a atenção médica, antes que qualquer médico formule um diagnóstico, ele próprio já se considera na condição de paciente. Da percepção desse sofrimento, na interação com os códigos culturais para seu entendimento e apresentação, e dos recursos tecnológicos disponíveis, surge a demanda por serviços de saúde. Ou seja, as dimensões do sofrimento (demanda) e da atenção (oferta) são dialeticamente co-produzidas (CAMARGO, 2003, p.38).

Geralmente, quando os usuários procuram os serviços de saúde não buscam limitadamente consultas ou procedimentos, buscam cuidado. Para o sujeito que sofre, a atenção e o cuidado são necessidades concretas. As expectativas são indiferenciadas; por isso, os profissionais devem ter flexibilidade na comunicação e abordagens mediadoras que elevem a autonomia dos usuários. Devem ainda pactuar relações de autocuidado com os sujeitos e familiares, os quais devem ser orientados para participarem do processo de melhoria da saúde e qualidade de vida.

Como uma das experiências de integralidade, o Programa Mãe Curitibana, implantado em 1999, demonstra a gestão do cuidado a gestantes, firmando a relação de compromissos da Rede de Unidades de Saúde e Hospitais, garantindo atendimento mais humanizado e de maior qualidade. Para as equipes, o Programa Mãe Curitiba estabelece uma responsabilização pela saúde da mãe e filho. O programa estabeleceu a garantia da vinculação da gestante à maternidade de referência durante o pré-natal. No 6º ou 7º mês de gestação, a mãe visita o serviço onde acontecerá o parto. É nesse momento que se estabelece o vínculo da gestante com a equipe do hospital, promovendo assim segurança e satisfação das gestantes. Numa pesquisa realizada pelo Conselho Municipal de Saúde no ano de 2000, com gestantes de todas as unidades de saúde, obteve-se o resultado de 95% de mulheres satisfeitas depois de atendidas pelo programa.

Em resumo, o Programa Mãe Curitibana tem-se constituído num exemplo de prática de acolhimento e integralidade da atenção às gestantes. Atualmente, o programa está se qualificando através de uma estratégia que estabelece uma premiação a ser concedida anualmente aos serviços de saúde — Unidades de Saúde, Hospitais vinculados ao programa e Comitês em Defesa da Vida que obtiverem os melhores resultados no foco da humanização do pré-natal, parto e puerpério. O processo de avaliação será realizado pelas puérperas, equipes de saúde, Conselhos Locais de Saúde, Hospitais e Comitês de monitoramento e a sistematização, coordenações Distritais e do Programa Mãe Curitibana na SMS.

A avaliação final será realizada pelo Corpo Gerencial da SMS e submetida à aprovação do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. Esse prêmio será concedido anualmente, no mês de março, em comemoração da implantação do Programa Mãe Curitibana e Pacto pela Vida, valorizando os parceiros destes programas. Destacamos um dos maiores compromissos da SMS, expresso no “Pacto pela Vida”, estabelecido com as equipes e movimentos comunitários no sentido de reduzir a mortalidade infantil no município para apenas um dígito, em 2005. Para tanto, além do investimento na rede de serviços de saúde, as mães e as crianças de risco contam com uma rede de solidariedade, composta por voluntários que atuam nos Comitês em Defesa da Vida.

Destacam-se ainda outros compromissos estratégicos de gestão do sistema municipal de saúde, que se desenvolvem na mesma proporção, considerando o tempo de organização técnica e política, como os programas: Nascer em Curitiba; Crescendo com Saúde; Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência; Viva Mulher; Planejamento Familiar, Mulher de Verdade; Saúde do Idoso; Cárie Zero; Saúde Mental; DST/Aids; doenças crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes, câncer, tuberculose, hanseníase, entre outras); Saúde do Trabalhador, Controle de Zoonoses (mordedura de cão, leptospirose, dengue, loxocelas) e as doenças e agravos por causas externas (acidentes, violência).

Esse processo aponta, a médio e longo prazo, para uma estratégia de gestão voltada para resultados, que valoriza a saúde familiar, o cuidado com os portadores de patologias crônicas e riscos populacionais. Em especial, reforça a prática do autocuidado e institui profissionais e usuários como sujeitos, numa relação de cidadania organizada nos planos individual, familiar e social.

## ■ Considerações Finais

De fato, uma das principais contribuições desta experiência é que os avanços e resultados alcançados estão relacionados a conjunturas de continuidade e determinação técnica e política, condições que agregaram capacidade gerencial na estruturação da Rede de ABS e SF que compõem o Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Curitiba. Destaca-se ainda a contribuição de estratégias intersetoriais, entre outras o “Modelo Colaborativo”, experiência iniciada em 1999 no Distrito Sanitário Cajuru, implantada com apoio técnico da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional — CIDA, a qual enfoca o desenvolvimento social e a qualidade de vida e saúde ancorados na parceria efetiva entre governo, iniciativa privada e sociedade civil. No trabalho intersetorial, que expandiu em todos os Distritos Sanitários, agregam-se diferentes formas de organização e expressão participativa de integralidade das ações no setor saúde.

No âmbito das Unidades de Saúde, a questão da construção do processo de trabalho envolve a apreensão sobre novos objetos postos para as categorias profissionais e equipes da ABS/SF, não mais fundamentados na hegemonia do saber clínico tradicional, mas na construção da evidência clínica contextualizada, nas acumulações de saber e práticas interdisciplinares e intersetoriais que dêem conta dos problemas numa realidade social contraditória. Nesse sentido, um dos desafios será conseguir alterar as condutas de resistência de profissionais, inseridos nos diferentes pontos de atenção à saúde. Sabe-se da acumulação cultural e histórica de tal resistência, bem como das dificuldades de mudança nas práticas em saúde ainda hoje vigentes, inclusive na ABS/SF. Essas resistências são determinadas por acumulações geradas nos espaços de formação dos trabalhadores da área da saúde e que caracterizam o perfil de algumas categorias profissionais.

Vivenciamos um momento histórico que implica determinação política e capacidade organizacional do sistema e serviços de saúde que serão apreendidos num processo de avaliação, cuja necessidade é argumentada por Hartz (2002) como fundamental nesta discussão: qualificar e institucionalizar a avaliação nos diversos níveis de governo comprometidos com as mudanças do modelo assistencial no SUS. E portanto, a autora acima afirma que o desafio de “qualificar” as avaliações no âmbito institucional está diretamente vinculado à capacitação de recursos humanos, do nível central ao local, que assegure nesse processo mais do que uma determinação institucional, ou seja, passamos hoje a nos preocupar com a necessidade de formação de uma massa crítica, composta da participação de gestores e trabalhadores de saúde que venham exercer qualificadamente o processo da avaliação dos serviços de saúde, sob o ponto de referência dos diferentes atores sociais.

## ■ Referências

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1, 1978, Alma-Ata, URSS. *Cuidados Primários de Saúde*. Brasília: OMS: UNICEF, 1978.

CAMARGO Jr., Kenneth R. "Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade". In: PINHEIRO; MATTOS (Orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2003.

HARTZ, Zulmira M. A. "Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica". *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.7, p. 419-421, 2002.

MENDES, Eugênio V. "O processo social de distritalização da saúde". In: MENDES, E. V. (org). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.

MENDES, Eugênio V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

PEDOTTI, Maria Alice; MOISÉS, Samuel Jorge. "A história dos 20 anos de Atenção Primária à saúde em Curitiba e outras 'estórias'". *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, nov. 2000.

RAGGIO, Armando; GIACOMINI, Carlos H. "A permanente construção de um modelo de saúde". *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n 16, dez 1996.

RIBEIRO, Elisete Maria. *A Atenção Primária à saúde em Curitiba: o trabalho no Programa Saúde da Família*. 2001. Dissertação (Mestrado) - PUC, São Paulo, 2001.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.



---

## CAPÍTULO 3

# A EXPERIÊNCIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTÍMULO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA-BA

**Jussara Barros Oliveira**

*Enfermeira, Técnica da Atenção Básica, Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória da Conquista-Ba, Especialista em Saúde da Família — UnB-DF*

**Stael Cristine Gusmão**

*Assistente Social, Coordenadora do Núcleo de Controle Social, Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória da Conquista-BA, Especialista em Comunicação em Saúde — UESB-BA*

---

### ■ Resumo

O presente artigo relata a experiência do município de Vitória da Conquista — Bahia, quanto à contribuição da Estratégia Saúde da Família na participação popular e controle social no SUS. Destaca também a importância da gestão pública municipal, na valorização de espaços democráticos definidos por bases legais, atrelados às políticas sociais, que estimulam o exercício da cidadania e co-responsabilidade social. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família tem sido a política adotada pelo município para a reorientação do modelo assistencial, tornando a comunidade ator social e político importante para a construção de um Sistema Local de Saúde. A trajetória de organização e formação dos Conselhos de Saúde, bem como da capacitação permanente dos conselheiros é apresentada neste artigo, tendo o processo educativo como ponto de partida para instrumentalizar a população de conhecimentos que favoreçam sua emancipação política.

**DESCRITORES:** Estratégia Saúde da Família. Participação. Controle Social. Processo Educativo

### ■ Introdução

Vitória da Conquista está localizada no Sudoeste da Bahia, no polígono da seca, sendo o terceiro município do estado, distante 510 km da capital, com população estimada de cerca de 270.364 habitantes, com taxa de urbanização de 86% e população rural distribuída por 284 povoados em dez distritos. A cidade está no centro de um importante cruzamento rodoviário, ligando pela BR-116, o Norte ao Sul do país, e por estrada estadual o Leste ao

Oeste, facilitando grande concentração de migrantes. As atividades econômicas basicamente giram em torno da produção agrícola de café e do setor terciário (de comércio e serviços), sendo este o que mais cresce atualmente e também o mais dinâmico da economia municipal: a sua participação na renda está estimada em 50%, e é o setor que mais gera emprego.

A cidade polariza uma região com mais de 80 municípios com cerca de dois milhões de habitantes, inclusive cidades do Norte-Nordeste de Minas Gerais, tornando-se o principal centro regional na prestação de serviços nas áreas de educação e saúde, contando com serviços médicos especializados, uma universidade pública estadual e três privadas.

A partir de janeiro de 1997, quando assumiu a administração municipal, o atual governo vem implementando políticas sociais nas áreas de educação, saúde e assistência social de forma participativa, estimulando a co-responsabilidade social, a autonomia das instituições sociais e o controle social. Esta forma de gestão de perfil democrático e popular tem como objetivo reduzir as desigualdades sociais, desconcentrar poder e garantir participação popular nas decisões das políticas públicas; “ou seja, não poderíamos considerar política social, senão aquela que toca o espectro das desigualdades sociais, reduzindo-as” (DEMO, 1988, p.6).

Em janeiro de 1997, o governo atual assumiu o município com uma dívida de U\$ 28,6 milhões, para uma arrecadação anual inferior a U\$ 10,3 milhões. Os salários do funcionalismo estavam atrasados em cinco meses e havia um quadro de precariedade em todos os serviços prestados à comunidade, como o de limpeza pública, que se encontrava paralisado. As primeiras ações da administração foram no sentido de saneamento financeiro, colocando em dia os salários, pagando os fornecedores, renegociando as dívidas da previdência e contribuições trabalhistas, possibilitando o início da expansão da oferta de serviços ainda no primeiro ano de governo.

Na Secretaria Municipal da Saúde (SMS), a situação não era diferente, existiam apenas 195 funcionários, e desses somente 8 eram médicos contratados pelo município. A rede era composta de 7 Unidades Básicas de Saúde, em péssimas condições de funcionamento, com baixa oferta de ações e serviços, inexistência de medicamentos e materiais de consumo e com profissionais completamente desmotivados. As ações de vigilância Epidemiológica e Sanitária sequer tinham sido implantadas efetivamente e a cobertura vacinal em gestantes e crianças era muito baixa. O Conselho Municipal de Saúde encontrava-se desativado (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2002).

Priorizou-se oferecer uma assistência integral que pudesse dar cobertura à maioria absoluta das famílias de baixa renda do município. A política de saúde previu o aumento

dos profissionais, ampliação dos serviços e equipamentos, ações na área de prevenção, de cobertura vacinal e redução da mortalidade infantil. Assim, foi elaborado o plano municipal de saúde em 1998, através de fóruns populares, coordenados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2002).

Logo o município de Vitória da Conquista optou pela implantação da Estratégia Saúde da Família, como instrumento de reestruturação do Sistema Local de Saúde, ampliando o acesso aos serviços de saúde, potencializando a capacidade resolutiva da Atenção Básica.

A Estratégia Saúde da Família é entendida nesse contexto através da lógica da vigilância da saúde, representada pela concepção da saúde centrada na promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2000). Porém, essa nova modalidade de atenção a saúde nos revela a necessidade de garantir a integralidade das ações, redesenhando um novo fluxo dos usuários nos demais níveis de atenção.

As bases legais do direito à saúde são postas, nesse contexto, como direito de cidadania, valorizando a participação popular nas decisões sobre a política de saúde por meio das relações que são estabelecidas entre os profissionais das equipes de saúde da família e da comunidade.

A participação popular e o controle social têm-se dado através dos diversos Conselhos Municipais, Conselhos Locais de Saúde (CLS), Orçamento Participativo e, mais recentemente do Congresso da cidade, bem como das diversas Conferências Municipais que a cidade vem realizando durante todos estes anos. Reconhecemos, porém, que esta não seja uma tarefa das mais fáceis de um governo desempenhar, porque depende constantemente do exercício da autocrítica e do entendimento de que um dos papéis do Estado é de instrumentalizar a população de conhecimentos que favoreçam a sua emancipação política. Como afirma Demo:

Fundamental é, pois, restabelecer o confronto dialético entre Estado e sociedade civil. Não dicotomia, porque um é cria da outra, e as pessoas e os grupos se entrelaçam nos dois. Mas relação federativa de controle democrático, de baixo para cima. Até porque somente assim podemos fazer a defesa crítica do Estado, algo hoje de importância fundamental.

E ainda complementa “o Estado não é o que diz ser nem o que quer ser, mas o que a cidadania popular organizada o faz ser e querer”s (DEMO, 2003, p.54).

Uma outra questão que tem nos movido para a mobilização popular através das organizações dos diversos conselhos municipais e os conselhos locais de saúde, é o entendimento de que essa mobilização precisa ser exercida enquanto processo educacional. Assim, concordamos plenamente com Paulo Freire (FREIRE, 2003, p.130) quando diz: “é impossível organizar sem educar e sem ser educado pelo próprio processo de organizar.

Em segundo lugar, podemos aproveitar o processo de organizar para desenvolver um processo muito especial de educação”. A forma como vem sendo estimulado o controle social no município parte do desejo de educar e, ao mesmo tempo, se educar nesse processo e construirmos, governo e população juntos, uma cidade verdadeiramente democrática e menos desigual, onde se busca prevalecer o respeito e a garantia pelos direitos conquistados que muitas vezes não são exercidos pela população. Para Bonamigo:

A igualdade é o próprio fundamento da democracia. Embora o liberalismo clássico afirmasse que a igualdade de oportunidades era possível mediante a igual atribuição dos direitos fundamentais, esse postulado foi perdendo cada vez mais a veracidade e deixando claro que a igualdade de direitos não é suficiente para tornar as oportunidades acessíveis a quem é socialmente desfavorecido (BONAMIGO, 2000, p.42).

Com essa forma democrática de gestão, o município vem alcançando resultados positivos na qualidade dos serviços prestados à comunidade. A política de saúde do município é um exemplo de política pública exitosa, devido ao esforço coletivo empreendido pelos profissionais, gestores e usuários, que têm como prioridade a luta pelo cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

## ■ A Construção do Sistema Municipal de Saúde

Em 1997, com a situação caótica em que foi encontrada o Sistema Local de saúde, com péssimos indicadores de serviços e de saúde, reverter este quadro era um grande desafio para os gestores. Muito havia a ser feito, uma vez que o desejo era fazer valer um novo conceito de saúde, entendido como resultante das condições de vida da população, portanto dependente de políticas sociais sérias que tivessem como objetivo atender as reais necessidades da população.

Este novo conceito de saúde foi construído a partir do movimento da reforma sanitária, referendado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e inscrito na Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 196 declara:

A saúde como direito de todos e dever do estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção proteção e recuperação.

A Constituição Federal legitimou a participação da população no controle do SUS quando, em seu artigo 198, a determinou como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Em Vitória da Conquista, com a ativação do Conselho Municipal de Saúde em 1997, foram definidas, como prioridades: a expansão da oferta de serviços e a municipalização

do sistema. Após um intenso período de negociação, o município assumiu a Gestão Plena da Atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em fevereiro de 1998. A gestão municipal optou pela inversão da lógica do modelo assistencial, equipando e potencializando a rede pública municipal, permitindo dessa forma a concentração e a otimização dos recursos e o fortalecimento da Atenção Básica. Nesse sentido a Estratégia Saúde da Família tornou-se o eixo de reorientação desse modelo, possibilitando uma reestruturação da rede de serviços, apoiado nas diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social.

A discussão com a comunidade local foi o fator catalisador do processo de implantação do PACS/PSF (Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família), que definiu com o conselho municipal as áreas de risco do município que seriam priorizadas. Em junho de 1998 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com 6 equipes cobrindo 43% da população em áreas urbana e rural. No mesmo ano, em outubro, foi implantado o Programa de Saúde da Família – PSF, com os objetivos de ampliar a cobertura e reorganizar o sistema de saúde, transformando a Atenção Básica em sua porta de entrada. A princípio foram implantadas 5 equipes (6,5% de cobertura). Atualmente o município conta com 32 equipes e cobertura de 43%. Recentemente o município foi contemplado no projeto de expansão do Programa de Saúde da Família – PROESF, financiado pelo Ministério da Saúde e pelo Banco Mundial. Esse projeto permitirá ao município implantar mais 23 ESFs e atingir uma cobertura populacional de 70% até 2007.

As Equipes de Saúde da Família são compostas por: 1 médico, 1 enfermeiro, 3 auxiliares de enfermagem para as equipes da zona urbana e 2 para zona rural, 1 cirurgião dentista para duas equipes, 1 auxiliar de cirurgião dentista, 8 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 auxiliar administrativo, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 vigilante por unidade de saúde e um motorista para as equipes da zona rural. Cabe ressaltar que a inserção do cirurgião-dentista ocorreu desde a implantação das primeiras equipes, por decisão da SMS e deliberação do Conselho Municipal de Saúde, tornando-se uma das experiências pioneiras no país.

A inserção dos profissionais no PSF ocorre através de processo de seleção pública, que contou inicialmente com a assessoria do pólo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para a Saúde da Família. Esse trabalho foi desenvolvido sob coordenação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, que também realizou o treinamento introdutório das primeiras equipes. A Estratégia Saúde da Família estimula um processo permanente de capacitação dos profissionais, instrumentalizando-os a promover uma assistência integral, que garanta resolutividade às demandas

de saúde da população adscrita. Nessa perspectiva a Secretaria Municipal da Saúde tem realizado capacitações em diversas áreas de atuação como: controle social, hipertensão arterial, diabetes, AIDIP (atenção integral às doenças prevalentes na infância), pré-natal, imunização, planejamento familiar, dengue, DST/AIDS, prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas, saúde mental, saúde do Idoso, tuberculose, hanseníase, prevenção do câncer de colo cérvico-uterino, hepatites virais, descentralização das ações de vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador.

Desde outubro 1998, o município mantém convênio com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família — ISC/UFBA/SESAB, que recebe residentes para estágio no PSF. Essa parceria tem-se mostrado bastante positiva, uma vez que a atuação dos residentes em Saúde da Família junto às equipes tem oportunizado uma maior reflexão destas sobre suas práticas, contribuindo para a implementação da estratégia.

Todos os profissionais do PACS/PSF são contratados pela Associação de Apoio à Saúde Conquistense (ASAS), que é uma organização não-governamental, formada por lideranças da sociedade civil organizada, oriundas do movimento sindical, entidades populares, e igrejas. A associação assegura aos profissionais contratados todas as garantias trabalhistas previstas na CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas).

Ainda na gestão da Atenção Básica, o município iniciou a implantação de alguns serviços de referência no nível de atenção especializada como: o laboratório municipal, que posteriormente foi ampliado e automatizado, o Centro de Referência em DST/AIDS, com serviços de Testagem Anônima, Atenção Especializada, Laboratório Especializado e Hospital — Dia, e o Centro de Referência em Pneumologia e Dermatologia Sanitária. Na gestão Plena do Sistema, foram implantados serviços de referência como: Centro de Reabilitação Física, Centro de Atendimento Psicossocial, Centro de Estudos em Atendimento a Dependentes Químicos, Centro de Diagnóstico por Imagem, Ambulatório de Hepatite C, resgate médico e central de leitos.

Ainda como retaguarda das Equipes de Saúde da Família, é assegurado um serviço de referência informatizado, para atendimento e procedimentos especializados, que conta hoje com 27 especialidades médicas. As Equipes de Saúde da Família, como constituem o primeiro contato do usuário com o sistema, funcionam como mecanismo de orientação do fluxo para atendimento especializado.

São disponibilizados por mês cerca de 30.000 procedimentos especializados, divididos por cota para as Equipes de Saúde da Família, municípios pactuados e outros serviços da rede municipal. Em Vitória da Conquista, como pode ser observado, a Estratégia Saúde da Família, além de prioridade, é parte do esforço e peça fundamental da estruturação

do sistema local de saúde. A partir de suas ações, tem sido impulsionada a oferta de serviços de referência e organizado o fluxo dos usuários, que, após a habilitação do município em gestão Plena Municipal, apresentou um incremento e diversificação na oferta de procedimentos pela rede SUS (SOLLA, 2002).

O sistema de referência para as Equipes de Saúde da Família também conta com uma rede hospitalar de atendimento pelo SUS, composta por 9 hospitais: 3 públicos (1 geral e 1 psiquiátrico estaduais, 1 materno-infantil municipal), 1 filantrópico (Santa Casa) e 5 privados (1 geral, 1 obstétrico, 1 de especialidades e 2 pediátricos), além de um pronto-socorro municipal instalado em hospital conveniado.

Atualmente a rede de Atenção Básica é formada por 6 unidades, funcionando no formato do modelo tradicional, que são as áreas cobertas pelo PACS e 20 Unidades de Saúde da Família, sendo 10 unidades na zona urbana, que comportam 20 equipes e 10 unidades na zona Rural com 12 equipes. Alguns dados são importantes para mostrar o crescimento do acesso da população aos procedimentos em Atenção Básica, que evoluíram de 151.049 procedimentos em 1996, para 1.688.864 em 2002. As consultas médicas básicas em 1996 foram inferiores a 38 mil, atingindo 227.000 no ano de 2002.

## ■ A Organização do Controle Social no Município e os Coselhos Locais de Saúde — Contribuição do PSF

O processo de controle social realizado pelos conselhos de saúde imprime uma nova dinâmica de participação popular, redefinindo atribuições e responsabilidades de gestores e comunidade. Nesse sentido a SMS, a partir de 1997, por acreditar na gestão participativa como componente estratégico no planejamento de ações de saúde, reativou o Conselho Municipal de Saúde, que passou a desempenhar suas funções de co-participação na gestão municipal.

Também considerou o que dispõe a Lei 8.142/90, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, que define como formas de participação as Conferências e os Conselhos Municipais de Saúde nos três níveis de governo, que são instâncias intermediadoras na relação Estado e sociedade. Especificamente em relação aos conselhos, a lei determina seu caráter permanente e deliberativo, tendo como função atuar na formulação de estratégias, no controle e execução da política de saúde, incluindo os aspectos financeiros. É composto por quatro representações: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo a representação deste último obrigatoriamente paritária, em relação ao conjunto dos outros membros.

Os primeiros Conselhos Locais de Saúde foram implantados no ano de 1998, inicialmente em 4 Unidades Básicas de Saúde, de modelo tradicional, e 2 Unidades de Saúde da Família. É importante destacar que a iniciativa de criação do CLS partiu da Secretaria Municipal de Saúde, discutida com o CMS, que aprovou e elaborou uma proposta de regimento para servir como orientação na criação e funcionamento desses conselhos. Os Conselhos Locais de Unidade de Saúde, também possuem caráter deliberativo, paritário, formado por representantes da população de uma área adscrita e profissionais de saúde que prestam serviço a essa comunidade estabelecendo, portanto, uma das relações mais próximas, criando possibilidades de parcerias nas intervenções de saúde. Tem como atribuições: discutir com a população questões que envolvem a saúde e comunidade; fiscalizar e avaliar o funcionamento da unidade propondo melhorias e contribuir para a elaboração da política de saúde do município. Os CLS possuem regimento próprio, elaborado pelos seus membros sob orientação da proposta inicial do Conselho Municipal de Saúde. As reuniões acontecem mensalmente em horário definido pela comunidade e equipe, tendo suas deliberações e encaminhamentos registrados em relatório. As demandas originadas dessas reuniões, que fogem à competência da Unidade de Saúde, são encaminhadas para a Secretaria Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e outras secretarias da gestão municipal.

A criação dos CLS foi iniciativa da Secretaria Municipal da Saúde. O destaque se dá pelo fato historicamente observado da falta de conhecimento da comunidade acerca da participação popular no SUS, o que não impediu a SMS e o Conselho Municipal de Saúde de encaminharem o processo de formação, assessoria e acompanhamento dos CLS de maneira democrática e participativa. É importante essa avaliação por considerar que a participação popular, no sistema de saúde, pode ter duas vertentes: ser cooptada para servir aos interesses do Estado ou servir como espaço de luta, que possibilite o avanço nas propostas de ampliação das conquistas populares na área de saúde. É importante ressaltar que os conselhos são espaços de conflito de interesses, muitas vezes antagônicos entre usuários, governo e trabalhadores, que precisam ser enfrentados com transparência, para tentar evitar a cooptação dos usuários para o fortalecimento dos interesses dos outros segmentos.

A gestão municipal optou por estimular através da criação de espaços democráticos o desenvolvimento de práticas que possibilitem a emancipação política da comunidade. Como afirma Correia:

Os mecanismos de participação institucionalizada na área da saúde, os conselhos e conferências, apesar de terem sido conquistados sob pressão, podem, por um lado, se constituir em mecanismo de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais. Por outro podem ser espaços de participação e controle social, na perspectiva de ampliação da democracia (CORREIA, 2000, p. 63).

Em abril de 1999, o município vivenciou um momento bastante rico em discussões e participação popular, que foi a IV Conferência Municipal de Saúde. Esse momento foi marcado pela polarização em torno da habilitação do município à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A conferência foi organizada pelo Conselho e pela Secretaria Municipal da Saúde e contou com a realização de 76 pré-conferências, com a participação de quase 4 mil pessoas, que discutiram os rumos da saúde no município e elegeram 200 delegados, tendo sido realizadas pré-conferências em todas as áreas de abrangência do PACS/PSF, o que garantiu a expressiva participação da comunidade.

Essa conferência, simbolizou para o município o marco na luta por uma nova ordem social, onde prevaleceu a justiça e a esperança da construção coletiva de um sistema de saúde universal e equânime, referendando o controle social no município e a ampliação em 100% dos CLS das Unidades Básicas de Saúde.

Logo após a conferência, iniciou-se a mobilização para a formação do Conselho Local de Saúde, seguindo orientação do CMS. Em cada unidade de saúde, foi divulgado edital de convocação para a formação do conselho, com antecedência de no mínimo 60 dias, período para realização de oficinas de sensibilização com a comunidade e profissionais de saúde das áreas de abrangência das unidades básicas. As oficinas tiveram como objetivo retomar as discussões proporcionadas na conferência municipal sobre controle social, sensibilizando a comunidade para a importância da construção de espaços de participação popular, como garantia da defesa e ampliação de direitos sociais. Na maioria das unidades de saúde, observou-se expressiva participação da comunidade e trabalhadores de saúde, principalmente dos agentes comunitários de saúde, atores de fundamental importância na sensibilização e mobilização da comunidade. Outros parceiros importantes foram as entidades da sociedade civil, como as associações de bairros e as igrejas.

A partir da formação dos Conselhos, a SMS realizava a capacitação dos conselheiros, que a princípio contavam apenas com os conselheiros titulares e suplentes. Posteriormente, as capacitações passaram a ser feitas, com a participação dos conselheiros e todos os membros da equipe de saúde da unidade de referência do conselho, o que ajudou bastante na mudança de comportamento dos membros das equipes de saúde, que tendiam a responsabilizar apenas os conselheiros pelo envolvimento nas ações desenvolvidas pelos conselhos.

As capacitações têm como objetivo instrumentalizar os conselheiros e equipes de saúde sobre o SUS, criando, assim, oportunidades para uma atuação mais conseqüente dos conselheiros. Nas capacitações são abordados temas como: evolução histórica da saúde no Brasil, LOS (Lei Orgânica da Saúde), Lei Orgânica do Município, formas de gestão, participação popular e controle social no SUS, modelos de educação em saúde,

estrutura e funcionamento da SMS. Assim, a participação da comunidade nas decisões das políticas públicas, é entendida como processo educativo.

Maria Luíza de Souza define assim o processo educativo da participação:

O processo que se expressa através da conscientização, organização e capacitação contínua e crescente da população ante a sua realidade social concreta. Como tal é um processo que se desenvolve a partir do confronto de interesses presentes a esta realidade e cujo objetivo é a sua ampliação enquanto processo social (SOUZA, 1987, p.84).

Hoje existem 21 CLS em funcionamento, com 186 conselheiros titulares e 186 suplentes. Somando-se aos 20 titulares e 20 suplentes do Conselho Municipal de Saúde, contamos hoje no município com 412 conselheiros de saúde, 80% desses capacitados, que vêm discutindo e deliberando sobre o sistema de saúde municipal.

Apesar de todos os conselhos terem sido capacitados, eram freqüentes as queixas por parte dos conselheiros da pouca participação da comunidade nas reuniões. Assim, em 2000, foram realizadas 10 oficinas em participação popular e controle social, com 355 agentes comunitários de saúde (ACS), fortalecendo a importância da contribuição política do ACS no processo de organização de controle social no SUS.

Foi criado, também, um grupo de estudo em controle social no SUS, com reuniões semanais que contou com a participação de 15 conselheiros locais e municipais, com o objetivo de desenvolver capacitação continuada, dando aos conselheiros oportunidade de aprofundar seus conhecimentos sobre o SUS.

Ainda como estratégia para ampliar a participação da comunidade nas reuniões dos CLS, em maio de 2000 foi realizada um oficina com o tema "Participação Popular", que contou com a presença de dois representantes de cada Unidade de Saúde (sendo um usuário e um profissional de saúde). Essa oficina objetivou a discussão sobre a participação popular, propondo caminhos para que os conselhos locais ampliassem a atuação em sua área de abrangência, contando com a participação de 30 conselheiros.

Em dezembro de 2000 e dezembro de 2001, foram realizados o I e II Encontro de Conselheiros de Saúde de Vitória da Conquista, que contou com a participação de 72 e 83 conselheiros de saúde, respectivamente. Nestes encontros avaliou-se o desempenho dos conselhos de saúde no controle social, com apresentação dos trabalhos desenvolvidos pelos conselhos, e encaminhamento de propostas para a efetivação do controle social no município.

Atualmente a Coordenação de Controle Social, com a colaboração de residentes do Instituto de Saúde Coletiva — ISC/UFBA, está ministrando um curso de capacitação para 23 conselheiros locais de saúde, com carga horária de 144 horas, oferecidas em momentos intercalados com 48 horas de concentração e 96 horas de dispersão, em que os componentes

do grupo realizam análise da situação operativa dos CLS, bem como a elaboração de projeto de intervenção com levantamento de estratégias para o incentivo da participação da comunidade.

Entende-se que apenas as capacitações não são suficientes para a garantia de uma participação efetiva da comunidade no sistema de saúde. Importante se faz o desenvolvimento de práticas democráticas no processo de trabalho das equipes de saúde e nos conselhos. Como afirma Bordenave (1983):

A participação não é um conteúdo que se possa transmitir, mas uma mentalidade e um comportamento com ela coerente. Também não é uma destreza que se possa adquirir pelo mero treinamento. A participação é uma vivência coletiva e não individual, de modo que somente se pode aprender na práxis grupal. Parece que só se aprende a participar, participando (BORDENAVE, 1983, p. 74).

Outra experiência bastante positiva em participação popular em nossa cidade é o Orçamento Participativo (OP), que este ano realizou seu V Congresso. Há dois anos as plenárias do OP, que antecedem o Congresso, vêm sendo realizadas em parceria com a SMS, que mobiliza a comunidade, através das Equipes de Saúde da Família desenvolvendo ações educativas em saúde. Em 2002, foram realizadas 60 oficinas em participação popular, DST/AIDS e alcoolismo. Foram 21 oficinas em participação popular (10 na zona urbana e 11 na rural), direcionadas para os agentes comunitários e agentes rurais de saúde, totalizando a participação de 317 agentes.

Em agosto 2003, vivenciamos uma outra experiência bastante rica. O município realizou o I Congresso da Cidade, um grande fórum de discussões, que determinou as linhas de construção do Plano de Desenvolvimento Local Integrado. O Congresso da Cidade foi construído a partir de diversos fóruns temáticos como: Direitos da Criança e do Adolescente, Direitos da Mulher, Juventude, Segurança Pública, Assistência Social, Economia Popular Solidária, Setores Produtivos e as Conferências Municipais de Saúde, Cidade e Meio Ambiente. Mais uma vez a estrutura da SMS, através do PSF, serviu como base para a mobilização e organização das plenárias das pré-conferências de saúde, da Cidade, e do Orçamento Participativo. Assim, o Congresso da Cidade cumpriu o papel de referendar as deliberações das conferências e dos fóruns temáticos, suscitando a corresponsabilidade social, criando e desenvolvendo práticas de gestão participativa, no âmbito no planejamento estratégico da cidade, propondo as diretrizes gerais para as políticas públicas do município, e reforçando a integração entre as diversas instituições do município (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2003).

## ■ Considerações Finais

Não podemos deixar de avaliar, como um fator extremamente positivo para a construção do Sistema Único de Saúde em nossa cidade, a participação popular e o controle social, incentivados pela implementação da Estratégia Saúde da Família.

A forma como tem-se desenvolvido o processo de trabalho das equipes de saúde da família, tem fomentado o exercício da cidadania pela comunidade, efetivando através dos CLS um dos princípios e diretrizes do SUS, que é a participação popular.

Mesmo com dificuldades em envolver uma parcela maior da comunidade para participar das reuniões dos conselhos, consideramos que o número de conselheiros existentes e o processo de capacitação que vem sendo desenvolvido pela SMS desde 1999 nos coloca no caminho da construção coletiva, na busca de uma sociedade que caiba em nossos sonhos de viver em um país mais justo, mais fraterno e mais igual.

O governo municipal e a população estão há 6 anos nesse processo de construção e fortalecimento das práticas de participação popular e do controle social. Essa nova forma de gestão pública valoriza espaços democráticos como: os Conselhos Municipais, os Conselhos Locais de Saúde, o Orçamento Participativo e o Congresso da cidade, estabelecendo nesse difícil, mas prazeroso exercício, o desafio pela busca permanente de uma Conquista Vitoriosa.

## ■ Referências

- BONAMIGO, Rita Inês Hofer. **Cidadania: considerações e possibilidades**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.
- BORDENAVE, Juan E. Díaz. **O Que é Participação?** São Paulo: Brasiliense, 1983.
- BRASIL. “Capítulo II: Da Saúde”. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da família**. Brasília-DF, 2000.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- DEMO, Pedro. **Participação é Conquista**. São Paulo: Cortez, 2001.
- DEMO, Pedro. **Política Social, Educação e Cidadania**. São Paulo: Papyrus, 2003.
- FREIRE, Paulo; HORTON, Myles. **O Caminho se Faz Caminhando: conversas sobre educação e mudança social**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- SOLLA, Jorge José S. “Experiências inovadoras no SUS”. In: **Avaliação da Implantação das Ações de Controle, Avaliação e Auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- SOUSA, Maria Luíza. **Desenvolvimento de Comunidade e Participação**. São Paulo: Cortez, 1987.
- VITÓRIA DA CONQUISTA. Prefeitura Municipal. **Relatório Congresso da Cidade 2003**. Vitória da Conquista, 2003.
- VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2002**. Vitória da Conquista, 2002.



---

# CAPÍTULO 4

## AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM VITÓRIA DA CONQUISTA — BAHIA — BRASIL

**Simone Andrade Teixeira**

*Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Sustentável pela Universidade de Brasília, Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Coordenadora da Graduação em Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Vitória da Conquista – Bahia – Brasil. simone@uesb.br*

---

### ■ Resumo

Este artigo apresenta um estudo sobre a satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família — PSF, no município de Vitória da Conquista — Bahia — Brasil. Tal pesquisa foi realizada em maio de 2001 e como instrumento de investigação optou-se pela aplicação de uma pesquisa de opinião, cujo instrumento foi um questionário. Os resultados indicaram uma grande satisfação popular com a estratégia Saúde da Família, mas também, problemas. Dentre eles, destacaram-se os relacionados à formação acadêmica dos profissionais de saúde, que apresentam um perfil ainda distante do necessário para o trabalho coletivo. Concluiu-se, afinal, que sob a ótica dos usuários a experiência de Vitória da Conquista pode ser considerada exitosa, contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica e reorientação do modelo assistencial vigente, apontando para um maior equilíbrio entre as dimensões da sustentabilidade, e, conseqüentemente, para a promoção do Desenvolvimento Sustentável. Por outro lado, destacou-se a necessidade de urgentes ações inter-setoriais, cujas ausências poderiam vir a comprometer a manutenção e expansão da estratégia Saúde da Família.

**DESCRITORES:** Sistema Único de Saúde — SUS. Programa de Saúde da Família — PSF. Avaliação de Usuários. Saúde e Desenvolvimento Sustentável.

### ■ 1. Nosso Modelo de Saúde

Inauguramos o século XXI experimentando um profundo sentimento de contradição que se refere a campos distintos da vida: contradição entre os avanços da ciência e da tecnologia e as condições precárias de vida de grande parte da humanidade; entre de-

envolvimento econômico e desigualdade social; contradição entre a grande produção mundial de grãos e a fome da qual padecem milhões de pessoas no mundo, entre os avanços da Medicina e a precariedade da saúde da população. A Medicina foi capaz de prolongar a longevidade humana, sem, entretanto, dar mais vida aos nossos dias.

A realidade do início do século XXI põe em xeque o grande avanço da ciência e da tecnologia, desde que dissociadas da ética, assim como questiona a defasagem entre cérebro e coração (BUARQUE, 1999). E, ao contrário de outros períodos históricos, estamos vivendo uma época em que velhas certezas, tais como a crença na inesgotabilidade dos recursos naturais e na existência de um progresso contínuo e ilimitado, têm-se revelado verdadeiras ilusões.

Um dos campos do saber mais marcado pelo avanço técnico-científico foi a Medicina. No entanto, como o progresso das técnicas visa mais ao indivíduo que à coletividade, sem representar uma melhoria da saúde da população em geral, as mudanças tanto são extraordinárias quanto frustrantes. Mais: sob o ponto de vista ético, ou da aplicabilidade das técnicas para a elevação das condições de vida das pessoas do planeta, os novos conhecimentos médicos são pouco aplicáveis para melhorar as condições de vida de boa parte de seus habitantes, que continuam convivendo com as doenças imunopreveníveis e evitáveis através do saneamento básico.

Em nosso meio, a Medicina passou a ser exercida com base em regras extraídas do espírito da racionalidade moderna, com a incorporação de uma tecnologia impessoal que reduz os momentos de manifestações da subjetividade e de avaliações socioantropológicas. Isso produz graves rupturas não só no relacionamento médico-paciente, mas também no atendimento do próprio ser humano, que praticamente não participa, como sujeito, das decisões sobre sua saúde.

Como reflexo dessa prática médica, o modelo de saúde passou a ser centrado na doença, na especialidade e no mercado, constituindo-se em um modelo caro, excludente e de baixo impacto sobre a saúde da população em geral. Segundo Illich (1975, p.44), “o nível de saúde não melhora quando aumentam as despesas médicas: Cabe então concluir pela ineficácia global crescente da empresa médica e que a sociedade se torna rapidamente cada vez menos sadia.”

O modelo de saúde predominante no Brasil, embora hábil na resolução de alguns problemas de saúde individuais, é excludente para a maior parte da população, não apresenta impactos positivos nos indicadores de saúde e compromete o equilíbrio entre as diversas dimensões da sustentabilidade sugeridas por Sachs (1993), envolvidas na busca por um Desenvolvimento Sustentável.

Assim, sob a ótica do Desenvolvimento Sustentável, tal modelo apresenta: baixa sustentabilidade social, pois, centralizando-se no mercado, discrimina ao invés de promover a equidade, a solidariedade social e a igualdade de direitos à dignidade humana; baixa sustentabilidade econômica, primeiramente como simples decorrência de sua baixa sustentabilidade social e, em segundo lugar, pelos elevados custos associados; baixa sustentabilidade político-institucional, porque seu controle escapa do âmbito de decisões político-participativas; baixa sustentabilidade cultural, porque desvaloriza o saber tradicional e o poder pessoal através de uma “colonização médica” apoiada na especialização; baixa sustentabilidade ecológica, pois transforma a dor e a doença em estímulos à produção de mercadorias, e a saúde como coisa a ser comprada e não conquistada através de hábitos diários e do equilíbrio com o meio ambiente.

Vivenciamos, no Brasil, dois projetos alternativos em permanente tensão: um hegemônico, o projeto neoliberal, e o outro contra-hegemônico, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), idealizado pelo movimento da reforma sanitária, cujos fundamentos reflexivos surgiram ainda no período da ditadura militar e viriam a concretizar-se através do texto constitucional de 1988. O artigo 196 da Carta Constitucional assume a saúde como um direito de todos e dever do Estado, enquanto o artigo 198 explicita as principais diretrizes que devem orientar sua instituição:

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 (BRASIL, 1999).

Após 15 anos de vigência no direito constitucional, o modelo ainda não conseguiu se estabelecer, à exceção de alguns municípios, que com muita determinação e vontade política vêm esboçando a sua verdadeira formatação. Tal formatação se dá dentro do contexto de crise mundial na saúde, da qual nem os países mais abastados estão isentos. Cabe, entretanto, destacar e reiterar o caráter processual do SUS e a necessidade de dar tempo e condições a esse processo que, por envolver mudança paradigmática e transformação cultural, é, por natureza, de maturação lenta, necessita de vontade política, clareza estratégica, paciência histórica e competência técnica para ser construído na prática social. Reformas sociais, em ambiente democrático são, por natureza, lentas e politicamente custosas. Mudanças rápidas são típicas de regimes autoritários.

Nesse contexto o município de Vitória da Conquista — Bahia — Brasil vem se destacando pelo esforço de viabilização do modelo SUS e pela tentativa de aplicação de suas diretrizes constitucionais. Priorizou-se o fortalecimento da Atenção Básica através das estratégias

do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e há estímulo ao controle social, não só através do Conselho Municipal de Saúde, como também através dos Conselhos Locais de Saúde existentes nas unidades do PSF.

Muitos estudos têm-se debruçado sobre o PSF; no entanto, poucos têm privilegiado a visão dos seus usuários. O estudo ora apresentado dedicou-se a investigar a satisfação dos usuários com a estratégia Saúde da Família em Vitória da Conquista.

## ■ 2. O Olhar da Comunidade sobre o Programa Saúde da Família

A maior conquista desse quarto de século de lutas para melhorar o sistema de saúde brasileiro é o texto da nova Constituição. Ele consagra o resgate da saúde da condição de mercadoria e a eleva à dignidade de direito de cidadania, além de concebê-la de forma ampla, como vinculada às condições gerais de vida, trabalho e cultura.

(David Capistrano Filho, 1995)

O Programa de Saúde da Família — PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente, buscando a equidade, a qualidade, a integração, a democratização e a descentralização das ações básicas de saúde, metas específicas do Sistema Único de Saúde — SUS. Apresenta-se como estratégia essencial para a reestruturação do modelo assistencial secular, promovendo a reorientação desse modelo, especialmente através da mudança do objeto da atenção, mudança na forma de atuação e alteração da organização geral dos serviços. A família passa a ser o objeto da atuação, entendida a partir do espaço em que vive, estuda e trabalha. Professa as diretrizes norteadoras do SUS, a exemplo do fortalecimento do controle social e a participação comunitária nos processos de planejamento e avaliação. Favorece as avaliações socioantropológicas no contexto de vida individual e coletivo. E por apresentar tais características contribui para o equilíbrio entre as diferentes dimensões da sustentabilidade necessárias para um Desenvolvimento Sustentável.

A percepção dos usuários sobre a prática da estratégia do PSF é de suma importância. A comunidade é a razão da existência do mesmo e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo, assim, o fazer democrático da saúde. A abertura para a avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, exercita a aceitação da visão e percepção do outro

e favorece, ainda, a realização de análises socioantropológicas necessárias para uma melhor contextualização do serviço de saúde oferecido. Constitui uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também de melhor adequação do serviço às expectativas da sua comunidade alvo.

Com o objetivo de avaliar a visão da comunidade sobre o programa de aprimorar a adequação, optou-se pela aplicação de uma pesquisa de opinião, que solicitou a avaliação do PSF nos seguintes aspectos: avaliação dos diferentes serviços oferecidos; satisfação com o programa; participação e avaliação dos grupos em educação continuada; frequência e avaliação das visitas domiciliares; avaliação da clareza das orientações fornecidas pelos diferentes profissionais; avaliação da participação comunitária através dos Conselhos Locais de Saúde; avaliação dos impactos do programa.

Como instrumento de aplicação da pesquisa de opinião, utilizou-se um questionário, cuja maioria das perguntas apresentavam alternativas predefinidas. A primeira parte do questionário foi voltada para a caracterização do entrevistado e sua família em relação às características socioeconômicas, culturais e de moradia. A segunda parte foi voltada para a avaliação do programa, com questionamentos de múltipla escolha. A terceira parte foi composta por um espaço aberto, onde o entrevistado era livre para fazer quaisquer considerações que julgasse pertinentes.

Para a definição do tamanho da amostra fixou-se como desejada uma precisão (ou erro) de 3%, no máximo, quando se fosse trabalhar com intervalos com confiança de 95%. Assim, chegou-se à conclusão de que necessitaríamos entrevistar 1.050 famílias. Tendo em vista que uma parte das entrevistas pudesse ser excluída após a coleta, optou-se por uma meta de 1.200 entrevistas.

A definição dos extratos da amostra de 1.200 questionários considerou o número de famílias cadastradas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) com mais de um ano de implantação. Optou-se por investigar a opinião da comunidade em equipes com mais de um ano de implementação, 18 na ocasião, por considerar que a partir de um ano a equipe já está mais bem estruturada e com maior interação com a comunidade, favorecendo, assim, sua avaliação pela população adscrita. Das Unidades de Saúde da Família – USF onde a pesquisa de opinião foi realizada, a maior parte contava com pouco mais de um ano de implantação (73%), sendo que a outra parte, 27%, estava entre 24 a 30 meses. Da previsão de amostragem de 1.200 questionários, foram aplicados 1.187, sendo que a relação entre o plano de amostragem e a amostragem realizada foi satisfatória.

## 2.1. Caracterização dos entrevistados

Das entrevistas, 84% foram realizadas na zona urbana, e 16% na zona rural, e o sexo predominante dos entrevistados foi o feminino (88%), sendo que a faixa etária preponderante esteve entre 30 e 40 anos (22,2%), seguida de 41 a 50 anos (16%).

Quanto à escolaridade, 26% eram analfabetos, seguidos por aqueles com o primeiro grau incompleto — 29%. Tinham como ocupação principal os serviços domésticos, sendo que 64,1% não tinham nenhuma renda. Quando estavam trabalhando mas tinham carteira assinada, com média salarial individual de R\$70,53 (US\$25,18). A renda familiar apresentava uma média de US\$131.30.

Sobre a moradia, a média encontrada de moradores por domicílio foi de 4,5 pessoas (55,6%), seguida por 5 a 7 pessoas (31,8%). A construção típica era de alvenaria (82%), com água proveniente da rede geral cobrindo 84,2% dos domicílios (gráfico 4.20), sendo que, na zona urbana, 95,4% dos domicílios tinham cobertura da rede geral, enquanto que na zona rural apenas 24,2% contavam com esse serviço.

O tratamento da água para consumo em mais de 80% dos casos era a filtração, tanto na zona urbana como na rural. A coleta do lixo era realizada pelo serviço público na zona urbana em 98,9% dos domicílios e na zona rural esse índice foi de 38,2%.

A zona urbana contava com apenas 17,3% dos domicílios entrevistados servidos de rede de esgotos, sendo que a fossa era o destino final dos dejetos em 78,4% das casas. Já na zona rural a fossa representava o destino final dos dejetos na maioria dos domicílios (72,6%), sendo que em 27,4% desses o destino era a céu aberto.

## 2.2 A avaliação dos serviços oferecidos pela Unidade de Saúde da Família — USF:

Gosto muito do PSF. Antes não existia nada!

(Usuário do PSF da Zona Rural)

Na avaliação dos serviços, o entrevistado opinou sobre todos os serviços oferecidos, inclusive a recepção da unidade. Dentre os serviços prestados, os mais bem avaliados foram o serviço de vacinação, com 79,7% de aprovação (28,6% ótimo e 51,1% bom), seguido pela recepção da unidade, com 72,6% de aprovação (24,2% de ótimo e 48,4% de bom) e o atendimento médico, com 71,9% da aprovação popular, sendo que 35,1% o consideraram ótimo e 36,8%, bom. No entanto, chama atenção o fato de a opção “não sabe avaliar” atingir proporções acima de 65% nos seguintes serviços: Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), 90,6%;

Pré-Natal, 83,3%; Inalação, 83,2%; Planejamento Familiar, 77,8%; Exame do pezinho (Fenilcetonúria), 77%; Curativos, 75,4%; Preventivo de Câncer Ginecológico, 73,1%; Crescimento e Desenvolvimento da Criança, 72,3%; Atendimento Odontológico, 66%. A resposta “não sabe avaliar” pode não estar relacionada ao desconhecimento do serviço e sim ao fato de o usuário nunca ter sido atendido pelo mesmo, não sabendo, portanto, avaliar. Também não guarda, necessariamente, relação direta com a cobertura do serviço.

Alguns serviços não são utilizados por toda a comunidade, a exemplo do Pré-Natal. Analisando esse dado, diz o Secretário Municipal de Saúde, Dr. Jorge Solla<sup>1</sup> :

Tal resultado é previsível uma vez que a estimativa epidemiológica de mulheres grávidas numa população é de 3%. Esta estimativa tem reflexo diretamente proporcional no número de crianças que fazem o exame do pezinho e que freqüentam o CD.

Considerando que o universo amostral foi superior à demanda populacional por alguns serviços, é natural que parte da população não saiba avaliar tais serviços. Dentre os que avaliaram o serviço do Pré-Natal, o mesmo obteve 90,9% de aprovação.

Quanto ao Serviço de Inalação e Curativos, as USFs atendem à livre demanda, inferindo-se, que muitos usuários não utilizaram esses serviços por nunca terem necessitado do mesmo.

Em relação à coleta de material para o Preventivo de Câncer Cérvico Uterino, infere-se baixa procura pelo serviço e, conseqüentemente, baixa cobertura, uma vez que 88% dos entrevistados eram mulheres a partir dos 11 anos de idade, e tal exame deve ser realizado no mínimo uma vez por ano, em todas as mulheres a partir da adolescência (geralmente após o início da vida sexual). Tal fato revela necessidade de divulgação e busca ativa na comunidade.

O Planejamento Familiar, por sua vez, não foi avaliado por 77,8% dos entrevistados, sendo que esse serviço é específico para mulheres em idade fértil, que corresponde a 74,2% dos entrevistados. Infere-se, portanto, baixa cobertura do serviço. Todos os médicos e enfermeiros do PSF municipal foram habilitados para exercerem ações de planejamento familiar. Entretanto, deve-se considerar que a ausência de métodos contraceptivos nas USFs pode estar desmotivando os profissionais para o desempenho e divulgação de tal ação.

Quanto ao Atendimento Odontológico, 66% dos entrevistados não souberam avaliá-lo e infere-se tal resultado devido ao difícil acesso. O Ministério da Saúde incorporou o odontólogo à ESF, na proporção de um odontólogo para cada duas equipes, com população média estimada em 2.000 famílias, o que em nossa realidade equivale a aproximada-

---

<sup>1</sup> Entrevista concedida em junho de 2001.

mente 9.000 pessoas. Tal serviço prioriza o atendimento de crianças e a prevenção de cáries e tem maior cobertura em ações preventivas e educativas realizadas nas escolas e nos grupos de educação em escovação na USF.

Segundo o odontólogo Célio Guimarães Soares<sup>2</sup>, Coordenador da Atenção em Saúde Bucal do PSF, há uma enorme demanda histórica acumulada por tratamento odontológico e o que a população mais solicita é a extração dentária, seguida pelas restaurações. Se a atenção em saúde bucal se concentrar nessa técnica mutiladora e no tratamento de cáries, nunca haverá a inversão de pensamento para o trabalho com a prevenção, e acrescenta:

Nunca houve odontólogo nas áreas cobertas pelo PSF e não temos condições de atender toda a demanda por tratamentos curativos e mutiladores. Optamos por trabalhar com a prevenção e esta deve começar ainda no pré-natal, através da conscientização da mãe. Se tivermos uma boa escovação dentária, resolveremos 60% da incidência de cáries. Se aplicarmos flúor e selante, reduziremos essa incidência em 90% e a um custo bem mais baixo se compararmos com as práticas curativas. O atendimento da criança é priorizado e, quanto aos adultos, esses vão sendo atendidos aos poucos e sendo também conscientizados sobre a importância da escovação. O caminho é a prevenção.

Sobre mais de 90% dos entrevistados não saberem avaliar o Programa de Combate às Carências Nutricionais, esse dado tornou-se instigante. O presente estudo foi realizado em bairros periféricos e pobres, onde provavelmente a população de crianças em estado de desnutrição deva ser numerosa. Segundo estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas, intitulado “Mapa do Fim da Fome: Metas Sociais contra Miséria nos Municípios Baianos” (FGV, 2001), Vitória da Conquista apresenta 50,8% da população na Linha de Indigência<sup>3</sup>. Considerando este dado da FGV e o contexto socioeconômico dos entrevistados, infere-se que a cobertura de tal programa não esteja atendendo à verdadeira demanda comunitária.

A Secretaria Municipal da Saúde possui os dados das crianças cobertas pelo PCCN. No entanto, não tem estimativa do número de crianças desnutridas no município. Segundo a nutricionista responsável pelo PCCN, Sr<sup>a</sup> Wanessa Casteluber Lopes<sup>4</sup>, a estimativa do número de crianças em risco nutricional<sup>5</sup> já vem determinada pelo Ministério da Saúde<sup>6</sup>. A estimativa ministerial para o município para o ano de 2001 foi de 1.307 crianças de 6 a 23 meses. Assim, o ministério repassa o incentivo financeiro para o Fundo Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde complementa o valor necessário para a aquisi-

---

2 Entrevista concedida em julho de 2001.

3 Linha de Indigência é a linha de pobreza para a região metropolitana de São Paulo, ajustada pelo custo de vida regional.

4 Entrevista concedida em julho de 2001.

5 São consideradas crianças em risco nutricional aquelas situadas abaixo do percentil 10 da relação peso/idade.

6 A meta de crianças em risco nutricional para o município foi publicada no DOU através da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.409 de 23/03/1998

ção dos alimentos e repassa às crianças cadastradas no programa. Cada criança recebe 3,6 Kg leite/mês e 1 lata de óleo (900ml).

Quando indagada sobre a possibilidade de existirem crianças em risco nutricional desassistidas pelo programa, explicita a nutricionista:

Acredito que haja crianças descobertas, no entanto não podemos divulgar o programa por não termos condições de atender a demanda que geraria. O leite e o óleo acabam sendo a fonte alimentar de toda a família e não apenas da criança em risco nutricional. Já houve caso de a mãe não deixar o filho recuperar o peso para manter-se inscrita no programa.

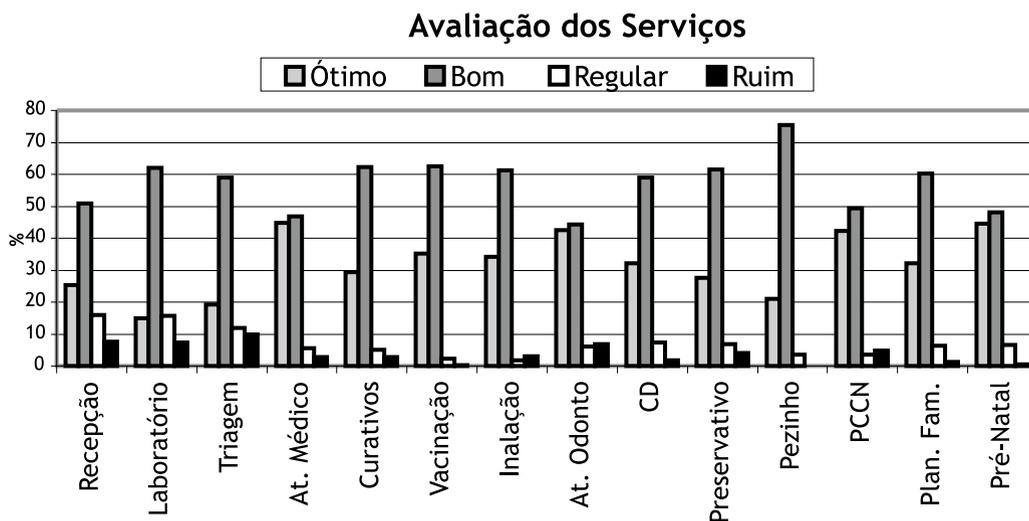
Embora mais de 50% dos entrevistados não soubessem avaliar 8 dos 14 serviços oferecidos, a avaliação geral dos serviços obteve aprovação de 68,4% (17,5%, ótimo e 50,9%, bom).

Quando indagados sobre os encaminhamentos para outros serviços, 51,9% dos entrevistados não souberam avaliar, inferindo-se que o programa esteja apresentando uma certa resolutividade. O acesso ao atendimento médico obteve aprovação de 47,7% dos entrevistados, enquanto que o acesso ao atendimento odontológico obteve apenas 9% de aprovação, sendo considerado ruim por 31% dos respondentes, enquanto 53% não souberam avaliar. Observou-se, também, que o tempo de implantação não influenciou na avaliação dos serviços.

A dificuldade de acesso a exames foi uma das maiores queixas relacionadas pelos usuários questão aberta, principalmente ao Serviço odontológico. Pesquisa de opinião realizada em Mato Grosso revelou que 25,4% dos entrevistados também apresentaram a mesma queixa (GONZAGA; NETO, 2000).

Dentre os usuários que avaliaram, todos os serviços foram aprovados (ótimo + bom) com percentuais acima de 75%. Infere-se que tal aprovação possa ser um reflexo da qualidade do atendimento (Gráfico 2.1).

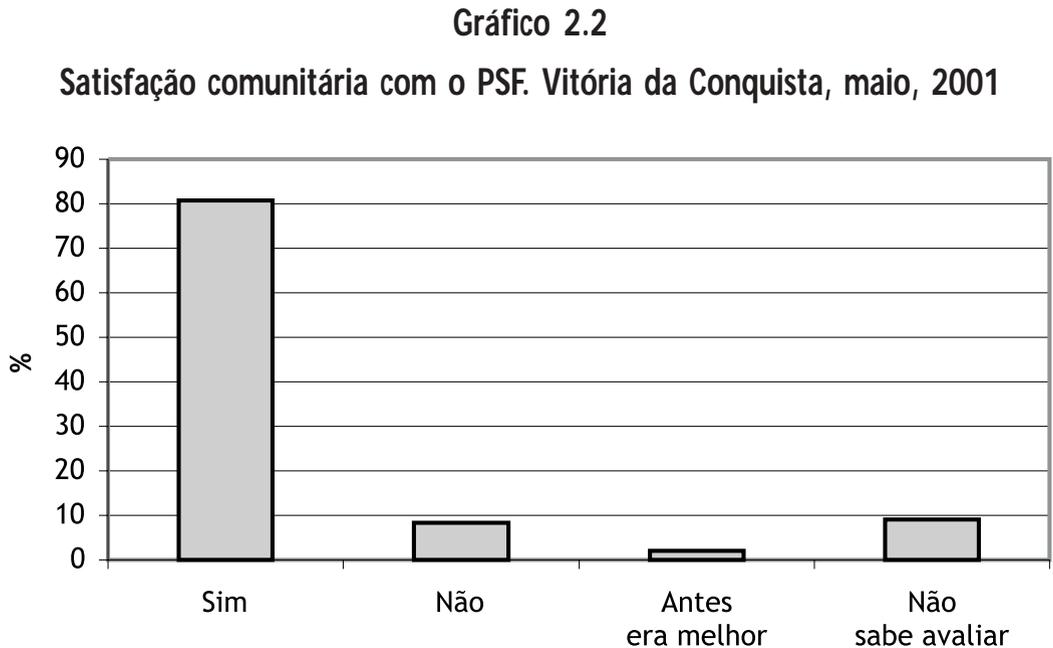
**Gráfico 2.1**  
**Avaliação dos serviços oferecidos pela USF, dentre os usuários que avaliaram**  
**Vitória da Conquista, maio de 2001**



Fonte: TEIXEIRA, 2001

### 2.2.1 Satisfação da comunidade com o Programa Saúde da Família

Quando indagados sobre a satisfação com o PSF, a aprovação foi de 80,7%, conforme demonstra o Gráfico 2.2:



Fonte: TEIXEIRA, 2001

Comparando-se o índice de satisfação da zona rural, que foi de 96,2% com o da zona urbana – 77,8%, conclui-se que a população rural esteja mais satisfeita com o programa. Tal conclusão foi possível pela aplicação do teste qui-quadrado ou teste de independência. Neste caso, o valor p ou p-value foi de 9,60107E-05.

O que faz a população rural avaliar melhor o PSF? Uma hipótese a ser considerada seria a de que antes na zona rural não existia qualquer espécie de atenção em saúde. No entanto, essa população é mais participativa que a urbana (o índice de participação nos grupos de educação em saúde é maior), podendo-se inferir, também, que essa população seja mais receptiva ao programa.

Outro questionamento cabível e que poderá constituir-se em foco de pesquisas futuras é a hipótese de que exista uma melhor interação e comunicação entre a Equipe de Saúde da Família da zona rural com sua respectiva comunidade.

Estudos realizados sobre satisfação comunitária com o PSF apontam sempre para um bom nível de aprovação popular. (GONZAGA; NETO, 2000; MENDES, 1999, FRANCO; ROCHA, 2000). A experiência com o PSF da cidade de Piraju — SP, aponta que a satisfação popular é maior nos bairros que têm o PSF há mais tempo. (CÁCERES, 2000). No presente estudo, também investigou-se a relação da satisfação popular com o tempo de implantação da USF e observou-se que esse não influenciou na avaliação. Já a avaliação do atendimento médico guarda relação de proporcionalidade com a satisfação com o programa, observando-se que o percentual de satisfação é maior entre os usuários que estão satisfeitos com o atendimento médico.

Pesquisa realizada pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, sobre a satisfação dos usuários do PSF no estado, aponta para um elevado grau de satisfação dos mesmos e destaca uma clara associação dessa satisfação com os seguintes itens: maior acesso aos cuidados médicos; melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença (situação de risco e proteção, cuidados básicos), e a existência da visita domiciliar como elemento chave da prevenção e do acompanhamento (BONFIM, 2001).

### **2.2.2 Participação e Avaliação sobre os grupos de educação em saúde**

Nesse espaço da pesquisa, perguntou-se sobre a participação do entrevistado, ou alguém de sua família, nos grupos de educação em saúde e que avaliação ele/ela faz do grupo. As respostas revelaram que a maior parte da comunidade nunca participou dos grupos de educação, uma vez que a resposta “ninguém participou” varia de 73% a 93%.

Quanto à avaliação dos grupos de educação, em decorrência da baixa participação, a resposta “não sabe avaliar” variou entre 63,9% (escovação dentária) a 87,9% (grupo de adolescentes). Dentre os que opinaram, todos os grupos foram avaliados como ótimos e bons, com percentuais acima de 90%, conforme gráfico 2.3.

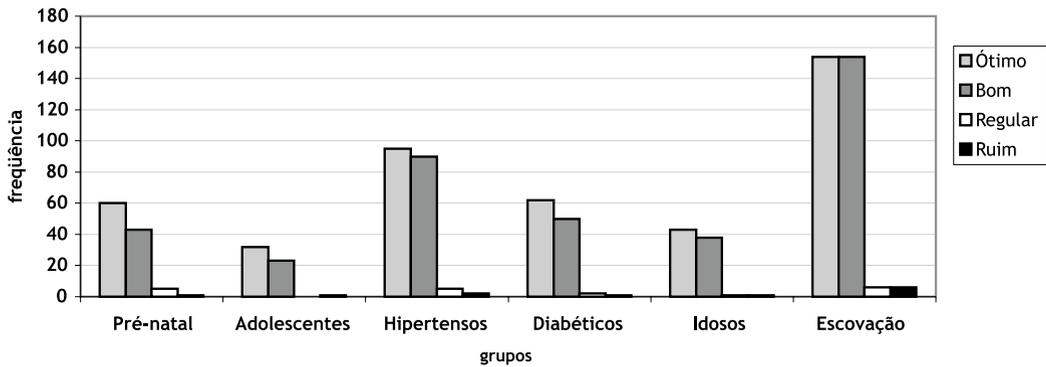
Comparando-se a participação nos grupos de educação entre os usuários da zona urbana e rural, observou-se que a participação dos usuários da zona rural é maior que a da zona urbana, (gráfico 2.4), concluindo-se que a população rural é mais participativa (p-value = 3,92795E-31).

### Gráfico 2.3

#### Avaliação dos grupos de educação das USFs

#### Vitória da Conquista, maio de 2001

Avaliação dos grupos de educação (entre os que têm opinião)

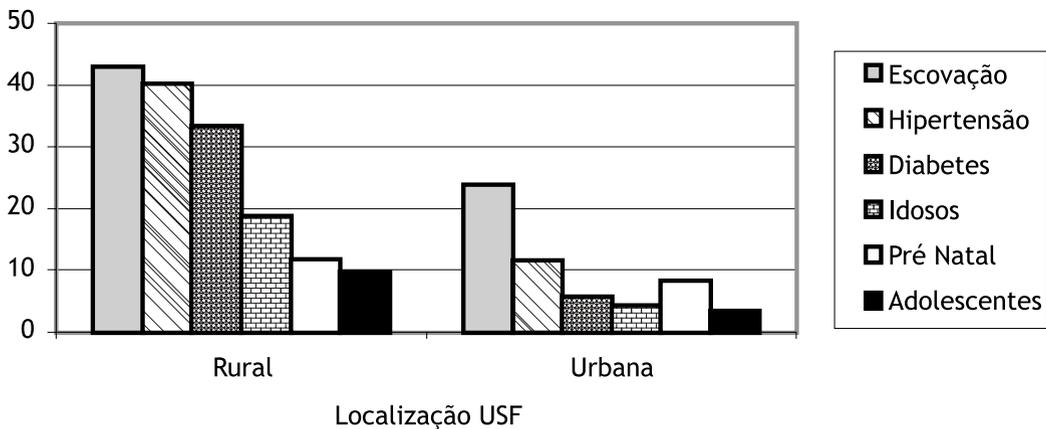


Fonte: TEIXEIRA, 2001

### Gráfico 2.4

#### Participação nos grupos educação X localização da Unidade de Saúde da Família

Participação nos grupos de educação x localização da USF



Fonte: TEIXEIRA, 2001

As variáveis “escolaridade” e “tempo de implantação” não influenciaram na participação nos grupos. Sobre o tempo de implantação não influenciar de forma a estimular a participação, pode-se considerar que o entrosamento e a comunicação com a comunidade não estejam aumentando com o passar do tempo, constituindo-se num fator comprometedor de um dos principais pilares do programa, que é a reversão do modelo de atenção centrado na doença e no médico. A educação continuada oferecida através dos grupos de educação em saúde deve enfatizar a responsabilidade de cada usuário para com sua própria saúde, despertar nesses usuários a importância dos fatores ambientais, sociais e econômicos que refletem diretamente na saúde, para que, conseqüentemente, a participação nos grupos de educação deixe de ser apenas uma busca individual pela saúde e seja um exercício de cidadania, de luta pela melhoria da qualidade de vida coletiva.

### **2.2.3 Avaliação das visitas domiciliares**

Nesse item foi avaliada a freqüência da visita a domicílio realizada pelos profissionais da USF, nos últimos três meses. O grande visitador domiciliar é o agente comunitário, que visita, no mínimo, uma vez ao mês segundo 87,8% dos entrevistados, sendo que as visitas ficaram assim distribuídas: 48% são visitados uma vez ao mês, 22,1% mais de uma vez ao mês, 17,7% toda semana e 9,4% nunca foram visitados.

Os ACS têm a obrigação de visitar cada família de sua microárea (geralmente com 150 famílias), no mínimo uma vez ao mês. As visitas dos demais profissionais da equipe, em Vitória da Conquista, se dão de forma oportuna, geralmente em caso de necessidade de atendimento domiciliar.

Para o PSF tornar-se de fato “saúde da família”, o foco da atenção deve ser a família e sua morada, sendo que a visita domiciliar deve ser realizada por todos os integrantes da equipe. Quanto mais o profissional se limita ao atendimento na unidade de saúde, se restringindo ao atendimento em casos de doença a domicílio, mais difícil se torna a reversão do modelo centrado na doença e mais se distancia dos propósitos filosóficos do próprio PSF. É muito mais agradável visitar para promover a saúde do que para tratar a doença. A família deve ser o eixo norteador das ações de saúde que desejam ir além da dimensão curativa, alcançando as áreas preventivas e de promoção à saúde.

Quanto à localização da unidade, à exceção do odontólogo, há um discreto aumento das visitas de toda a equipe na zona rural, em comparação com a urbana. Tal diferença pode ser justificada pela metodologia de atendimento na zona rural: por existirem povo-

ados distantes do distrito sede, toda a equipe desloca-se e o atendimento é realizado na residência de um morador.

Quanto ao tempo de implantação da USF, este não influenciou na frequência da visita domiciliar, sendo esse um dado discutível, uma vez que se espera que as atividades extramuros da unidade se intensifiquem à medida que a equipe conheça mais a comunidade, solidifique os laços comunitários e diminua a demanda espontânea por atendimento da unidade de saúde.

#### **2.2.4 Avaliação da clareza das orientações**

Nesse espaço a comunidade avaliou a clareza das orientações recebidas por parte dos diferentes integrantes da ESF, sendo que o profissional considerado mais claro é o ACS (95,3%). Através da realização do teste de dependência de variáveis, confirmou-se que as orientações são percebidas com graus distintos de clareza de acordo com os profissionais, sendo que os ACS são os que orientam com maior clareza ( $p\text{-value} = 3,98882E-13$ ). Os demais profissionais também foram avaliados como claros em suas orientações, no entanto não tão claros quanto os ACS. Tal fato compromete a relação de entendimento das orientações fornecidas, comprometendo, ainda, a educação em saúde e os propósitos do PSF.

O tempo de implantação não demonstrou influenciar na clareza das orientações, sendo que poderíamos observar o oposto, visto que se espera que a equipe, com o passar do tempo, passe a assimilar a linguagem do povo e estabelecer uma comunicação mais efetiva.

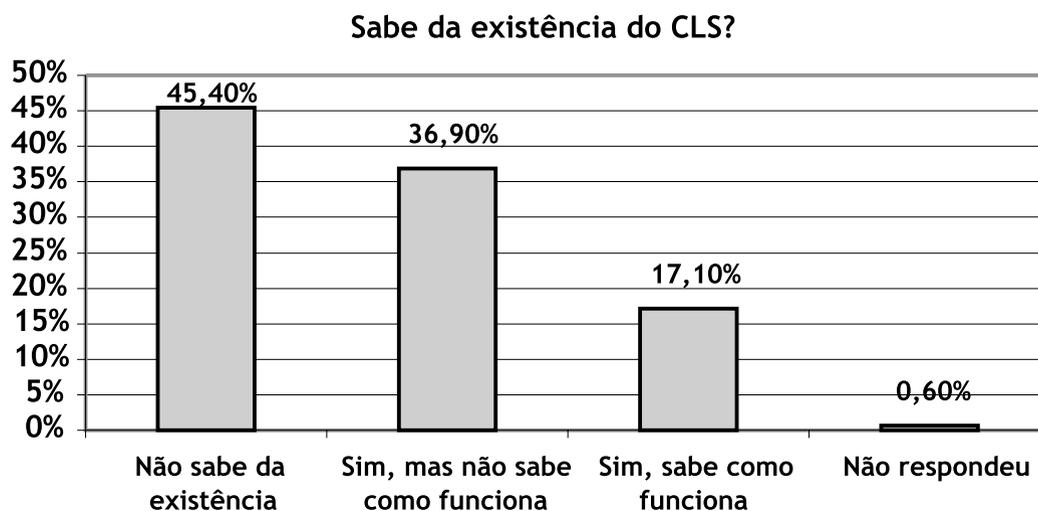
#### **2.2.5 Avaliação da participação comunitária através do CLS**

O primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder fazer história.

(MARX; ENGELS, 1978, p. 39-41)

Nesse espaço procurou-se avaliar se o entrevistado sabia da existência do CLS, sua participação e avaliação sobre o mesmo. Nas unidades que tinham o CLS implantado, 54% dos entrevistados disseram saber da existência do conselho, sendo que 17,1% disseram saber como funciona e 36,9% disseram desconhecer como funciona, enquanto que 45% disseram desconhecer a existência do CSL e 0,6% não responderam (Gráfico 2.5).

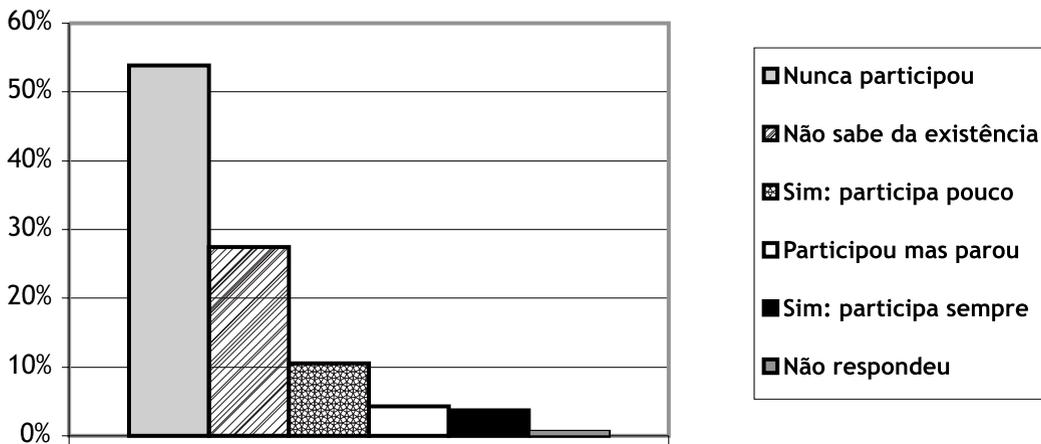
**Gráfico 2.5**  
**Conhecimento do CLS das Unidades de Saúde da Família**  
**Vitória da Conquista, maio de 2001**



Fonte: TEIXEIRA, 2001

Quando indagados sobre a participação nas reuniões do CLS, 53,9% afirmaram nunca terem participado. Dos que disseram participar, 3,7% disseram participar sempre, 10,5% participam pouco, 4,3% disseram ter participado mas pararam. 27,4% disseram não saber da existência do CLS, enquanto 0,2% não responderam (Gráfico 2.6).

**Gráfico 2.6**  
**Participação comunitária nas reuniões do CLS das USFs**  
**Vitória da Conquista, maio de 2001**



Fonte: TEIXEIRA, 2001

Embora 54% afirmassem saber da existência do CLS, quase o mesmo percentual (53,9%) afirmou nunca ter participado de suas reuniões. Embora a obrigatoriedade de participação das reuniões do conselho seja apenas dos representantes eleitos pela comunidade, o incremento da participação popular é um anseio tanto da coordenação do programa de Controle Social do SUS, como dos próprios conselheiros. Segundo Stael Gusmão<sup>7</sup> (coordenadora do programa), a falta de participação popular nas reuniões do CLS tem se constituído em uma preocupação por parte dos conselheiros e de sua coordenação. Destaca a dificuldade que algumas equipes têm de reconhecer na comunidade uma parceira no trabalho para a viabilização da saúde e diz:

Sentimos a angústia de algumas equipes e conselheiros no sentido de aumentar a participação popular. Temos que trabalhar mais a comunicação entre a equipe e a comunidade. A gente depara com a formação dos profissionais de saúde, caracterizada pela centralização das informações, a comunidade com espírito pouco participativo, que vem de um processo de pouca ou nenhuma participação. (...) Os profissionais de saúde ainda têm uma visão muito autoritária do serviço de saúde e isso torna a relação com a comunidade mais difícil, menos democrática.

<sup>7</sup> Entrevista concedida em julho de 2001.

Sentimos que algumas equipes ainda não alcançaram um nível bom para serem trabalhadas para lidar com o diferente, com o outro. Para que haja participação popular esse pensamento tem que ser revertido. Não queremos inverter o modelo assistencial? Um dos nossos entraves é conquistar a equipe para um trabalho com a comunidade.

Na declaração da assistente social, dois problemas podem ser identificados: a falta de participação popular e a deficiência na formação do profissional de saúde para o trabalho coletivo.

Como processo social, a participação tem que ser gestada, amadurecida e pode ser que isso já esteja acontecendo com os moradores adscritos à ESF. No entanto, é válido ressaltar a falta de tradição do nosso povo em movimentos sociais e no exercício da cidadania. Nesse sentido, o incentivo da administração pública municipal para a implementação dos Conselhos Locais de Saúde pode ser considerada positiva, desde que a ação esteja desvinculada de qualquer forma de dominação.

As reuniões do CLS se constituem no palco de interlocução entre os conselheiros usuários e os prestadores. Muitas vezes, os conflitos se fazem presentes, e tanto a comunidade quanto a equipe de saúde têm que buscar equacionar as diferenças de forma democrática.

Para se chegar à participação nas definições e decisões sociais, não se pode deixar de considerar outros pressupostos da existência humana. De acordo com Marx e Engels (1978, p. 39-41):

O primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder fazer história. Mas, para viver, é preciso, antes de tudo, comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais (...); o segundo ponto é que, satisfeita esta primeira necessidade, a ação de satisfazê-la e o instrumento de satisfação já adquirida conduzem a novas necessidades. A terceira condição que, já de início, intervém no desenvolvimento histórico, é que os homens, que diariamente renovam sua própria vida, começam a criar outros homens...

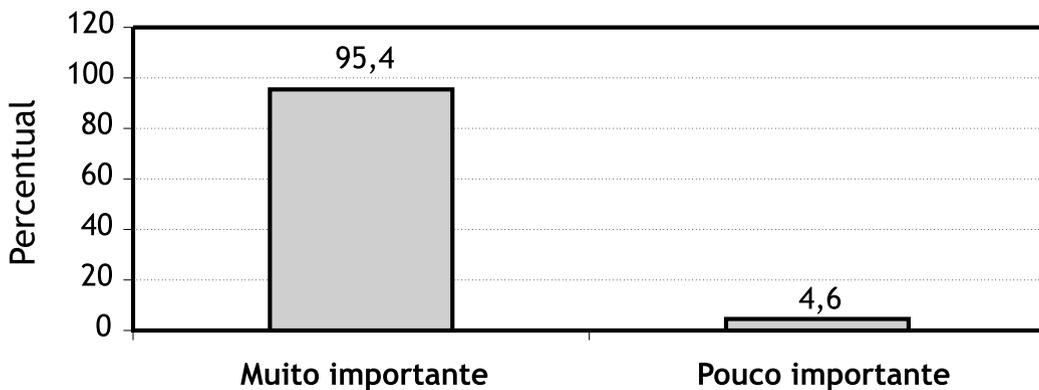
Sobre o perfil do profissional de saúde, que tem dificuldade de trabalhar com o outro e com o coletivo, pode-se explicar o fato como fruto de sua formação profissional tecnicista/tecnológica, distante da realidade sanitária e social do país, uma formação voltada para o mercado de trabalho até então hospitalocêntrico e especializado, onde a clínica médica e o espaço de ouvir o outro foi substituído pela parafernália tecnológica. Os profissionais de saúde vêm elegendo a ciência como salvadora de todas as coisas, sem, no entanto, questioná-la.

Sobre a avaliação do CLS, 53,9% dos entrevistados o consideram muito importante. Considerando apenas os que avaliaram, o grau de importância atribuída ao conselho eleva-se para 95,4% (Gráfico 2.7).

### Gráfico 2.7

#### Avaliação comunitária da importância do CLS, dentre os que opinaram Vitória da Conquista, maio de 2001

##### Importância do CLS (dentre os que avaliaram)



Fonte: TEIXEIRA, 2001

Outro aspecto observado é que a participação nas reuniões do CLS não aumenta com o tempo de implantação, sendo que tal fato confirma a necessidade de maior envolvimento da ESF com sua comunidade adscrita.

A formação acadêmica dos profissionais de saúde exerce influência no perfil da atenção à saúde prestada. Profissionais formados no modelo flexneriano apresentam um perfil distante do necessário para a atuação comunitária, com linguagem tecnicista. Centram-se nas ações na própria unidade de saúde, estimulando, involuntariamente, a demanda espontânea, causando sobrecarga de atividades na equipe. A visita domiciliar passa a ser exercida quase exclusivamente no atendimento em casos de doença. Esses aspectos comprometem a relação da equipe com a comunidade, tendo como consequência a baixa participação popular no CLS e nos grupos de educação. A baixa participação popular, por sua vez, compromete o próprio PSF, a construção social da saúde, a reversão do modelo hegemônico e as dimensões da sustentabilidade.

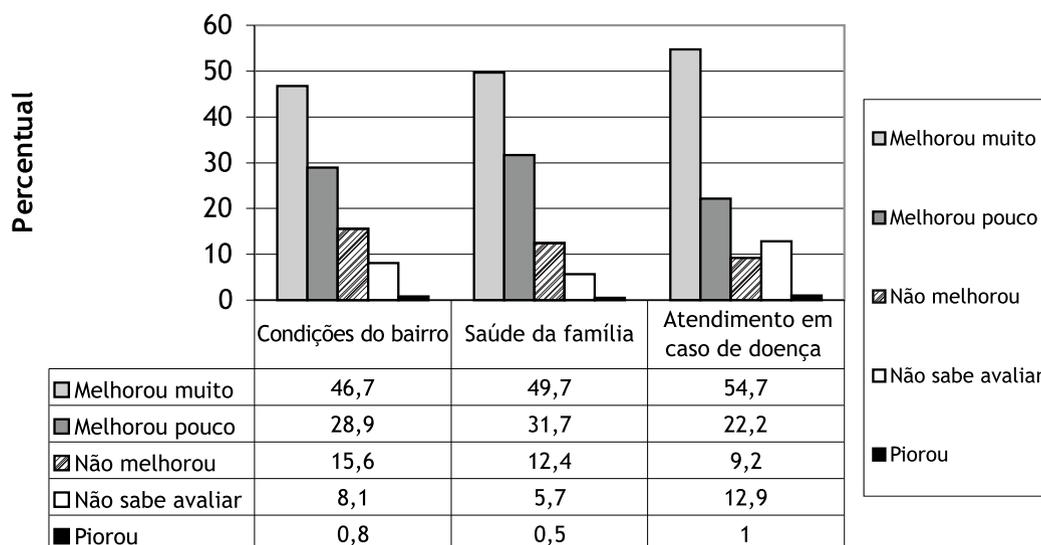
## 2.2.6 Avaliação dos impactos do PSF

A saúde da família não melhorou. O que melhorou foi chegar até o médico.

(Usuária do PSF)

Essa avaliação constou de três aspectos: avaliação dos impactos do programa sobre as condições do bairro, sobre a qualidade da saúde da família e sobre o atendimento em caso de doença. De acordo com os resultados, pode-se observar que a população considera que após a implantação da Unidade de Saúde da Família, houve melhoria no bairro, sendo que 75,6% dos entrevistados admitem essa melhoria. Observou-se uma relação de proporcionalidade entre os que consideraram que houve melhoria do bairro e apontaram para a melhoria da saúde da família (o teste de dependência de variáveis apresentou um p-value =6,6487E-105 ). Os resultados obtidos estão expressos no gráfico 2.8:

**Gráfico 2.8**  
**Avaliação comunitária dos impactos do PSF**  
**Vitória da Conquista, maio de 2001**



Fonte: TEIXEIRA, 2001

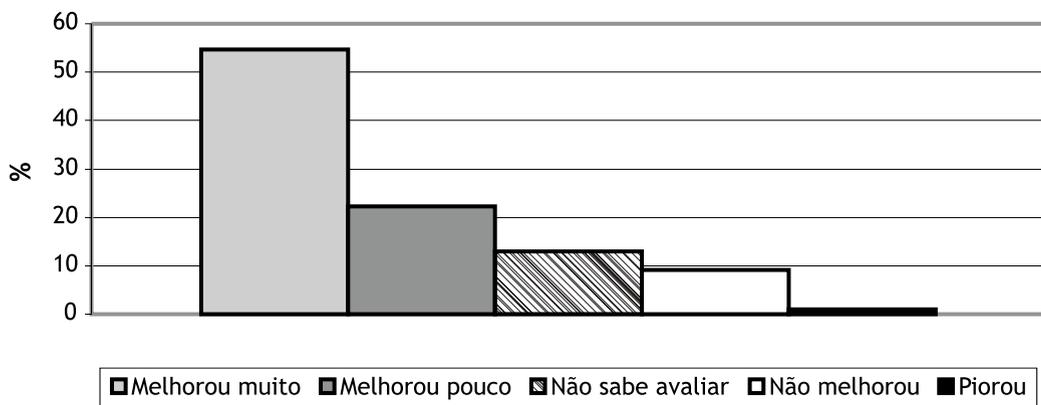
Sobre os impactos na saúde da família, 81,4% admitiram melhora, sendo que a avaliação sobre o atendimento médico guarda relação de proporcionalidade com o grau de melhoria da saúde da família. Dentre os que consideraram que a saúde da família melhorou muito, 83,9% aprovaram o atendimento médico (ótimo+bom). Dos que consideraram que melhorou pouco, tal atendimento foi aprovado por 69,7% dos entrevistados e, dentre os que consideraram que a saúde piorou, a aprovação do atendimento médico caiu para 50%.

Sobre o atendimento em caso de doença, 54,7% disseram ter melhorado muito e 22,2% ter melhorado pouco, obtendo uma aprovação de 76,9%, conforme gráfico 2.9.

Notou-se, também, que a avaliação do atendimento em caso de doença influencia na avaliação do PSF, quando se observa que, quanto maior o percentual de satisfação com o atendimento, maior a satisfação com o programa. O teste qui de dependência de variáveis confirma tal afirmativa, sendo o valor do p-value =2,91728E-28.

**Gráfico 2.9**

**Avaliação do atendimento em caso de doença após implantação das USFs  
Vitória da Conquista, maio de 2001**



Fonte: TEIXEIRA, 2001

## 2.2.7 Considerações da população sobre o PSF

Dentre as considerações sobre o PSF, apenas 460 entrevistados (38,8%) fizeram algum comentário, sendo que, desse universo, 58,7% se queixaram do atendimento, e as queixas ficaram assim distribuídas: demora para receber resultados de exames (35,6%), especialmente do preventivo de câncer ginecológico (até 4 meses), acesso ao atendimento médico ruim (32,9%), acesso ao atendimento odontológico ruim (31,5%). Os usuários queixaram-se do número reduzido de fichas de atendimento, o que os obriga a saírem muito cedo de suas casas para ficarem na fila, expondo-se ao risco de serem assaltados ou agredidos.

### ■ Considerações Finais

O modelo de atenção em saúde na cidade de Vitória da Conquista deu um salto qualitativo considerável, especialmente ao observar-se os impactos positivos nos indicadores de saúde populacionais, a exemplo da redução da mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal e da cobertura do pré-natal, dentre outros. Tais resultados foram obtidos, preponderantemente, através do investimento na atenção básica à saúde, viabilizada pelo PSF em conjunto com o PACS, que gozam de uma aprovação popular acima de 80% e são favorecidos pela vontade política municipal para a efetiva implementação do SUS.

Entretanto, a pesquisa revelou aspectos sobre os quais deve haver uma maior atenção por parte dos gestores, tanto nas esferas municipal, estadual e federal, a exemplo da necessidade de urgentes ações intersetoriais (de educação, empregabilidade, saneamento, violência), cujas ausências poderão vir a comprometer a manutenção e expansão da estratégia Saúde da Família. Tal afirmação é reforçada pelo relatório da Comissão das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, quando destaca:

a área da saúde não tem como satisfazer suas necessidades e atender seus objetivos; ela depende do desenvolvimento social, econômico e espiritual, ao mesmo tempo que contribui diretamente para tal desenvolvimento. A área da saúde também depende de um meio ambiente saudável, inclusive da existência de um abastecimento seguro de água, de serviços de saneamento e da disponibilidade de um abastecimento seguro de alimentos e de nutrição adequada (CNUMAD, 1992).

A pesquisa revelou, também, que o tempo de implantação da Unidade de Saúde da Família não apresentou influência positiva na satisfação com o programa, na participação comunitária (nos grupos de educação continuada e nos Conselhos Locais de Saúde), na clareza das orientações fornecidas pelos profissionais e no aumento da visita domiciliar. Tal fato leva-nos a inferir que exista um ponto de estrangulamento dos impactos da estratégia após certo tempo de implantação, sugerindo que uma pesquisa futura sobre esse fato poderá trazer contribuições importantes para a elucidação e solução do problema.

Tal fato, entretanto, também relaciona-se com o grande agente dificultador da viabilização do programa, que é o modelo predominante de atenção à saúde, centrado na doença, na especialidade médica e no mercado. Esse modelo reflete-se na visão que a comunidade tem sobre saúde, na formação dos profissionais de saúde e no financiamento da política de saúde. Esses reflexos trazem como conseqüências imediatas a centralização das ações na USF (pressão popular pelo atendimento médico, filas), a inadequação do perfil dos profissionais de saúde para o trabalho coletivo, e compromete, ainda, a expansão e manutenção do programa. Conseqüentemente, ocorre a baixa participação popular nos grupos de educação continuada em saúde e nos Conselhos Locais de Saúde e comprometimento da integralidade da assistência na esfera da atenção básica, devido às dificuldades de financiamento. Ao final dessa cadeia sucessiva de implicações, observam-se as seguintes dificuldades: a reversão do modelo hegemônico em saúde, a plena viabilização do PSF e conseqüentemente do SUS; e o comprometimento de todas as dimensões envolvidas na promoção da sustentabilidade.

Conclui-se, afinal, que, sob a ótica dos usuários, a experiência de Vitória da Conquista pode ser considerada exitosa, contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica e reorientação do modelo assistencial vigente, apontando para um maior equilíbrio entre as dimensões da sustentabilidade, e, conseqüentemente, para a promoção do Desenvolvimento Sustentável.

## ■ Referências

BARTHOLO JR., Roberto S. “A ética da responsabilidade e o poder científico-tecnológico moderno”. In: *Labirintos do Silêncio. Cosmovisão e Tecnologia na Modernidade*. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ: Ed Marco Zero, 1986.

BEZERRA, Maria do Carmo de Lima; BURSZTYN, Marcel (Orgs). *Agenda 21 Brasileira: Ciência e Tecnologia para o Desenvolvimento Sustentável*. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2000.

BONFIM, Leny Alves (coord). *Análise de Situação de Saúde nos Estados e Municípios: Avaliando a Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família — PSF, na Bahia*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: 1988. 12 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1999. 360p

BUARQUE, Cristovam. *Os Tigres Assustados*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1999.  
\_\_\_\_\_. *A Revolução nas Prioridades: da modernidade técnica à modernidade ética*. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

BURSZTYN, Marcel (org). *Para Pensar o Desenvolvimento Sustentável*. 2 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

CÁCERES, Luciana Souza. Piraju: Aposta na alegria e na solidariedade. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, v. 1, n. 3, p. 14-19, dez., 2000.

CAPRA, Fritjof. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.

CAPISTRANO FILHO, David. *Da Saúde e das Cidades*. São Paulo: Hucitec, 1995.

COMISSÃO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. Promoção das Condições da Saúde Humana. In: AGENDA 21 Global. Rio de Janeiro, 1992. Disponível em: <http://www.mma.gov.br>. Acesso em: 23 mar 2004.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 208p.

FRANCO, Silvia Emília Garcia; ROCHA, Kenia Barbosa. “Chapadão do Céu: uma equipe faz a diferença”. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, v. 1, n. 3, p. 20-25, dez 2000.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. *Mapa do Fim da Fome: Metas Sociais contra Miséria nos Municípios Baianos*. São Paulo, 2001.

GONZAGA, Amaury Ângelo; NETO, Júlio Strübing Müller. Usuários avaliam as equipes de saúde da família (ESF) em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, v. 1, n. 3, dez., 2000.

- ILLICH, Ivan. *A Expropriação da Saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- MARX; ENGELS. *A Ideologia Alemã*. São Paulo: Ciências Humanas, 1978.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma Agenda Para a Saúde*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999a.
- \_\_\_\_\_ (org). *Distrito Sanitário: O processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999b.
- MONTENEGRO, et al. "Vitória: o destino tomado nas mãos". *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, v. 1, n. 3, p. 26-31, dez. 2000.
- SACHS, Ignacy. *Estratégias de Transição para o Século XXI: desenvolvimento e meio ambiente*. Tradução: Magda Lopes. São Paulo: Studio Nobel, 1993.
- SIQUEIRA, J. E. *A Evolução Científica e Tecnológica, o Aumento dos Custos em Saúde e a Questão da Universalidade do Acesso*. *Bioética*, [s.l.], v. 5, n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.cfm.org.br>. Acesso em: 28 jul 2001.
- TEIXEIRA, Simone Andrade. *O Programa de Saúde da Família e sua relação com as Dimensões da Sustentabilidade*. 2001. Dissertação (Mestrado) – Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, 2001.
- VASCONCELOS, Maria da Penha Costa. "Reflexões sobre a saúde da família". In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). *A Organização da Saúde no Nível Local*. São Paulo: Hucitec, 1998.



---

## CAPÍTULO 5

# REDE BRASILEIRA DE HABITAÇÃO SAUDÁVEL: HABITAÇÃO SAUDÁVEL COMO ESTRATÉGIA SINÉRGICA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

### **Simone Cynamon Cohen**

*Arquiteta, Mestre em Saúde Pública e Doutoranda em Saúde Pública. Coordenadora da Rede Brasileira de Habitação Saudável. Contato: cohen@ensp.fiocruz.br; sccohen@centroin.com.br*

### **Szachna Elias Cynamon**

*Engenheiro Civil, Doutor em Saúde Pública e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Contato: cynamon@ensp.fiocruz.br*

### **Débora Cynamon Kligerman**

*Débora Cynamon Kligerman é Engenheira Civil, Mestre em Planejamento Urbano e Regional e Doutora em Planejamento e Gestão Ambiental. Coordenadora da Rede Sudeste de Habitação Saudável. Contato: kliger@ensp.fiocruz.br; debora@kligerman.net*

### **Lúis Cesar Peruci do Amaral**

*Arquiteto Urbanista pela UFRJ e Especialista em Engenharia Sanitária e Controle Ambiental pela Fundação Oswaldo Cruz. Secretário Executivo e Secretário de Mobilização e Cooperação Social da RBHS. Contato: lperucci@ensp.fiocruz.br*

### **Lauro Mesquita**

*Arquiteto e Mestre em Planejamento Urbano e Regional. Representante do Instituto dos Arquitetos do Brasil (IAB/RJ) no Conselho Nacional de Administração da RBHS e Membro da Câmara Técnica desta Rede. Contato: lauro\_mesquita@ig.com.br*

### **Lúisa Perciliana Ribeiro**

*Engenheira Civil e Especialista em Engenharia Sanitária e Controle Ambiental (FIOCRUZ/RJ). Membro da Secretaria Executiva e Membro-Gestor da Comissão Técnica da RBHS. Contato: lperciliana@fiocruz.br*

---

## ■ Resumo

Este capítulo aborda conceitos e elementos necessários à compreensão da Rede Brasileira de Habitação Saudável (RBHS), de sua importância como ferramenta para a operacionalização da Política de Promoção da Saúde no âmbito habitacional e de sua sinergia com a estratégia Saúde da Família, sendo explicitado que suas estratégias de ação baseiam-se no enfoque intersetorial, multidisciplinar, de participação comunitária e no trabalho em rede, agregando instituições governamentais, entidades não-governamentais e outros grupos envolvidos com questões em torno da habitação, saúde

pública, planejamento e meio ambiente, com o propósito de identificar, avaliar e manejar a problemática da Habitação Saudável no nível local.

**DESCRITORES:** Habitação Saudável. Promoção da Saúde. Programa Saúde da Família. Saúde Pública e Meio Ambiente.

## ■ Introdução

O sonho de ter onde e como morar.

(CYNAMON, 2003)

Através das aceleradas transformações estruturais que o país sofreu nas últimas décadas, observa-se, pela multiplicação dos programas sociais, “a necessidade de se construir uma sociedade solidária e decidida a diminuir as desigualdades sociais, ampliando o sentido e os valores da cidadania, como base de um processo crescente de melhoria da qualidade de vida...” (COHEN, et al, 2003). Uma das bases fundamentais dessa conquista é um sistema eficaz, efetivo e democrático de saúde pública.

O reconhecimento da gama de fatores que influenciam a saúde vem evoluindo desde os antigos conhecimentos de saneamento básico, dirigido à prevenção e controle de riscos biológicos, à situação atual onde se reconhece a necessidade de uma estratégia que incorpore, além daqueles riscos, novos fatores como: químicos, psicossociais, físicos e sindrômicos presentes na habitação e no peridomicílio. Nesse sentido, diversas evidências científicas demonstram que a manutenção da saúde está fortemente relacionada aos estilos de vida e às interações com o meio ambiente.

Portanto, do ponto de vista do paradigma do ambiente como determinante da saúde, a habitação se constitui em um espaço sinérgico na relação saúde-doença. O desafio está na consolidação da intervenção sobre os fatores determinantes da saúde no espaço construído, entendendo como determinantes da saúde a biologia humana, o meio ambiente e os estilos de vida que, na habitação, compõem as principais causas de enfermidades e mortes.

Para o enfrentamento deste desafio faz-se necessária a articulação das políticas públicas de habitação, saúde, meio ambiente e infra-estrutura urbana, implicando a formação de alianças intersetoriais em uma visão integradora e multidisciplinar, onde a participação comunitária tem um papel essencial para o enfrentamento das questões locais e precariedade das relações do meio ambiente e o homem em seu hábitat.

Por outro lado, a Promoção da Saúde como campo teórico-conceitual e metodológico

se torna um instrumento que se aprimora diariamente, trazendo como eixos de sustentação estratégias potenciais para uma abordagem dos problemas de saúde, através da reflexão ampliada sobre seu conceito, quais são os seus determinantes e como promover saúde, discutindo-se qualidade de vida e pressupondo-se como potencial a participação e mobilização da sociedade (COHEN, et al, 2003).

Nesta direção, a Rede Brasileira de Habitação Saudável (RBHS) é uma ferramenta para a operacionalização da política de promoção de saúde no âmbito habitacional. Sua estratégia se baseia no enfoque intersetorial, multidisciplinar, de participação comunitária e na aliança em rede. Tem como propósito a identificação, avaliação e manejo da questão da habitação saudável no nível local.

A RBHS se constitui em um caminho para favorecer uma aproximação essencial entre os setores de saúde e habitação, incorporando também meio ambiente, infra-estrutura e planejamento. Envolve a interação entre o poder público local, a academia, organizações não-governamentais, profissionais, agências e as instituições da sociedade, onde se concentram ações com o intuito de estudar a realidade do país, tomar decisões e estabelecer iniciativas conjuntas em busca de promover a habitação saudável. Trata-se de valorizar ações e políticas que se relacionem com as estratégias de promoção da Saúde (Carta de Ottawa – 8ª Conferência da OMS).

Nesse sentido, propõe a discussão ampla em torno da realidade habitacional e sanitária do país, buscando a proposição de alternativas viáveis a esta realidade, enfocando, de forma sistemática, a qualidade do espaço construído (fundamentalmente a moradia) e sua influência na saúde e na vida.

## ■ Histórico

Em 1987, Organização Mundial da Saúde estabeleceu uma comissão com o objetivo de delinear uma política de habitação saudável, baseada na estratégia de espaços saudáveis como ferramenta de promoção da saúde. Em 1994, a Organização Pan-Americana da Saúde identificou atores nas regiões das Américas interessados em promover ambientes saudáveis nos espaços funcionais da habitação. Em 1995, se criou a Red Interamericana de la Vivienda Saludable como instrumento de uma iniciativa pan-americana de habitação saudável, hoje integrada por 16 países (COHEN; AMARAL, 2003).

No ano 2000, a Organização Pan-Americana da Saúde iniciou um processo de divulgação e identificação de entidades nacionais com capacidade de desenvolver uma iniciativa de habitação saudável para o Brasil. Desse modo, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), participou da 4ª Reunião da Rede Interamericana em Búfalo. Interessada em iniciar o

processo de formação da Rede Brasileira, a Escola Nacional de Saúde Pública procurou possíveis parceiros e encontrou na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) uma grande aliada. Ciente da importância da iniciativa, a FUNASA promoveu a Oficina de Moradia e Saúde no I Congresso de Engenharia de Saúde Pública, na cidade do Recife, em março de 2002. Como produto da oficina, se firmou a Carta de Intenções, marco de constituição da Rede Brasileira de Habitação Saudável. Foi, então, elaborado o Plano Bienal de Trabalho, fundamentado no documento base Déficit Habitacional no Brasil (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2000), definida a estrutura da Rede e nomeado o Grupo Coordenador, sendo interligada à Red Interamericana de la Vivienda Saludable, em maio de 2002.

Face às características continentais do Brasil, com suas diferentes realidades regionais, o grupo coordenador da RBHS, estabeleceu como diretriz a sua organização em Núcleos Regionais. Em janeiro de 2003, por ocasião do III Fórum Social Mundial, realizado na cidade de Porto Alegre, durante a oficina “Moradia e Saúde: repensando o lugar”, oficializou-se o Núcleo Amazônico da RBHS. Por ocasião do curso “Fatores Físicos de Riscos à Saúde na Habitação e seu Entorno”, ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública, em maio de 2003, na cidade do Rio de Janeiro, pelo Profº Dr. Carlos Peres Barceló, foi consolidado o Núcleo Sudeste dessa rede. Atualmente, estão sendo estruturados os Núcleos Sul e Centro-Oeste.

A carência de um efetivo diagnóstico nacional sobre habitação impulsionou a reflexão na direção de um debate sobre as condições de habitabilidade no Brasil e sua relação com a propagação de doenças. Surgiu então, a proposta de um estudo que demarcasse parâmetros referentes à elaboração de padrões de habitabilidade viáveis no Brasil. Para isso, foram feitos acordos, estabelecidas alianças e propostas estratégicas entre instituições envolvidas com as questões de saúde e habitação.

Como a habitação é a base material e de localização da família para favorecer o seu desenvolvimento, considera-se a conveniência de que a iniciativa de Habitação Saudável (RBHS/OPAS) venha propor o estabelecimento de uma aliança com o Programa Saúde da Família, com vistas a elevar a qualidade de vida em saúde da população brasileira. Nesse sentido, torna-se fundamental o reconhecimento dos conceitos associados à habitação saudável.

## ■ Bases Conceituais

Entendendo a habitação como um espaço onde a função principal é ter a qualidade de ser habitável, faz-se necessário que em uma análise mais aprofundada se incorpore à visão das múltiplas dimensões<sup>1</sup> que compõem a habitação. Nesse conceito deve estar incluso o entorno, como ambiente, fator de saúde de seus moradores.

---

<sup>1</sup> Entendidas aqui como dimensão cultural, econômica, ecológica e de saúde humana.

O conceito de habitação saudável se introduz desde o ato da elaboração do seu desenho, microlocalização e construção, estendendo-se até seu uso e manutenção. Está relacionado com o território geográfico e social onde a habitação se assenta, os materiais usados para sua construção, a segurança e qualidade dos elementos combinados, o processo construtivo, a composição espacial, a qualidade dos acabamentos, o contexto global do entorno (comunicações, energia, vizinhança) e a educação em saúde e ambiente de seus moradores sobre estilos e condições de vida saudável.

O conceito de ambiente e entorno saudável incorpora a necessidade de ter equipamentos urbanos, saneamento básico, espaços físicos limpos e estruturalmente adequados e redes de apoio para se conseguir hábitos psicossociais sãos e seguros, isentos de violência (abuso físico, verbal e emocional).

A salubridade domiciliar e do peridomicílio implica um enfoque sociológico e técnico de, em primeiro momento, identificar e traçar os padrões de habitabilidade regionalmente, e, em segundo momento, de pesquisas que mostrem os fatores de risco à saúde presentes no espaço habitacional e seu entorno e o seu enfrentamento através da tomada de medidas preventivas e corretivas.

Nessa direção, a RBHS prioriza, como ferramenta, quatro estratégias de ação, a saber: padrões de habitabilidade; educação em saúde; análise de risco; e participação comunitária. Identificam-se tais estratégias como mecanismo indispensável de articulação entre a habitação saudável e o Programa de Saúde da Família.

Entende-se por padrão de habitabilidade a adoção de tipologias em correspondência aos requisitos mínimos que garantem o pleno exercício do ato de morar, ampliando e melhorando, respectivamente, a qualidade do espaço e da vida, propiciando o convívio harmônico e a dignidade humana.

Os fatores de risco compreendem:

o espectro de causalidades que interferem nos sistemas e em seu funcionamento, com prejuízo às condições individuais ou coletivas de saúde. Assim, podemos citar: agentes físicos, agentes químicos, agentes biológicos, agentes inertes respiráveis, agentes psicossociais, agentes socioeconômicos e agentes sindrômicos (INHEM, 2002).

A educação em saúde, assim como a educação ambiental, trabalham com valores, reforçam atitudes, tendo como objetivo a valorização de identidades, ampliação das potencialidades individuais e desenvolvimento do senso de responsabilidade pela sua própria saúde e de sua comunidade e a capacidade de participar em atividades de prevenção de doenças e promoção da vida comunitária de uma maneira construtiva. Desenvolvem, assim a capacidade de controle e de gerar mudanças nos condicionantes

sociais da saúde, ampliando o conceito de cidadania.

A participação comunitária trabalha no sentido de garantir a efetiva mobilização para todo e qualquer processo em curso na comunidade. Dessa forma, a autogestão se constitui no ápice de relações democráticas (GUARESCHI, 1998). A aproximação entre academia e comunidade alavanca a criação de um processo de construção compartilhada do conhecimento, através de trocas entre o saber técnico-científico e o saber popular, demonstrada também no conceito de Atenção Primária Ambiental.<sup>2</sup>

Portanto, integrando conceitos a essas estratégias de prevenção e de participação comunitária, através de projetos de ensino (cursos de capacitação e educação continuada) e investigação-ação, a RBHS trabalha com o foco na redução dos problemas de saúde gerados pelas deficiências habitacionais e propondo a incorporação de iniciativas associadas à “habitação saudável” na política pública de saúde.

## ■ **Habitação Saudável e Programa Saúde da Família: ensaios para a incorporação de um conceito**

O PSF como proposta de desenvolvimento em âmbito local tem-se mostrado um dos mais avançados programas em direção à Promoção da Saúde, na medida em que tem, na sua lógica, a operacionalização de conceitos, como territorialização, vinculação, responsabilização e resolutividade, com um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões físicas, culturais, biológicas e sociais.

Dessa maneira, a articulação proposta, viabiliza mecanismos de monitoramento e vigilância em saúde no âmbito habitacional, primando pela anulação ou redução de riscos, com benefícios diretos sobre a manutenção da saúde. Busca-se, através da capacitação de agentes comunitários e técnicos de saúde, a complementaridade necessária para a implementação de um procedimento indispensável de monitoramento às formas particulares de apropriação, estruturação e funcionamento do espaço. Para isso, a RBHS tem privilegiado o desenvolvimento de linhas de trabalho que resultem em novos conhecimentos e perspectivas de melhorias para comunidades desfavorecidas.

Tendo como principal objetivo a redução dos problemas de saúde gerados pela habitação, as ações por uma Habitação Saudável podem ser desenvolvidas em três grandes blocos: investigação dos fatores determinantes da situação; seu diagnóstico; orientação

---

<sup>2</sup> Atenção Primária Ambiental refere-se a uma estratégia preventiva e participativa onde se reconhece o direito humano à vida em um ambiente saudável, sendo as pessoas informadas sobre os riscos relacionados a sua saúde e bem-estar.

e avaliação dos impactos das ações. Visa-se à implementação de um conjunto de ações que resultem na melhoria domiciliar acompanhada por alterações de hábitos e comportamento, com enfoque na manutenção e resgate da saúde.

Para cumprir tais objetivos, a RBHS vem discutindo a criação de novos instrumentos que facilitem esse processo. Como resultado desse debate, estão sendo desenvolvidos, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, Coordenação do PSF da CAP 3.1 (Área de Planejamento 3 – Rio de Janeiro) e Centro Saúde Escola Germano Sirval Faria/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), três grandes ações, que se estabeleceram a partir do Seminário Família Saudável e Habitação Saudável, acontecido na ENSP, em agosto de 2003. São elas:

- a) elaboração de cursos de capacitação para agentes comunitários e técnicos em saúde (PSF);
- b) elaboração de guias metodológicos para instrumentalização de agentes comunitários, técnicos e da população; e
- c) elaboração de diretrizes para os Centros de Atenção Primária em Saúde e Ambiente.

A capacitação de agentes comunitários e técnicos de saúde em uma nova ótica da habitação é um dos trabalhos de cooperação que a rede desenvolve junto a alguns municípios, no âmbito do Programa de Saúde da Família, do Ministério da Saúde. Tais cursos prevêem a conscientização com vistas a uma visão que incorpore a moradia como espaço “promotor de saúde”, englobando a análise de aspectos de ordem física, química e biológica e psicossocial. O curso desenvolve habilidades de caráter técnico e analítico no que se refere à identificação, diagnóstico e controle de riscos à saúde no âmbito da moradia e de seu entorno permitindo aos alunos:

- a) conhecer e compreender a fenomenologia dos fatores de risco físico à saúde no âmbito da moradia e do seu entorno sob a ótica da saúde ambiental;
- b) apurar o olhar sobre o ambiente, identificando “marcos e sinais” associados a carências e deficiências com influência direta sobre a manutenção da saúde;
- c) desenvolver habilidades e perícia técnica para a identificação e manejo de riscos à saúde associados aos fatores de risco; e
- d) adquirir um enfoque integrado em medidas de controle e prevenção de fatores de risco e de incentivo à prática de hábitos saudáveis.

Os agentes passam a ter uma visão ampliada do conceito de saúde (OMS), incorporando noções de hábitos saudáveis, qualidade de vida e conhecimento de ações minimizadoras dos fatores de risco. Sua abordagem deve se dar de forma interativa e participativa, tornando-

os veículo fundamental na difusão da informação e estabelecendo um *link* direto entre o morador, que adquire caráter de agente transformador durante o processo, e a RBHS.

A elaboração de guias metodológicos para informar agentes comunitários, técnicos e a população, acerca das Estratégias Saúde da Família e Habitação Saudável, parte da necessidade de reformulação do próprio conceito Saúde de Família, de suas práticas e valores no processo de produção social da saúde, visando instrumentalizar a atuação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família e dar condições de compreensão e percepção à população dos fatores de riscos presentes na habitação.

Como resultado destas discussões, foi apresentado no seminário Habitação Saudável e Família Saudável, um Guia Metodológico abrangendo os dois eixos que lhe deram nome. O eixo Família Saudável foi abordado através do debate sobre estilos de vida; o eixo Habitação Saudável foi abordado através dos conceitos lugar seguro e lugar limpo. No encontro foi também abordada a acessibilidade da linguagem e a apresentação das cartilhas.

Os Guias Metodológicos da Família Saudável e Habitação Saudável serão embasados nos resultados do diagnóstico sobre a percepção dos fatores de risco pelos moradores.

A proposta dos Centros de Atenção Primária em Saúde e Ambiente se baseia no desenvolvimento de um programa que contemple metodologias e mecanismos direcionados a viabilizar a transformação da atual Unidade Básica do Programa Saúde da Família pela incorporação, em sua proposta básica, de um programa de melhorias domiciliares. Tal iniciativa se mostra inovadora na medida em que propõe uma articulação entre políticas curativas e preventivas de saúde a partir da reestruturação conceitual do mais abrangente programa de saúde pública do país.

A discussão das necessidades espaciais do centro partiu do programa adotado como básico pelas atuais unidades do PSF através da triangulação “espaço-função-norma” e repensando a mobilidade dos espaços físicos para adaptação das diversas atividades. A idéia em torno da incorporação do conceito da habitação saudável no projeto do centro prevaleceu durante a discussão, considerada a importância deste espaço como “vitrine” de uma moradia segura, isenta de riscos, facilitando a absorção de critérios e indicadores como parâmetros de intervenção para as melhorias domiciliares. Foram propostas diretrizes básicas, ferramentas e ações que devem ser observadas na implantação dessa proposta, conforme o exemplo que se segue:

Diretrizes Básicas	Instrumentos e ferramentas	Ações
Participação comunitária	Estatuto adequado	Criar conselhos gestores locais
Incorporação do conceito de habitação saudável	Identificação e avaliação de fatores de risco	Minimizar, corrigir ou compensar os fatores de risco
Sustentabilidade	Diagnóstico da realidade local	Usar conceitos de sustentabilidade no projeto e implantação dos módulos
Valorização das atividades educativas	Criação de ambientes educativos	Desenvolver atividades educativas
Valorização da identidade local	Diversos	Incentivar a comunidade a valorizar sua identidade
Diversidade da utilização do espaço	Flexibilidade dos ambientes	Destinar espaços para eventuais demandas do corpo técnico e/ou da comunidade

Fonte: seminário Família Saudável e Habitação Saudável (RBHS, 2002)

É importante enfatizar que os métodos de trabalho da RBHS pressupõem uma comunicação objetiva e eficiente. As informações devem ser claras e precisas, sem ambigüidades, e transmitidas de maneira adequada, através de sistemas visuais e auditivos que mobilizem a atenção e motivem sua utilização. A transmissão do conhecimento técnico-científico não pode ser considerada uma benesse assistencial ou ato de favor dos detentores desse conhecimento. Deve ser esclarecido que, da mesma maneira que o indivíduo tem o direito à informação, o cidadão tem o dever e se informar. Nesse sentido, trata-se de desenvolver a cidadania como fator fundamental à produção de novos conhecimentos baseados em realidades vividas.

A RBHS enfatiza a importância das pesquisas qualitativas que envolvem no seu planejamento uma metodologia orientada pelo processo de investigação/ação. Valoriza-se a aplicação de modelos de estudo de caso, importando sobremaneira os efeitos replicantes do conhecimento desenvolvido. Assim, essas metodologias serão inicialmente desenvolvidas nas áreas piloto do Complexo de Mangueiras (Rio de Janeiro-RJ), do Complexo do Alemão (Rio de Janeiro-RJ) e na área rural do município de Nova Iguaçu (Rio de Janeiro).

Entendemos que a sustentabilidade do processo iniciado com as experiências piloto perpassa o ensino, como uma contribuição ao sistema de saúde, que deve preparar seus técnicos “para gerência de riscos ambientais e o trabalho social com a família, incorporando

no currículo dos técnicos de saúde o conceito, a metodologia e procedimento da habitação saudável, assim como sua aplicação nas estratégias do Programa da Saúde da Família” (COHEN, 2003). Para tanto, faz-se necessário estruturar um modelo de capacitação/educação continuada, testar e avaliar este modelo em um processo gradativo de construção de indicadores na área da habitação saudável e saúde da família.

O fortalecimento deste modelo será obtido através da definição de habilidades e competências específicas dos auxiliares e técnicos de saúde, em um processo de revisão curricular que incorpore as necessidades e exigências do SUS, entre outras ações de atendimento domiciliar.

## ■ Considerações Finais

Com pouco mais de um ano de existência, a RBHS avança no sentido da estruturação de uma forte aliança estratégica, baseada na articulação com o Ministério da Saúde, através do Programa Saúde da Família, Coordenação Geral da Vigilância Ambiental, Fundação Nacional de Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, e outras entidades como a Red Interamericana de la Vivienda Saludable, a OPAS, a Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, a Coordenação do PSF – Área de Planejamento 3.1/Rio de Janeiro. Essas articulações visam o trabalho em rede para facilitar o intercâmbio entre experiências e o fortalecimento da capacidade nacional no enfrentamento de problemas locais de habitação saudável.

O Programa Saúde da Família centra-se numa aproximação entre práticas de saúde e população assistida, ramificando-se, com suas 16.000 equipes, de forma a alcançar a maior e mais direta cobertura já conquistada por um programa de saúde pública. Sua articulação com as iniciativas de cidade e habitação saudáveis vem favorecer a implantação de políticas associadas à preservação e recuperação ambiental, com enfoque na redução dos índices epidemiológicos e numa melhor qualidade de vida.

Para a aplicação de métodos científicos articulados, faz-se necessária a superação das rupturas epistemológicas entre o conhecimento científico e o saber popular, dito do senso comum, incorporando a concepção de que o conhecimento deve refletir simultaneamente as relações sociais, sistemas de crenças e valores comunitários. O conhecimento científico, através de metodologias bem conhecidas de investigação como pesquisa-ação, pesquisa participante, grupo focal, deve ser aplicado para identificar, no discurso do senso comum, o real e a representação, necessitando do comprometimento social e ético do pesquisador para com os impactos da aplicação de sua pesquisa. Esse comprometimento implica a articulação entre o trabalho científico, com os imperativos da ciência, e as necessidades de “sujeito” dos participantes da pesquisa, assim como de seu núcleo social. O critério indispensável à validação do conhecimento deixa de ser a correspondência entre fato e representação, passando a fundamentar-se no quanto o conhecimento pode contribuir para melhor compreensão de processos, beneficiando o ser humano, tanto sob a ótica individualista, quanto sob a ótica da coletividade (FERREIRA, et al, 2002).

A Rede Brasileira de Habitação Saudável vem, então, trabalhando com processos de sensibilização e mobilização comunitária, utilizando conceitos de educação em saúde e educação ambiental como ferramentas indispensáveis na construção de uma política de “habitação saudável”.

Segundo o Expert Committe on Planning and Evaluation of Health Education Services (Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em

Saúde) da Organização Mundial da Saúde — OMS, a educação em saúde, de forma geral, visa a que as pessoas: adotem e mantenham padrões de vida saudáveis e usem de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados a sua disposição, decidindo individual ou coletivamente sobre ações que visem melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente.

O Scientific Group on Research in Health Education (Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde), também da OMS, ampliou essa declaração ao afirmar que “os objetivos da educação em saúde são desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva”. Dessa forma, a educação em saúde se constitui numa base conceitual que fortalece as atividades alicerçadas no conhecimento humano, dando-lhes a condição de sujeito pelo domínio de sua própria existência e o controle sobre o ambiente em que atuam, desenvolvendo o poder de reflexão e de análise crítica.

Por outro lado, a rede tem como perspectiva o estreitamento de laços com diversas Secretarias Municipais de Saúde no sentido de implementar, através dos municípios, projetos de capacitação dos agentes municipais de saúde. Ela enfatiza a necessidade da implementação de uma política pública de melhorias habitacionais vinculada a ações como a abertura de linhas de crédito e programas técnicos de assessoria comunitária, a exemplo do Arquiteto Comunitário, de Cuba, e o urbanizador social, em estudo para Porto Alegre. Trata-se de uma política centrada no modelo de espaços saudáveis, onde se reconhece a importância da qualidade do ambiente, das condições de vida e da satisfação plena das necessidades humanas como componentes fundamentais para a preservação da saúde.

Não obstante a incapacidade de solucionar a questão da habitação saudável num prazo desejável, na medida em que as raízes do problema estão diretamente relacionadas ao modelo de desenvolvimento do país, constata-se o significativo caráter das ações pontuais de cunho assistencial, que não invalidam o compromisso de melhorar gradativamente as condições de vida do maior contingente populacional em áreas de risco e condições precárias.

Por fim, o interesse da Rede Brasileira se direciona, nesse momento, a avaliar as experiências piloto, agora em curso, e replicá-las em distintas localidades, vivenciadas por atores diversos, e implementada pelos inúmeros parceiros e sócios da RBHS, na certeza de que, dessa maneira, possamos contribuir para melhores estatísticas de saúde, na construção de um país justo, saudável e consciente dos seus caminhos.

## ■ Referências

- ALVES, A. J. "O planejamento de pesquisas qualitativas em educação". *Cadernos de Pesquisa*, n 77, p 53-61, 1991.
- BUSS, P. M. et al. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: ENSP, 1998.
- BUSS, P. M. *Qualidade de Vida e Saúde*. Recife: São Paulo: Abrasco, 2000.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE. *Panorama Social da América Latina 1999: agenda social*. Santiago do Chile, 2000.
- COHEN, S. C. *Habitação e Saúde como Instrumentos de Políticas Públicas Saudáveis e de Concretização de uma Estratégia de Promoção de Saúde*. 2000. Trabalho Final (Disciplina Introdução à Promoção de Saúde, Doutorado em Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.
- COHEN, S. C. et. al. *Habitação Saudável no SUS: uma estratégia de ação para o PSF: uma incorporação do conceito de habitação saudável na política pública de saúde*. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Habitação Saudável, ENSP, 2003.
- COHEN, S. C.; AMARAL, L. C. P. *Relatório Rede Brasileira de Habitação Saudável: período: 03/2002 à 07/2003*. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Habitação Saudável, ENSP, 2003.
- COHEN, S. C.; CYNAMON, S. C.; KLIGERMAN, D. C. *Versão Preliminar da Proposta do Estudo e Desenvolvimento dos Padrões Regionais de Habitabilidade no Brasil*. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Habitação Saudável, ENSP, 2003.
- FERREIRA, R. F. et. al. *Caminhos da Pesquisa e a Contemporaneidade*. [S.l.]: Universidade São Marcos, 2002.
- GUARESCHI, P. A. et al. *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia*. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2002.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Promoción de la Salud: glosario*. Ginebra, 1988.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Políticas de Salud en la Vivienda*. Washington: CEPIS, 2000.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Guias Metodológicos para Iniciativa de Vivienda Saludable, 2000*. Lima, 2001. Disponível em: <http://www.cepis.org.pe/bvsasv/e/fulltext/guias/guias.pdf>. Acesso em: 26 mar 2004.
- INHEM. *Paquete Docente de Riesgos Físicos*. La Habana, 2002 (CD-Rom).

SANTOS, B. S. *Um Discurso Sobre as Ciências*. Porto: Afrontamento, 1996.

TEIXEIRA. "Atenção Primária ambiental: o foco na experiência local". *Debates Sócio-Ambientais*, v. 3, n. 8, p 6-7, 1997.

---

## CAPÍTULO 6

# ENFERMIDADES NÃO-TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO BÁSICA: NOVO DESAFIO PARA O PSF

*Maria Lúcia Carnellosso*

*Superintendente de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás*

*Maria Alves Barbosa*

*Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás*

*Ana Luíza Lima Sousa*

*Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás*

*Estelamaris Tronco Monego*

*Docente da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás*

*Magna Maria Carvalho*

*Subgerente da Vigilância Epidemiológica da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás*

---

### ■ Resumo

Discute a necessidade de mudança do modelo de assistência, tendo como referencial experiências cuja implantação tem mostrado eficácia e possibilidade de reprodução em contextos similares. Faz considerações sobre a iniciativa CARMEN e o Programa Saúde da Família, como estratégias altamente eficazes na Atenção Básica. Relata a experiência de Goiás — Brasil, que com o apoio da OPAS implantou um novo modelo de assistência. Evidencia desdobramentos importantes na área de saúde.

**DESCRITORES:** Modelo Assistencial. Saúde. Promoção da Saúde.

### ■ Introdução

As concepções sobre sanidade e saúde têm uma construção social diferente ao longo da história. As relações sociais dos homens têm determinado a sua qualidade de vida e o seu modo de pensar a vida. Essas relações privilegiam o espaço urbano para acontecer.

A humanidade concebe o contínuo saúde-doença basicamente sobre dois eixos principais e estas se mostram claramente influenciadas pelos interesses das sociedades nos momentos determinados.

A primeira concepção, conhecida como Concepção Hipocrática, entendia a doença como um estado de desequilíbrio do organismo ou quebra da harmonia com o meio ambiente. A doença era vista dentro de uma compreensão totalizante e dinâmica (CANGUILHEM, 1982).

A segunda opção entendia a doença como um ser ou algo que penetra no homem e o faz adoecer. Trata-se de uma concepção ontológica, que tem em Galeno seu mais árduo defensor. Historicamente a concepção ontológica prevaleceu por todo o período da Idade Média e seus medos de miasmas, até adentrar a Modernidade. Durante o século XIX, a humanidade viu um grande avanço científico e tecnológico, principalmente sobre o controle de doenças infecciosas e parasitárias (CANGUILHEM, 1982).

Na atualidade, discute-se o processo saúde-doença dentro de uma concepção social, sem abandonar as conquistas anteriores. É uma forma de pensar que agrega um conceito “ecológico” e um conceito “biologicista”, avançando no sentido de estudar a interação do homem com o seu meio e consigo mesmo e suas interações sociais no momento e espaço em que vive e que recebe todos os reflexos das mudanças socioeconômicas e políticas (TESTA, 1992).

A transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo nos países em desenvolvimento já transformou o perfil da distribuição das doenças e, com o aumento das doenças crônicas, tem-se mostrado um sério problema de saúde pública a ser enfrentado pelos sistemas de saúde e pela sociedade.

Atualmente, as doenças crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano de 2020, 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento deverão advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde com encargos muitos elevados para a sociedade, o governo e os familiares. Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das doenças crônicas; simplesmente tratam os sintomas quando aparecem (OMS, 2002).

Dentre essas, as doenças do aparelho circulatório respondem por 32,4% do total de óbitos ocorridos no país (BRASIL, 2001). Em Goiás, segundo a mesma fonte, essas causas representam 12,4% das internações na rede do Sistema Único de Saúde — SUS. A prevenção dessas doenças está intimamente ligada a mudanças de estilo de vida e comportamento. O sedentarismo, o tabagismo e a ingestão excessiva de alimentos não-saudáveis, abuso de bebidas alcoólicas e o estresse são as principais causas e fatores de risco para as doenças crônicas.

Estimativas apontam a alta prevalência desses fatores de risco no país. Contudo há ainda uma precariedade de estudos ou sistemas que subsidiem uma análise da situação real desses fatores de risco no estado de Goiás.

A Campanha de Hipertensão e Diabetes e a implantação do Sistema de Informações de Hipertensão e Diabetes — SIS — HIPERDIA têm sido importantes iniciativas brasileiras para que o sistema conheça a magnitude dessas doenças no país e para melhor planejar a aquisição de medicamentos e capacitação dos profissionais da rede na assistência aos indivíduos, mas não suprem as demandas iminentes, por serem fragmentadas e centradas na assistência médica. Portanto, não são suficientes para restringir o aparecimento de novos casos e minimizar o impacto negativo dessas doenças na população. Não existe no país uma definição clara da política a ser seguida nessa área, que priorize a saúde da população exposta a determinados riscos. O que ocorre é uma atenção a indivíduos que buscam o atendimento, ou ainda em forma de campanhas pontuais para detecção de sinais e sintomas da doença e seu tratamento, sem, contudo resolver os problemas estruturais dos serviços, com vistas à mudança do modelo de atenção prestada nas Unidades Básicas de Saúde.

Monteiro (1995) define política de saúde como a ação ou omissão do Estado enquanto resposta social diante dos problemas de saúde (danos e riscos) e seus determinantes, bem como a intervenção sobre a produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

A doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Embora todos prefiramos usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período, a identificar-se como cidadão do outro país (SONTAG, 1984).

Doenças crônicas exigem sempre a associação de um componente terapêutico nem sempre considerado nos consultórios profissionais. Por se tratar de doenças que estarão sempre presentes no cotidiano dos indivíduos, provocando alterações no modo como trabalham, produzem, pensam e se relacionam são, por isso mesmo, responsáveis por mudanças de comportamento. Essas mudanças nem sempre são voluntárias ou entendidas. Para auxiliar o indivíduo no enfrentamento das mudanças necessárias e também para instrumentalizar melhor o profissional de saúde, os princípios e técnicas da educação devem ser considerados em toda abordagem com o indivíduo portador de doenças crônicas. E também novos modelos de assistência devem ser apontados.

O Relatório Final da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, de 1986, já destacava os principais problemas em relação aos modelos de atenção como a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, a inadequação dos serviços face as necessidades, à qualidade insatisfatória e a ausência de integralidade (BRASIL, 1986).

A 11.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que trouxe como tema central “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, continuou afirmando que o modelo vigente é inadequado e não atende aos problemas de saúde no país com equidade, mantém um caráter assistencialista, incapaz de responder às necessidades da população. Este quadro se delineia a partir de um modelo curativo, voltado para a doença, onde atuam, em sua maioria, profissionais despreparados, consolidando o distanciamento entre o formal e o real na assistência à saúde no país (BRASIL, 2000).

Várias têm sido as tentativas de intervenção no sentido de intervir sobre este quadro de forma mais resolutive, dentre as quais propostas internacionais bem-sucedidas, a exemplo da Finlândia (Projeto da Carélia do Norte); da Europa (Programa CINDI). As áreas prioritárias deste modelo incluem a intervenção sobre o tabagismo, a hipertensão arterial, o estado nutricional e o consumo alimentar, o colesterol sanguíneo elevado e os programas direcionados a jovens (OMS, 2000).

A partir desses modelos, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vem apoiando iniciativas que visam incorporar o controle e a prevenção integrada das enfermidades não-transmissíveis (ENTs) nas agendas de saúde pública. Surge, assim, a estratégia CARMEN (Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não-Transmissíveis) ratificada na 23.<sup>a</sup> Conferência Sanitária Pan-Americana, em 2002, como sendo a principal estratégia para a prevenção integrada de ENTs, para as Américas (OPAS, 2000)

O Canadá e o Chile foram os primeiros países a implantarem a estratégia, em 1996, e desde então se estendeu para 7 países. Dentre as finalidades da iniciativa CARMEN, evidencia-se a redução dos fatores de risco associados às ENTs. Isso se consegue através do desenvolvimento, da implementação e da avaliação de políticas públicas, da mobilização social, de intervenções comunitárias, da vigilância epidemiológica das condições de risco para as ENTs e os serviços preventivos de saúde (OPAS, 2003).

Em 1998, a Secretaria de Estado da Saúde em Goiás — Brasil, com o apoio da OPAS, implantou a iniciativa CARMEN com a denominação de CARMEN, como estratégia para enfrentamento e mudança do modelo de assistência vigente. A partir dessa experiência, o Brasil integra a rede de países das Américas com iniciativa CARMEN implantada, sendo o único estado a utilizar essa metodologia no país.

Essa iniciativa propõe-se: implementar abordagens para fatores de risco junto à população de forma integrada e intersetorial; iniciar a intervenção em áreas demonstrativas que sejam monitoradas e avaliadas adequadamente para logo estender a experiência a outros municípios, estados ou países; e utilizar a estratégia de colaboração internacional de maneira que se estimule o intercâmbio de experiência entre países.

## ■ A Iniciativa em Goiás

A implantação dessa iniciativa em Goiás fez surgir o Comitê Diretivo do CARMEN, com representantes das instituições parceiras (Universidade Federal de Goiás, Universidade Estadual de Goiás, Secretaria de Estado da Educação, Secretaria de Esporte e Lazer, Sociedades Goianas de Endocrinologia e Cardiologia, Liga de Hipertensão Arterial da Universidade Federal de Goiás e Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia). Esse comitê definiu dois critérios para adesão dos municípios, quais sejam, a decisão política do gestor local em adotar essa nova metodologia e a existência de Equipes Saúde da Família (ESFs), por ser essa a forma de garantir a sustentabilidade da nova estratégia.

O município de Goiânia, capital do estado de Goiás, com uma população de 1.003.477 habitantes (IBGE, 2000), dividida em 12 Distritos Sanitários, foi selecionado para a implantação da iniciativa CARMEN por atender aos referidos critérios. Por decisão conjunta entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e o comitê, foi escolhida a região Leste do município como área de demonstração da iniciativa CARMEN.

Partindo dessa escolha, em 1999 foi realizado o diagnóstico sobre a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares, utilizando instrumentos recomendados em nível internacional pela Rede CARMEN das Américas (OPAS, 1997).

Os resultados evidenciaram alta prevalência de excesso de peso (44,2%), hipertensão arterial (32,9%) e 22,9% de fumantes. A avaliação bioquímica evidenciou 8,1% de descontrole glicêmico, 45,5% de hipercolesterolemia e 17,7% de indivíduos com triglicerídeos elevados.

Com base nesses dados, o Comitê CARMEN propôs para o Distrito Sanitário Leste as ações de intervenção, com a participação da comunidade. Integram essas ações a capacitação dos profissionais de saúde para diagnóstico precoce de fatores de risco para as ENTs, a abertura de espaços de lazer para o estímulo de exercícios físicos regulares, a proposição de uma investigação junto a crianças e adolescentes da rede de ensino buscando a detecção e intervenção precoce sobre os fatores de risco detectados.

O objetivo deste artigo é discutir a necessidade de mudança do modelo de assistência, tendo como referencial experiências cuja implantação tem mostrado eficácia e possibilidade de reprodução em contextos similares.

## ■ As Considerações sobre o Modelo

O CARMEN e o Programa Saúde da Família — PSF são considerados como estratégias capazes de responder a essa demanda.

A estratégia do Programa Saúde da Família implantada no Brasil no início da década de 90, com o objetivo precípua de mudar as práticas dos profissionais de saúde que prestam assistência nos serviços de Atenção Básica de Saúde, consubstanciou-se principalmente na interiorização destes profissionais e nas ações centradas no atendimento na área materno-infantil.

O PSF é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes. A assistência está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que parece possibilitar às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 1997).

Para muitos estados e municípios brasileiros, essa estratégia viabilizou a permanência de médicos e enfermeiros em locais onde a população não tinha acesso a nenhum serviço na área de saúde. O resultado observado ao longo desses anos foi a redução significativa da mortalidade infantil, principalmente associada a baixas coberturas vacinais, doenças diarreicas e infecção respiratória aguda, de 47,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos (1996), para 28,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos (2002) (RIPSA, 2002).

Essa estratégia não só eleva o acesso da população ao sistema, como também proporciona considerável melhoria na qualidade do atendimento oferecido, traduzido por um atendimento mais resolutivo e integrado das equipes de saúde com a comunidade, o que traz um admirável grau de satisfação da população e dos próprios profissionais (CHAVES, 2002).

No estado de Goiás, o Programa Saúde da Família foi implantado em 7 municípios, com 11 Equipes de Saúde da Família (1998), chegando em 2002 a 836 equipes implantadas, com uma cobertura de 100% dos municípios e 56% da população total do estado.

Tem sido um grande desafio para a área de saúde vivenciar a transição do paradigma biomédico para outro, que privilegia o aspecto cultural de indivíduos e grupos familiares.

A decisão política dos gestores de saúde locais, a mobilização dos segmentos organizados da sociedade para o enfrentamento dos problemas de saúde de forma integrada e intersetorializada, bem como a capacitação dos profissionais que fazem parte das Equipes de Saúde da Família têm-se mostrado eficazes na condução e sustentabilidade deste novo modo de atenção à saúde. Por outro lado, a reordenação do modelo assistencial, com a descentralização e o fortalecimento dos municípios, exige modificações estruturais profundas no atual mercado de trabalho dos profissionais de saúde e requer reformulação de suas práticas para atuar no novo modelo assistencial. Deste modo, projetos de educação permanente foram surgindo no âmbito das instituições e conteúdos sobre a nova modalidade de assistência continuam sendo inseridos nos cursos de graduação e pós-graduação.

A operacionalização da estratégia de saúde da família, diferente do modelo biomédico, impulsiona a adoção de novas práticas que valorizam o trabalho em equipe com abordagem interdisciplinar: o vínculo com a população, a garantia da integralidade na atenção e o estímulo à participação da população. Os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, de universalidade, integralidade e acesso igualitário ao sistema passaram a ser contemplados nessa proposta emergente.

A proposta do PSF que está sendo implementada pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, através do trabalho de equipes locais, permite maior diversidade das ações e considera os aspectos culturais e sociais daquela população. Segundo Leininger (1991), para se chegar a um estado de saúde (bem-estar) devem-se considerar os fatores culturais e sociais, que vão influenciar o padrão de cuidado. Vale considerar que satisfazer necessidades de saúde num contexto amplo de diversidade cultural não é uma tarefa muito simples.

A estratégia para enfrentamento das enfermidades não-transmissíveis a partir do enfoque de risco traduz a mudança do modelo de assistência prestada à população, fortalecendo os princípios da prevenção e da promoção, através de ações integradas e intersetoriais, com a participação efetiva da comunidade.

Tendo claro que as ENTs estão relacionadas a comportamentos de risco, tais como o sedentarismo, o tabagismo, a ingestão excessiva de alimentos não-saudáveis, o abuso de bebidas alcoólicas e o estresse, foi estabelecida uma área de demonstração local que contemplasse a mudança das práticas dos profissionais de saúde que prestam assistência na atenção às ENTs. Dessas práticas centradas no indivíduo e no tratamento a doenças, partiu-se para a sistematização e organização dos serviços de saúde da Atenção Básica, a partir do conhecimento por parte dos profissionais de saúde, autoridades e comunidade local da situação epidemiológica das ENTs e seus fatores de risco, além do planejamento de ações de intervenção local de forma integrada e intersetorializada. Para tanto, vem sendo buscado o envolvimento de diferentes segmentos organizados da sociedade, tais como igrejas, comércio, indústria, secretarias de educação, esporte e lazer, universidades, sociedades científicas e representantes dos Conselhos Locais de Saúde.

Essa é uma forma inovadora, incorporada aos serviços de saúde já existentes na Atenção Básica e como tal seria muito precoce uma avaliação de resultados baseados em indicadores epidemiológicos, mas podem-se observar alguns desdobramentos importantes desde a sua implantação em Goiás. Dentre eles podem ser citados: a estruturação do Comitê Estadual CARMEN; a participação do Brasil no Comitê Diretivo da Rede CARMEN das Américas; o desenvolvimento do Projeto Mega Country, piloto da OMS (2001) e

Ministério da Saúde, para implantação da vigilância de fatores de risco para ENTs. Ainda, a interiorização da proposta com a implantação, em Firminópolis, da iniciativa CARMENT e no município de Quirinópolis, da iniciativa CARMENT e o Projeto Mega Country.

Ressaltam-se a alocação de recursos financeiros e a cooperação técnica da OPAS para a expansão da iniciativa na zona rural; o Programa de Combate ao Tabagismo, além do desenvolvimento de subprojetos nas mesmas áreas de implantação do CARMENT, a exemplo do CARMINHO — Escolas Promotoras da Saúde; Agita Goiânia; Agita Quirinópolis e Agita Firminópolis, lançados pelos gestores municipais, induzindo a população à prática de exercícios físicos; a abertura de áreas de lazer em locais antes inexistentes e oficinas de Arte Culinária para orientação sobre o preparo de alimentos saudáveis dirigidos a donas de casa, merendeiras e alunos.

Finalizando, considera-se que a atuação das equipes do PSF permite a aproximação dos indivíduos sem perder de vista o coletivo e as interações sociais. E no caso específico das doenças crônicas, tem-se mostrado como o modelo mais provável para alterar a realidade, a partir dos indivíduos e a mudança de seus comportamentos e hábitos de vida.

Essas propostas de reordenação da assistência contribuem de forma concreta para a reorientação dos serviços de saúde, estabelecendo referência e contra-referência para diagnóstico e tratamento, evitando maiores danos à saúde dos indivíduos, mudando o eixo da atenção para as ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, subsidiando o planejamento local.

As considerações aqui realizadas quanto aos aspectos sociais estão respaldadas pelo estudo de Chaves (2002), que discutiu percepções da população, indicando melhoria do acesso aos serviços de saúde e da resolubilidade nas ações desenvolvidas pelo PSF. Sendo a iniciativa CARMENT implantada nas regiões onde há equipes do Programa Saúde da Família, há indícios de que o novo modelo facilita a atenção, o controle dos fatores de risco e a promoção da saúde.

## ■ Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório das Ações e Resultados Alcançados: Estudo de Cobertura da Campanha e impacto no Perfil Nacional de Exames Diagnósticos Realizados.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 2000.

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

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

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982. 270p.

CHAVES, L. M. **Programa Saúde da Família: satisfação dos membros das famílias inscritos em Goiânia.** 2002. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e Saúde, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário Estatístico do Brasil.** Brasília, 2000.

LEININGER, M. M. **Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing.** National League for Nursing. New York: [S.n.], 1991.

MONTEIRO, C. A. **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças.** São Paulo: HUCITEC: NUPENS, USP, 1995. 359 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Guia Alimentar: Saúde 21 para a Região da Europa: Meta 11 - Uma vida mais saudável.** Brasília, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Primeira Reunião de Discussão das Estratégias de Cooperação Técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a Prevenção e o Controle das Doenças Não-Transmissíveis e Problemas Crônicos de Saúde.** Brasília, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Resumen: Vigilancia de los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles: El Método Progresivo de la OMS.** Washington, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Iniciativa CARMEN**: Prevenção Integrada de Doenças Não-Transmissíveis nas Américas. Washington, D.C., 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - **Protocolo y Diretrizes**: Programa de Intervención Integrada de Alcance nacional em Enfermidades no Transmisibles (CARMEN/CINDI). Buenos Aires, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Protocolo y Diretrizes, Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermidades No Transmissíveis**. [S.L.], 1997.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. **IDB 2001 Brasil**. Brasília, 2001.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

TESTA, Mario. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226p.

---

# CAPÍTULO 7

## CÍRCULOS VIRTUOSOS E BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Flávio A. de Andrade Goulart

*Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ; Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia-MG. E-mail: fgoulart@uberlandia.mg.gov.br*

---

### ■ Resumo

O presente artigo deriva de um trabalho mais extenso cujo objetivo geral foi analisar a implementação do Programa de Saúde da Família — PSF no país, observando as relações entre os aspectos normativos, explicitados no processo de formulação pelo Ministério da Saúde, de um lado e, de outro, as inovações locais decorrentes de sua (re)formulação e implementação descentralizada. O pressuposto geral era que o PSF, como toda política social, situa-se em um movimentado cruzamento de princípios e estratégias políticas e operacionais, onde são freqüentes as contradições, de natureza político-ideológica ou conceitual. A hipótese central era que o PSF surgiu no âmbito de um conflito entre a normatização dura, realizada pelo governo federal e as iniciativas dos governos municipais, nas quais prevaleceram a flexibilidade e as inovações de caráter local. Foram analisados, dessa forma, os processos de formulação e de implementação de diferentes casos de PSF, a saber: o programa nacional brasileiro e os programas desenvolvidos em cinco municípios e mais duas experiências pioneiras do Sul do país (GOULART, 2002).

**DESCRITORES:** Programa de Saúde da Família. Política Social. Descentralização.

### ■ 1. Introdução

A seleção dos casos do estudo teve como ponto de partida a evidência de experiências de PSF consideradas bem-sucedidas, ou seja, que tenham sido premiadas na I Mostra Nacional do PSF realizada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) em outubro de 1999 (BRASIL, 1999), ou pelo Conselho Nacional de Secretários

Municipais de Saúde (CONASEMS), no Prêmio Experiências Municipais Exitosas, de dezembro de 2000 (CONASEMS, 2001). Levantou-se, também, a relação de experiências inseridas pelo próprio DAB/MS em suas publicações oficiais, entre 1996 e 1999.

Mediante tais critérios foram então selecionadas as experiências de Contagem-MG, Curitiba-PR, Ibiá-MG, Niterói-RJ e Vitória da Conquista-BA. O quadro 1 resume as razões, ou as evidências, que justificaram a escolha final, bem como informações sobre número de equipes e cobertura no momento do estudo.

**Quadro 1**  
**Justificativas da escolha de casos para estudo**

EXPERIÊNCIA	RAZÕES DE ESCOLHA	No. Equipes	Cobertura (%)
CONTAGEM	· Evidências de sucesso presentes (publicações DAB/MS e premiações) · Experiência "radical" de implementação em condições institucionais adversas em área de forte problemática urbana	85	54,1
CURITIBA	· Evidências de sucesso presentes (publicações DAB/MS e premiações) · Forte tradição de inovações em boas práticas de governo em geral e de boa gestão em saúde	114	24,3
IBIÁ	· Evidências de sucesso presentes (publicações DAB/MS e premiações) · Radicalidade no caráter substitutivo da implementação	6	95,8
NITERÓI	· Caráter diferenciado e singular da experiência (Médico de Família) · Pioneirismo na formulação e na implementação	65	49,5
VITÓRIA DA CONQUISTA	· Evidências de sucesso presentes (publicações DAB/MS e premiações) · Evidências de bom governo e inovação em geral na administração municipal	31	40

## ■ 2. Os Municípios Estudados: síntese descritiva

### 2.1 Contagem

O município de Contagem, antigo centro fiscal de “contagem” de mercadorias na época do Império, localiza-se na zona metalúrgica mineira, fazendo parte da região metropolitana de Belo Horizonte, distando não mais do que 20 km do centro da capital, com a qual é conurbada. Sua população de 537.806 habitantes, da qual cerca de 99% residem em zona urbana, conforme dados do censo de 2000. Representa o segundo maior contingente populacional de Minas Gerais, sendo também seu maior pólo industrial, com um PIB que é considerado o segundo do estado em valor. A sua densidade demográfica, expressivamente alta, é de 2.762,84 hab/km<sup>2</sup>.

É forte a industrialização e a urbanização da cidade, bem como de toda a região metropolitana da Capital, o que levou à formação de uma extensa conurbação de alta densidade populacional e problemas infra-estruturais de toda ordem, tais como deficiências de saneamento básico, de equipamentos escolares, sanitários, sociais, de lazer, precária segurança pública, etc. Tais problemas se agravam pela contínua migração que a cidade de Contagem, além de suas vizinhas, recebem de outras regiões do estado, levando a um padrão anárquico de crescimento urbano. É digna de nota, também, a situação de alto risco para os moradores colocada pela existência de grandes rodovias de tráfego pesado dentro do município.

### 2.2 Curitiba

Curitiba, capital do Paraná, é uma cidade três vezes centenária, com uma história ligada aos vários ciclos (mineração, gado, café e industrialização) que fazem parte da herança cultural e econômica típica da Região Sul do Brasil. É uma cidade-pólo típica, agregadora de conhecimentos e de tecnologia, constituindo um grande centro de serviços de saúde, de cultura e de ensino, para todo o estado do Paraná, demais estados das regiões Sul e Sudeste do Brasil e mesmo para países da bacia platina. Tem também como característica marcante a migração, principalmente européia, tendo como etnias predominantes a polonesa e a italiana, além da japonesa.

A estimativa de população para o ano 2000 é de pouco mais de um milhão e meio de pessoas, com uma taxa de urbanização de praticamente 100%, e densidade demográfica de 3.690 habitantes por km<sup>2</sup>. A cidade polariza uma região metropolitana extensa, com 22 municípios e população estimada em 2,5 milhões de habitantes.

## 2.3 Ibiá

Ibiá é uma cidade situada na parte oeste de Minas Gerais, no chamado Alto Paranaíba, berço de águas formadoras da bacia do Rio Paraná. Seu nome deriva do idioma tupi e significaria “terras altas” ou “águas altas”. Situa-se a 300 km da capital do estado. Sua história está ligada à do trajeto que unia as minas de Vila Rica às aquelas de Goiás, pelo qual transitavam tropeiros e comerciantes.

O município tem na agricultura e na pecuária as principais atividades econômicas, sendo crescente sua organização sob a forma de agroindústrias. A cidade representa um entroncamento ferroviário importante, tendo sido sede de oficinas da antiga Rede Mineira de Viação (depois RFFSA e atualmente Ferrovia Centro Atlântica, privatizada), mas, neste aspecto, perdeu a pujança de que desfrutava décadas atrás.

No censo de 2000, Ibiá apresentava cerca de 21 mil habitantes, dos quais 80% residiam em zona urbana, principalmente na sede do município e também em três distritos menores. Possui extensa área territorial, cerca de 2,7 mil km<sup>2</sup> e sua densidade populacional é baixa, com menos de oito habitantes por km<sup>2</sup>. Não existem estabelecimentos de ensino superior no município. Suas relações econômicas, comerciais, culturais e de saúde se fazem principalmente com Araxá (distante 50 km), Uberaba (140 km) e Uberlândia (220 km). Com a capital do estado, as relações são essencialmente de cunho político-administrativo.

## 2.4 Niterói

Niterói, cidade quatro vezes centenária, detém historicamente posição apenas secundária entre as cidades do Sudeste do Brasil, por força da pujança política e econômica da cidade vizinha do Rio de Janeiro. Foi capital do estado, mas por todo o tempo teve sua presença ofuscada pela metrópole que se expandiu na banda oeste e sul da Guanabara. A cidade está praticamente conurbada com a de São Gonçalo, somando juntas cerca de um milhão de habitantes, fazendo parte de uma área metropolitana típica, que se estende dos dois lados da Baía de Guanabara, com problemática urbana intensa e indicadores sofríveis de saúde, saneamento e de qualidade de vida em geral. Entre todos os problemas da região, destaca-se a forte presença do crime organizado, principalmente o tráfico de drogas. O resultado mais visível desta situação é o alto índice de violência, que constitui o primeiro lugar na mortalidade, afetando principalmente os jovens, já a partir dos 14 anos de idade.

Niterói tem uma economia diversificada, concentrando atividades no setor de serviços e indústrias, aí se destacando os estaleiros navais e o processamento de pescado. Tem, também, estabelecimentos militares navais importantes. A dependência econômica do Rio de Janeiro

é intensa, já que, segundo o censo demográfico mais recente, as pessoas ocupadas em atividades locais representam menos de 40% da população entre 14 e 65 anos.

## 2.5 Vitória da Conquista

A região de Vitória da Conquista tem pelo menos dois séculos de história ligada aos ciclos de gado e mineração e agricultura característicos do sertão semi-árido do Nordeste do Brasil. Está localizada no chamado Planalto de Conquista, um contraforte da Chapada Diamantina, situado no centro-sul do estado da Bahia, distando 510 km da capital, Salvador. Uma parte do município, onde a caatinga predomina, é bastante seca durante quase todo o ano.

Vitória da Conquista se constitui em ponto de trânsito obrigatório de correntes humanas e comerciais, decorrente de sua situação às margens da BR-116 (rodovia Rio-Bahia), via primordial de união entre o Nordeste e o Sul-Sudeste brasileiros. Trata-se de uma posição geográfica estratégica, com influências econômicas e culturais recíprocas dentro de uma vasta região que abrange os estados da Bahia e de Minas Gerais, polarizando mais de 80 municípios, com uma população de abrangência superior ao milhão de habitantes. Constituiu-se, acima de tudo, em um grande entreposto comercial, localizado no cruzamento de vias como a BR-116 e também, de abrangência estadual, que unem o leste e o oeste do estado da Bahia. Tais características favorecem o trânsito e a concentração de populações migrantes, o que acarreta, naturalmente, forte impacto na área de saúde.

O município tem população pouco superior a 260 mil habitantes pelo censo de 2000 e índice de urbanização da ordem de 85%. A população rural, embora proporcionalmente pequena (para os padrões nordestinos) está extremamente dispersa, existindo na zona rural do município cerca de 284 povoados de variados tamanhos. Seus indicadores urbanísticos se apresentam como bastante precários: no saneamento básico, a rede de abastecimento de água não alcança mais do que 55% da população urbana e a de esgotos chega apenas a 35% na zona urbana; a coleta de lixo atende a quase 100% da população urbana, mas o produto é depositado a céu aberto. Na zona rural, esses indicadores são bem piores. A economia do município está assentada, via de regra, na prestação de serviços, particularmente nas áreas de educação e saúde, além da agricultura e do comércio, com a abrangência bi-estadual, já citada acima. A produção agrícola está baseada no café, implantado intensivamente na região a partir dos anos 70, a qual, entretanto, já teve seu apogeu e hoje está em declínio, o que estaria afetando de forma marcante a vida econômica e social do município.

Tal amostra de municípios representa, na verdade, um conjunto com características sociais, demográficas e econômicas muito distintas, o que não deixaria de ser um aspecto

positivo do ponto de vista da metodologia do presente estudo. Evidenciam-se, no quadro 2, algumas características geopolíticas e demográficas comparativas das cinco localidades envolvidas no estudo.

**Quadro 2**  
**Aspectos Diferenciais dos Municípios Estudados**

Cidade/Aspecto	CONTAGEM	CURITIBA	IBIÁ	NITERÓI	V. CONQUISTA
População	600 mil	1,4 milhão	25 mil	450 mil	250 mil
Classificação NESUR/Unicamp	Periferia de Região Metropolitana	Sede de Região Metropolitana	Porte Médio	Periferia de Região Metropolitana	Porte Médio
Situação geopolítica	Região Metropolitana Cidade-Dormitório Industrializada	Capital Metrópole Industrialização Serviços Pólo estadual	Cidade Pequena Agrícola	Região Metropolitana Cidade-Dormitório Serviços	Cidade média Agrícola Entroncamento Rodoviário Pólo Regional
Base econômica	Indústria Serviços	Indústria Serviços	Agricultura	Indústria Serviços	Agricultura Serviços
IDH	Baixo	Alto	Alto	Médio	Baixo
Urbanização	100%	100%	80%	Próximo 100%	85%

Procurou-se comparar, também, alguns aspectos da organização e da capacidade de oferta dos sistemas locais de saúde em cada uma das localidades estudadas. Nesse aspecto, aliás, é preciso muita atenção para não classificar sumariamente cada caso como um caso<sup>1</sup>. Com efeito, a heterogeneidade das experiências é bastante marcante em alguns aspectos, como por exemplo na população e nas características sociais e econômicas locais. Da mesma forma, a capacidade de oferta, por exemplo, de procedimentos especializados e o gasto público em saúde variam intensamente de um caso a outro. Em outros aspectos, a variabilidade é tão acentuada que praticamente induz à conclusão de que, talvez, os dados não reflitam a realidade local, por insuficiência de coleta ou outros problemas. É o que acontece, por exemplo, em relação a alguns tópicos referentes às informações financeiras (BRASIL, 2002a).

<sup>1</sup> A expressão resgata o título da tese que deu origem a este texto, ou seja, “Experiências de Saúde da Família: cada caso é um caso?” e sua preocupação de caracterizar as singularidades, similaridades e diferenças entre as experiências de PSF estudadas em cinco municípios brasileiros.

Mas, a par de tais dificuldades, é possível apontar também algumas uniformidades e tendências nos dados que foram levantados. Uma síntese é mostrada a seguir:

(a) São todos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, com datas de habilitação em tal condição variando desde maio de 1998, em Curitiba até maio de 2000, em Ibiá. Na análise de seu percurso anterior pelas condições de gestão das NOBs 93 e 96 foram considerados portadores de aprendizado médio, com exceção de Niterói, classificado como alto.

(b) Constituem sistemas de saúde com alto grau de participação pública municipal em relação à capacidade instalada, à oferta e à própria gestão do sistema, tanto na área ambulatorial como na hospitalar.

(c) Na oferta especializada e de complexidade mais elevada dilui-se a homogeneidade observada quanto a outros aspectos, com variações muito amplas dos indicadores, traduzindo possivelmente até mesmo alguma incorreção da base de dados. É digna de destaque a situação de Niterói, que apresenta um índice de procedimentos especializados *per capita* superior a todas as demais cidades, inclusive superando a de Curitiba.

(d) Do ponto de vista da oferta e cobertura hospitalar, os indicadores são inferiores à média nacional, traduzindo possivelmente um maior impacto da atenção básica resolutive nos sistemas locais.

(e) As taxas de evasão e invasão de internações, embora apresentem ampla variação, parecem traduzir uma tendência de que esses municípios captam as demandas externas, ao mesmo tempo que circunscrevem o atendimento local dentro do próprio sistema, com a notável dissonância de Contagem nesse aspecto.

(f) Os dados de financiamento revelam-se um tanto vulneráveis a uma crítica relativa a sua fidedignidade, observando-se, mesmo cautelosamente, que ocorre uma certa uniformidade nas receitas e no gasto com saúde por habitante, com a notável exceção de Vitória da Conquista, em que tais cifras se colocam em patamares inferiores às demais cidades.

(g) Em relação ao índice de recursos próprios municipais alocados, notam-se percentuais acima de 20% apenas em Ibiá e Niterói, estando os demais abaixo de 10%, fora Contagem, para a qual o dado não se encontra disponível.

As coberturas de PSF e PACS variam também intensamente, mas aqui a fidedignidade do dado não é objeto de contestação. Destacam-se neste aspecto Ibiá (com praticamente 100%), Vitória da Conquista e Contagem, com coberturas da ordem de 40% e 54% para o PSF e de 81,8% e 43,4% para o PACS, respectivamente.

### ■ 3. Fatores de Acerto, Fatores de Desacerto

Existe, inquestionavelmente, um vasto conjunto de pontos de convergência entre as diversas experiências, mas seria possível também indagar sobre o conteúdo das diferenças que apresentaram. Propõe-se a análise de tais diferenças em termos dos antecedentes e conseqüentes da ação política de implementação do PSF, mediante um pequeno exercício que tem por objetivo apreender um pouco mais da dinâmica das experiências. O Quadro 3 organiza as categorias da análise que será desenvolvida adiante.

**Quadro 3**  
Contextos e Desempenho das Experiências

ANTECEDENTES (CONTEXTOS)	CONSEQÜENTES (DESEMPENHO)	CASOS CONCRETOS
Favoráveis	Alto	Curitiba, Niterói
Desfavoráveis	Alto	Ibiá, Vitória da Conquista
Mistos	Alto, depois retrocesso	Contagem

Dito de outra forma, o primeiro caso seria aquele onde tudo convergia para o melhor dos mundos e, de fato, os acontecimentos confirmaram os indicativos do contexto social e político. No segundo caso, nem tudo era favorável. No entanto, o desenvolvimento dos programas apresentou bons resultados. Já no terceiro, tanto havia fatores negativos como positivos no contexto, mas o sucesso obtido frustrou-se, depois de uma eleição malsucedida, aliás, o único evento dessa natureza entre todos os casos examinados.

Assim, em Curitiba e Niterói, o cenário prévio era marcado por: continuidade política, tradição de luta e discussões pela saúde; presença de lideranças de base carismática, empreendedora e ideológica; equipes técnicas qualificadas; sociedade local com um bom grau de organização; condições de sustentabilidade adequadas (pelo menos em relação aos principais obstáculos políticos); presença marcante de inovações (mais em Curitiba); forte articulação externa, além de fatores culturais com peso positivo sobre as experiências.

O que aconteceu nessas cidades foi o esperado: experiências duradouras, sem retrações

marcantes, empenho de uma comunidade epistêmica<sup>2</sup> na saúde, enraizamento social dos projetos e, também, não se pode esquecer, vitória e continuidade nas eleições municipais. Como pano de fundo, práticas de bom governo geral. Nessas duas cidades, valeria a conhecida afirmativa bíblica: “onde mais se tem mais ainda será dado”.

Em Vitória da Conquista e Ibiá, ao contrário, os antecedentes das experiências eram mais sombrios. O peso do clientelismo, da influência do poder central do Estado e das tradições políticas conservadoras era muito grande. A alternância de poder era apenas formal, com revezamento de correntes políticas tradicionais e pouco propensas a mudanças. A organização da sociedade e a presença de uma tradição cívica apresentavam-se pouco relevantes. No campo específico da saúde, a situação era de baixo investimento, pouca priorização e sucateamento, o que aliás afetava as políticas sociais como um todo. Além disso, a iniciativa privada em saúde mostrava-se pujante e agressiva, graças ao estado precário da saúde pública, aliado a práticas ilícitas freqüentes. O que se chamou de questão médica revelou-se de forma paradigmática nesses dois municípios. As condições sociais e econômicas diferiam nos dois casos, apresentando o município mineiro uma economia com resultados mais satisfatórios do que os de Vitória da Conquista, devido ao declínio da cafeicultura nesta última cidade.

Apesar de tudo, como se viu, os dois municípios obtiveram resultados satisfatórios na implementação de seus programas. Mais do que isso, apresentaram práticas políticas de bom governo evidentes, em muito ultrapassando a área da saúde, como atestaram as premiações auferidas nacionalmente. Uma tríade de participação social, substituição de modelo assistencial e responsabilização pública foi marcante e com certeza produziu resultados materiais importantes. Os dois municípios diferiram em sua capacidade de articulação externa, principalmente pela presença da rede PT em Vitória da Conquista (embora em menor grau também em Ibiá). Em Vitória da Conquista foi possível também um maior grau de conscientização e obtenção de adesão das equipes ao projeto, tendo tanto a ideologia como o conhecimento técnico como bases de sustentação.

Outra característica que unia essas duas experiências e que as diferenciava da de Contagem, cidade em que os antecedentes da política foram mais ou menos semelhantes, foi o fato de que em ambas foi possível o prosseguimento das mudanças encetadas no período iniciado em 1997, graças à reeleição dos respectivos mandatários. Havia uma série de fatores, de natureza política, envolvendo inclusive os complexos bastidores das

---

2 As expressões *comunidade epistêmica*, *questão médica*, *bom governo*, *rede PT* e outras, destacadas em itálico no texto, dizem respeito a categorias analíticas desenvolvida na tese do autor, já citada (GOULART, 2002).

3 *Cardosismo*: diz respeito ao modo de fazer política característico do ex-governador de MG e ex-Prefeito de Contagem, Newton Cardoso, traduzido por certo populismo e clientelismo.

articulações eleitorais, mas caberia indagar se o enraizamento social dos programas, mais efetivo em Ibiá e Vitória da Conquista do que em Contagem, não seria um atestado de sucesso político refletido no cenário das eleições.

A situação dos antecedentes em Contagem teve aproximadamente as mesmas características de Ibiá e Vitória da Conquista. Mas, se por um lado nesta cidade atuava a força avassaladora do cardosismo<sup>3</sup>, por outro lado pode-se dizer que ali também vigiam tradições de luta política sindical e mesmo uma atuação histórica do poder público em saúde, com uma rede de serviços relativamente bem estruturada. Configurava-se, assim, uma mescla de fatores favoráveis e desfavoráveis. A interpretação possível dos descaminhos relativos do PSF em Contagem poderia ser, em primeiro lugar, o peso do fator tempo, dadas as características do mandato-tampão recebido pelo prefeito e de sua equipe, que tinham pela frente a execução de um grande projeto de mudanças na saúde e não dispuseram de um prazo suficiente para fazê-lo, com a marcante mudança de rumos políticos dada pela frustração nas eleições de 2000. Além disso, a alta polarização eleitoral que se deu em torno do PSF e de outras propostas da municipalidade parece ter provocado prejuízos políticos de monta e de certa forma irreversíveis. Ao contrário, em Ibiá e Vitória da Conquista, onde esse fator também esteve presente, o mesmo não só foi neutralizado no calor da campanha, como até mesmo parece ter sido revertido em benefício da proposta política do programa.

#### ■ 4. O PSF Nacional e os Programas Locais: sintonia ou dissenso?

Uma questão colocada desde o preâmbulo da pesquisa que deu origem ao presente trabalho foi a quanto à procura de pontos de convergência e de divergência entre o programa formulado nacionalmente vis-à-vis com os programas implementados nos municípios estudados.

Alguns conceitos merecem ser firmados. Primeiro: seria engano supor que a formulação do PSF seja uma prerrogativa exclusiva do Ministério da Saúde, enquanto aos gestores locais caberia apenas sua implementação. Ao gestor federal caberia, sem dúvida, a ação de formular, mas ao mesmo tempo estaria imerso em processos de implementação, recebendo permanentemente retroalimentação dos níveis locais. Ao mesmo tempo, aos gestores locais caberia implementar, mas sem perder de vista as nuances da dinâmica e do câmbio permanente da realidade local — o resultado é que sua ação se daria em torno de um complexo de interações que incluiriam formulação-implementação-avaliação-reformulação, nem sempre necessariamente nesta ordem, mas com conexões importantes entre si.

O segundo aspecto é que falar em convergências e divergências entre a política nacional e as políticas locais talvez não fosse o mais apropriado. Ao ser implementada, nenhuma política ou ação de governo obedece rigorosamente ao roteiro traçado quando da sua formulação. Os fatores perturbadores de natureza política, institucional, cultural, conjuntural etc. são muito variados e dificilmente estariam sob controle, como enfatiza a literatura referente à análise de políticas (VIANA, 1997; WALT; GILSON, 1994). No caso do PSF essa relativa falta de controle seria uma possibilidade concreta, confirmada sobejamente pelas experiências visitadas, à medida que as soluções locais diferenciadas, e até mesmo personalizadas, foram bastante freqüentes.

Há um terceiro aspecto a considerar, ligado à dinâmica de funcionamento do setor do Ministério da Saúde encarregado de coordenar o PSF nacionalmente, ou seja o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (DAB/SPS). Este sempre fora o setor que centralizava as demandas encaminhadas pelos municípios que operam o PSF, que se contam em alguns milhares no país. Uma das características distintivas do setor é o seu corpo técnico, formado justamente por gerentes e técnicos freqüentemente oriundos de estados e municípios, muitos deles mesmo ex-coordenadores locais de PSF, com atribuições de realizar a condução do programa. A compreensão do papel de tal burocracia deve distanciar-se de alguma das teorias conspiratórias e satanizadoras ainda vigentes a respeito da mesma, mesmo porque esse ator não é e jamais foi monolítico — afinal, a burocracia é um agente que institui para a sociedade, mas também é instituído por esta e assim transita permanentemente dentro de um sistema de contradições e brechas, de equilíbrios que se refazem a cada momento, de processos negociados que predominam sobre as imposições ou meras concessões, conforme explorado com detalhe no capítulo 11 da já citada tese deste autor (GOULART, 2002). Este, aliás, seria atualmente um quadro relativamente comum nos órgãos públicos federais, com novos estratos de gerentes — uma nova burocracia — exercendo papéis de formulação e acompanhamento de políticas. Isso reforça a hipótese de que o tema das divergências e convergências deva ser tratado de forma relativizada, apontando mais para uma situação em que predominam os ajustes mútuos e não as imposições.

Na verdade, é bom lembrar que o projeto do Ministério da Saúde iniciou-se, em 1993, justamente com uma consulta a um grupo de municípios e outras entidades que já então praticavam algo semelhante ao que seus primeiros formuladores desejavam. Não surgiu do nada, tampouco de elucubrações tecnocráticas, portanto.

Podem, assim, ser vislumbradas algumas boas práticas de gestão no relacionamento entre o Ministério da Saúde e municípios, quando o tema é o PSF, delineadas a seguir:

(a) Parece produtivo o exercício de uma visão de processo em relação ao acompanhamento das experiências e à própria proposição de normas e instrumentos, dada a capacidade freqüentemente demonstrada, mesmo pelos gestores “pequenos”, de produzirem inovações e até mesmo se anteciparem à diretriz superior.

(b) A tônica do aprendizado mútuo é marcante, principalmente considerando as muitas situações de antecipação ou mesmo de propostas municipais que passam a ter curso livre entre pares, até de forma extemporânea ou paralela em relação ao movimento ou ao desejo do ministério de valorizá-las ou aproveitá-las.

(c) Como decorrência do postulado anterior, abrem-se possibilidades de cooperação horizontal, espontânea (às vezes formalizada) entre os próprios municípios.

(d) Ausências notáveis, no caso, das secretarias estaduais de saúde em relação ao PSF, deveriam ser justificadas ou, senão, corrigidas.

(e) Práticas de incentivos e emulações, não necessariamente de base material, como a mostra de PSF, premiações e honorárias demonstraram ter um papel fundamental, não só em termos simbólicos, como, também, como base concreta da sustentabilidade política de algumas experiências em curso, particularmente daquelas instaladas em ambientes políticos e sociais adversos.

(f) Determinadas áreas de sombra, por exemplo, financiamento, referências, recursos humanos, implantação em grande centros, cobertura a setores especiais deveriam receber prioridade absoluta por parte da atuação dos gestores.

O PSF tem-se revelado uma modalidade de integração de políticas públicas em saúde, formando autênticos amálgamas, em que finalmente se integram os aspectos individuais e coletivos, preventivos, promocionais e curativos da atenção à saúde.

## ■ 5. As Experiências e seus Aspectos Comuns

Em busca de uma síntese, caberia como questão central a seguinte: o que realmente as experiências visitadas têm em comum? Embora as muitas diferenças encontradas, o que não seria inesperado aliás, dada a diversidade e a heterogeneidade das situações sobre as quais foram construídas, uma série de pontos comuns podem ser arrolados entre as referidas experiências. A listagem abaixo procura resumi-los:

(a) Realizaram-se em ambientes em que as condições de gestão do SUS já se encontravam amadurecidas, com a Gestão Plena do Sistema Municipal formalmente implementada, nos termos da NOB-96.

(b) Acumulavam evidências de que resultam de um somatório de práticas inovadoras e bem-sucedidas de assistência e gestão, na saúde e exteriormente a ela, em ambientes onde predominavam: a decisão política forte; a continuidade administrativa e política; a qualificação técnica significativa; o engajamento consciente dos servidores nos projetos de mudança, nos termos discutidos, entre outros, por Tandler (1998).

(c) Articulavam-se a amplas redes de contatos externos, nacionais e internacionais, de natureza formal ou informal, configurando um cenário de cosmopolitismo político e sanitário.

(d) Desfrutavam, assim, e de modo geral, de ampla visibilidade externa.

(e) Nelas despontaram freqüentemente lideranças jovens, altamente articuladas fora das fronteiras municipais, qualificadas empiricamente e, sobretudo, portadoras de traços de personalidade carismáticos e voluntaristas, além de serem militantes partidários imbuídos de ideologia política, de forma consciente e assumida.

(f) A ação foi sempre subsidiada pelos conteúdos essenciais da Reforma Sanitária e do SUS, com incorporação de uma nova pauta de discussões contemporâneas envolvendo, por exemplo, qualidade de vida, vigilância e promoção da saúde, ética, humanização, etc.

(g) Foram portadoras de um discurso especialmente alinhado com a democratização e a participação social no sistema de saúde, embora nem sempre correspondente à mobilização objetiva da sociedade em torno das propostas defendidas.

(h) Embora o PSF fosse sem dúvida bem aceito pelas comunidades, predominavam em relação ao mesmo, por parte das representações de usuários, posturas de “gratidão” e reconhecimento, mas não necessariamente reivindicações pró-ativas.

(i) Pareciam ser mais expressivas as possibilidades de se ter melhores PSFs naqueles municípios onde a sociedade se encontrava mais bem organizada, seja no plano político geral, seja em relação a temas e setores específicos, configurando o que se denominou de comunidade cívica e capital social (PUTNAN, 1994).

(j) Os ritmos de implementação dos PSFs tiveram como regra a aceleração, ou mesmo de uma autêntica explosão — big-bang (VIANA, 1997), guardando, por vezes, sintonia com os ciclos do calendário político-eleitoral vigente nos municípios.

(k) Mesmo as experiências que se propuseram a um caráter substitutivo mais radical, muitas vezes mostraram dificuldades em assumir tal característica de forma abrangente, tendo em vista a persistência e a competição de elementos tradicionais no padrão da assistência à saúde.

(l) Os obstáculos comprometedores da sustentabilidade dos programas, representados pelas questões do financiamento, das referências especializadas, da cultura e dos recursos

humanos (VIANA, 2000; ENSP, 2002; BRASIL, 2002b;) se apresentaram de forma generalizada, constituindo muitas vezes situações que escapavam ou ultrapassavam a governabilidade local.

(m) A questão médica continuava a ser um dos aspectos problemáticos e propensos ao desenvolvimento de dificuldades tardias que poderão comprometer a sustentabilidade de muitos programas.

(n) As experiências tiveram como característica marcante o fato de representarem um efeito “espelho”, ou seja, de se converterem em pontos de atração da visão externa sobre a realidade local, cumprindo um importante papel pedagógico e de cooperação técnica horizontalizada.

(o) Saúde da Família mostra-se contemporaneamente como um grande e competitivo mercado de trabalho no país, não só para os membros das equipes técnicas das diversas formações, como também para os cargos de direção superior, configurando mesmo uma nova categoria de agentes, os executivos públicos da saúde.

(p) Fatores culturais de diversas naturezas, seja ligados aos usuários, seja aos profissionais, perpassavam de modo geral o quadro das experiências, influenciando seu desenvolvimento de forma negativa ou mesmo positiva (MORGAN, 1986).

As ausências notáveis na cooperação técnica aos municípios, no caso das instituições de ensino superior na área da saúde e das secretarias de saúde estaduais, eram questões perturbadoras sobre o desenvolvimento do sistema de saúde e do PSF em particular.

## ■ 6. Boas Práticas e Círculos Virtuosos

Como decorrência imediata da síntese acima procedida, em que linhas de união mostram-se ao longo do conjunto de casos, uma última questão pode ser colocada: que lições (“boas práticas”) foi possível apreender nestas experiências?

A lista abaixo oferece uma tentativa de sistematização, mas certamente não tem caráter exaustivo, dada a riqueza e a complexidade dos processos em jogo. Além do mais, procurou-se inserir nestas linhas apenas aquilo que parece interessar ao maior conjunto possível de atores, deixando de lado, portanto, aspectos considerados demasiadamente particulares ou de aplicação muito restrita.

(a) Boa condução é muito importante e, entre seus atributos, podem ser arrolados capacidade de tomada de decisões, liderança, carisma, espírito empreendedor, embasamento ideológico, além de qualificação técnica e continuidade.

(b) A boa condução teria pouco a oferecer se não contasse com boas equipes técnicas, aspecto que pode ser traduzido por qualificação de conhecimentos, tradição de discussões em saúde, base ideológica, capacidade empreendedora associada a militância, sintonia com o projeto político, aceitação da liderança, organização e inserção em entidades representativas.

(c) Boas práticas sociais também possuem um lugar de destaque, traduzidas: por equilíbrio e sintonia entre as propostas de participação originadas do governo e as da sociedade; associação sinérgica entre as noções de responsabilidade pública e de direito à saúde; bem como produção de efeitos concretos como resultado de tais práticas.

(d) Como decorrência, a presença de um bom governo, que se traduz por práticas políticas e administrativas transparentes, efetivas e socialmente aceitáveis, que se estendem bem além do campo da saúde, tendo como substrato ideológico as noções de cidadania, direitos coletivos e responsabilidade pública.

(e) Boa articulação externa ou a prática de um cosmopolitismo político e sanitário, de preferência direcionada a interlocutores seletos individuais ou institucionais, que sejam capazes de oferecer respaldo técnico e cobertura política ao desenvolvimento dos projetos e programas de governo.

(f) Boa implementação programática, o que significa investimento em padrões efetivamente substitutivos dos modelos de atenção, buscando a neutralização da competição e do antagonismo com os elementos estruturais e ideológicos dos velhos regimes de práticas.

(g) Desenvolvimento de inovações, seja do ponto de vista gerencial ou assistencial, diferenciando-as das meras novidades, mas tendo como diretriz norteadora a ousadia e o destemor frente às possibilidades de erro e reversão.

(h) Busca decidida da sustentabilidade das práticas desenvolvidas, não só em termos financeiros e de estrutura e processos, mas também nos planos cultural, simbólico e político, resultando no necessário enraizamento das experiências no imaginário da comunidade de usuários e dos tomadores de decisão.

(i) Efeito espelho: articulação e da difusão da experiência local entre interlocutores externos, diferenciados ou não, configurando a responsabilidade por uma pedagogia do exemplo fundamental no processo de construção de políticas públicas.

## ■ Referências

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Prêmio Experiências Municipais Exitosas**. Brasília: CONASEMS, 2001.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA; FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **Avaliação da implementação do PSF em grandes centros urbanos: 10 estudos de caso**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

GOULART, F. A. de A. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?** 2002. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Mostra de Experiências em Saúde da Família**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da gestão plena do sistema municipal: Indicadores, tipologia e análise**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (CD-ROM)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento do PSF 2001**. Brasília, 2002b: , , Ministério da Saúde. (mimeo)

NÚCLEO DE ESTUDOS URBANOS DA UNICAMP; NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS. **Projeto Organização e Hierarquização de Ações de Saúde; Relatório I: Identificação e caracterização de aglomerados de saúde**. Campinas, 2000.

PUTNAN, R. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996

TENDLER, J. **Bom governo nos trópicos: Uma visão crítica**. Brasília: ENAP: Rio de Janeiro: Revan Editora, 1998.

VIANA, A. L. D. "Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais". In: CANESQUI, A. M. (org). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

\_\_\_\_\_. **Projeto Avaliação do Programa de Saúde da Família: IV Relatório Parcial**. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

WALT, G.; GILSON, L. "Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis". **Health Policy and Planning**, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAS – Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília, 2002c. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas>. Acesso em: 15 ago 2002.

---

## CAPÍTULO 8

# ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL — CEARÁ — BRASIL: PRINCIPAIS AVANÇOS E DESAFIOS NA PERSPECTIVA DE PRODUZIR MUDANÇAS POSITIVAS NA SAÚDE

**Luiz Odorico Monteiro de Andrade**

*Médico, Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas, Professor Assistente da Faculdade de Medicina da UFC/Sobral, Secretário de Desenvolvimento Social e da Saúde de Sobral/Ce e Presidente do CONASEMS.*

**Ivana Cristina de Holanda Cunha Barrêto**

*Médica, Doutoranda em Pediatria pela Universidade de São Paulo, Professora Assistente da Faculdade de Medicina da UFC/Sobral e Diretora de Ensino e Pesquisa da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.*

**Neusa Goya**

*Assistente Social, Especialista em Gestão de Sistemas Locais de Saúde e Assessora Técnica do CONASEMS.*

**Tomaz Martins Júnior**

*Cirurgião Dentista, Mestre em Gestão e Modernização Pública, Assessor Técnico da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.*

---

### ■ Resumo

A experiência do município de Sobral — Ceará — Brasil, apresenta a idéia força de que a Saúde da Família é uma estratégia estruturante do modelo de atenção à saúde, caracterizando-se como potencializadora dos processos que desenvolvem o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios norteadores, como a integralidade, a universalidade e a equidade. Para tanto, são aprofundados, na experiência do município de Sobral, aspectos como a concepção, a organização e o funcionamento da Estratégia Saúde da Família, cujo desenvolvimento tem possibilitado a produção e a sistematização de importantes saberes e práticas da gestão municipal, construídos nos espaços do serviço, no território vivo. É o que indica a estratégia da educação permanente implementada no sistema de saúde de Sobral, pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Através da práxis da Saúde da Família, desenvolvida no município, novas tecnologias em saúde, altamente complexas, têm sido elaboradas, como por exemplo: o método da Tenda Invertida; a sistematização de um campo comum de conhecimento construído no

território a partir do processo de trabalho interdisciplinar das equipes; a implementação dos mecanismos de co-gestão participativa, entre outros processos complementares que contribuem para a formação de um novo fazer em saúde, que revoluciona e estrutura o SUS, porque potencializa e viabiliza seus princípios e diretrizes. O capítulo aponta ainda a melhoria de uma série de indicadores de saúde, resultante da prática e do trabalho das equipes de Saúde da Família. São apresentados também, segundo a ótica dos autores e com base na experiência de Sobral, os principais desafios e perspectivas pertinentes à Estratégia Saúde da Família.

**DESCRITORES:** Saúde da Família. Educação Permanente. Saúde Pública. Municipalização da Saúde. Atenção Primária.

## ■ 1. Breve Histórico: 1997, início da inversão do modelo de atenção à saúde

A construção do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, enquanto um conjunto de serviços coordenados por gestão local, com área geográfica definida e metas para melhoria da situação de saúde da população claramente estabelecidas, iniciou-se em 1997. O primeiro passo foi a realização de um diagnóstico de saúde do município com base em dados secundários, logo em seguida à realização de um Seminário de Planejamento Estratégico Participativo, organizado pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde do Município (SDSS).

Até então, o modelo de atenção à saúde do município concentrava-se em serviços hospitalares, na demanda espontânea e em ações curativas centradas no profissional médico. Este modelo de atenção se refletia negativamente na qualidade de vida da população, que apresentava elevadas taxas de desnutrição e mortalidade infantil, baixa cobertura vacinal e de assistência pré-natal, enfim, ausência de acesso da grande maioria da população às ações de Atenção Primária à Saúde (APS).

Durante o Seminário de Planejamento Estratégico realizado em 1997, foram tomadas as seguintes decisões: a) inversão do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, então vigente, para um modelo baseado na atenção integral à saúde; b) utilização da estratégia de promoção da saúde no novo modelo, articulando ações intersetoriais e privilegiando a Atenção Primária de Saúde; c) adoção dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde — SUS estabelecidos na Constituição Brasileira de 1988; e d) estruturação dos serviços de APS com base na Estratégia Saúde da Família (ESF).

## ■ 2. Sobral: características demográficas e socioeconômicas

O município de Sobral encontra-se situado na zona do sertão centro-norte do Ceará, Brasil, estando distante de Fortaleza, capital do estado, 224 km. É constituído por onze distritos, com uma área territorial de 1.729 km<sup>2</sup> - vide Anexos: Mapas 1 e 2. Dispõe de uma população de 163.835 habitantes, sendo 51,5% do sexo feminino e 48,5% do masculino. Da população total do município, 86% residem na zona urbana e 14% na rural.

Segundo dados do censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE em 2000, dos domicílios particulares permanentes totais, 94% eram abastecidos pela rede pública de água, 59,4% tinham o lixo coletado diretamente e 74,3% possuíam instalação hidrossanitária.

A economia tem apresentado nos últimos anos um crescimento acentuado do setor industrial, destacando-se as indústrias de transformação como a de vestuário, calçados, artigos de tecidos e de produtos alimentícios. Uma única fábrica de calçados, a Grendene Calçados, é responsável pela geração de aproximadamente 15 mil empregos diretos.

No setor agrícola, além do cultivo tradicional de algodão, milho e feijão, o município vem investindo no plantio de pimenta tipo tabasco para exportação e de uva para produção local de vinho. As atividades de serviço e comerciais também são responsáveis pela alimentação e movimentação da economia local.

Sobral é considerado um município pólo, tendo destaque não somente seu crescimento e influência na economia local da região, mas também a implementação de políticas públicas integradas, o que tem impulsionado o desenvolvimento sociocultural em âmbito regional. Os serviços públicos municipais são tidos como referência na região centro-norte.

No campo do desenvolvimento das políticas governamentais, identifica-se no município uma variável positiva. Esta se refere à manutenção da mesma base político-partidária à frente da Prefeitura Municipal, desde 1997, o que, entre outros fatores, tem proporcionado a continuidade das políticas públicas.

As políticas governamentais realizadas no município têm como eixo central a promoção da cidadania de seus moradores. Como tal, tem sido dada ênfase às políticas sociais e de desenvolvimento urbano, desenvolvidas com a participação efetiva dos diferentes atores sociais, políticos e comunitários. Desde 1997, funciona o Orçamento Participativo, processo responsável pela determinação de prioridades de investimento e uso dos recursos financeiros do município (COELHO; SILVA, 2000).

De 1997 a 2003, verifica-se uma melhoria da qualidade dos serviços e da atenção prestada à população, além da ampliação dos equipamentos sociais, melhoria da infra-estrutura

urbana e habitacional, geração de emprego e renda, recuperação e valorização do patrimônio histórico-cultural, entre outros (SANARE, 2000). Como consequência desse trabalho, identifica-se a melhoria dos indicadores sociais, como a taxa de analfabetismo da população de 15 anos de idade ou mais, de 24% em 1999, para 17,20% em 2002. A taxa de escolarização das crianças de 7 a 14 anos do ensino fundamental, em 2002, foi de 133,75%. Isso foi possível graças ao processo de aceleração de ensino que corrigiu distorções série-idade.

### ■ 3. Sistema Municipal de Saúde

O município de Sobral, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde — NOAS-2002, encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, conferindo a SDSS a responsabilidade pela gestão do sistema local de saúde.

O modelo de atenção à saúde está organizado com base nos princípios e diretrizes do SUS. A concepção de saúde adotada é abrangente e positiva, não se limitando à atuação do setor saúde, mas requerendo o exercício de práticas intersetoriais e interdisciplinares, construídas a partir da contribuição de diferentes atores e áreas do conhecimento.

A lógica de funcionamento do sistema de saúde está ancorada em estratégias como a Promoção da Saúde e a Estratégia Saúde da Família (SOBRAL, 2002). A base de organização do sistema está constituída a partir dos territórios de atuação das equipes de Saúde da Família (ANDRADE et al, 1999).

O sistema de saúde dispõe de uma rede física capacitada para a realização de serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, o que faz com que o município, no modelo estadual de reorganização da saúde, seja referência em âmbito micro e macrorregional<sup>1</sup>.

O município dispõe de 61 unidades de saúde credenciadas ao SUS, sendo 56 ambulatoriais e 5 hospitalares. Do total de unidades que operam no SUS, 45 são municipais e 16 privadas contratadas. A maior parte das unidades municipais é do tipo ambulatorial. Dos hospitais apenas um é municipal, dos outros quatro, dois são filantrópicos e dois privados, todos conveniados ao SUS. Entre os conveniados, destaca-se o Hospital da Irmandade Santa Casa de Misericórdia, que presta serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade, com um total de 335 leitos. Também vinculado à Irmandade,

---

<sup>1</sup> Segundo o Plano Diretor de Regionalização do Ceará, o estado encontra-se dividido em 21 microrregiões e três macrorregiões de saúde. A microrregião de Sobral está constituída por uma população de 549.257 habitantes (inclui a população de Sobral e de mais dez municípios circunvizinhos) e a macrorregião por 1.418.663 habitantes (engloba as microrregiões de Sobral, Acaraú, Tianguá, Crateús e Camocim, totalizando 21 municípios, além do próprio município de Sobral).

existe o Hospital do Coração, capacitado para oferecer serviço de alta complexidade, especializado em doenças cardiovasculares (SOBRAL, 2001).

A partir dessa rede física, a SDSS tem estruturado os serviços de atenção primária, secundária e terciária. A assistência primária é prestada através das Equipes de Saúde da Família que, na medida do necessário, encaminham os pacientes para os serviços secundários ou terciários. O agendamento das consultas ambulatoriais especializadas e exames complementares é feito por meio da Central de Marcação de Consultas, implantada em 1998, pela SDSS. Além dos pacientes do próprio município, a central agenda os atendimentos para todos os municípios da micro e macrorregião de Sobral, com referências devidamente programadas durante a Programação Pactuada e Integrada – PPI.

## ■ 4. Estratégia Saúde da Família em Sobral

### 4.1 Princípios norteadores

As concepções sobre a ESF adotadas pelo município são frutos de consensos da área de Saúde Coletiva no Brasil, dos quais participaram vários técnicos que desde 1997 vêm contribuindo com a construção do Sistema Municipal de Saúde (VIANA; DAL POZ, 1998; ANDRADE, 1998; GOYA, 1996; ODORICO, 2002).

I – A ESF é estruturante do SUS. Como modelo de organização da atenção primária é resultante da sua evolução histórica e mantém a coerência interna com os seus princípios doutrinários e a universalidade, integralidade e a equidade.

II – A ESF também mantém coerência com os princípios organizativos do SUS: acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e a participação popular. O componente do sistema responsável pela atenção primária de saúde da população tem potencialidade de resolver até 90% das demandas das Unidades de Saúde da Família – USFs e uma capacidade racionalizadora sobre a demanda originária do seu território para média e alta complexidade.

III – A ESF prioriza em suas bases teóricas a promoção da saúde, o que não significa desprezar a clínica, visto que a integralidade da atenção é um dos seus princípios norteadores.

IV – A ESF tem o coletivo como seu foco de atenção, entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família e esta última em determinado grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente, e, conseqüentemente, só uma abordagem coletiva poderá efetivamente provocar um impacto profundo e duradouro nesse processo. Isto não significa que a abordagem individual deverá ser desprezada.

V — A ESF, por ser sendo historicamente muito recente, não se constitui em um modelo acabado, pelo contrário. Está em pleno processo de aprofundamento de suas bases conceituais e criação de uma nova práxis entre os trabalhadores integrantes das equipes. Tal construção ocorre concomitantemente ao seu crescimento quantitativo. É preciso lembrar ainda que esse crescimento está sendo estimulado por uma grande aceitação popular, haja vista sua aprovação em centenas de Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde realizadas no Brasil no processo de implementação do SUS (BRASIL, 2000b).

## **4.2 Território e a Estratégia Saúde da Família**

Na construção da Estratégia Saúde da Família, a concepção de território assumida pelas Equipes de Saúde da Família não foi exclusivamente a espacial e quantitativa, mas também a de território geográfico onde estão coletivos humanos com modos de vida, relações sociais, culturais, políticas e históricas, que são singulares de cada cidade e, dentro desta, de cada bairro, vila ou favela (MENDES; DONATO, 2001). Para que as equipes de saúde se apropriassem dessa singularidade, além de estudar mapas e realizar o diagnóstico de saúde de cada área, foram identificadas as redes sociais e as lideranças locais. A partir de então, esses atores sociais foram convidados a participar da construção do modelo de atenção integral à saúde.

### **a. Processo de Territorialização da ESF em Sobral**

Para definição do número de Equipes de Saúde da Família e da distribuição dessas equipes no território do município, foi elaborada uma divisão por Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS). A divisão do município em Áreas Descentralizadas de Saúde foi realizada através de um processo de territorialização, do qual participaram os agentes de saúde, lideranças comunitárias e técnicos da SDSS. Para adscrever uma determinada população a uma Unidade de Saúde específica, foram consideradas características geográficas, proximidade do grupo populacional à unidade, meios de transporte que facilitassem o acesso, aspectos econômicos e culturais. O processo de territorialização no Sistema Municipal de Saúde é um processo dinâmico, sendo constantemente atualizado e respondendo à própria dinamicidade do município, que, por ser pólo da região noroeste do Ceará, vem passando por um processo de expansão demográfica e econômica. Atualmente o município está dividido em 27 ADS, segundo as Tabelas 1 e 2.

**Tabela 1**  
**Distribuição de equipes do PSF segundo situação do domicílio e razão**  
**equipe por habitantes e equipe por famílias em Sobral**  
**Situação de novembro/2003**

SOBRAL	Urbana	Rural	Total
População	140.898	22.937	163.835
Número de famílias	31.311	5.097	36.408
Nº de equipes PSF em funcionamento	27	13	40
Equipe por habitantes	1/5.218	1/1.764	1/4.095
Equipe por famílias	1/1.159	1/392	1/910

FONTE ( População): Datasus 2003 e Coordenação de Vigilância à Saúde da SDSS

**Tabela 2**  
**Distribuição das equipes e profissionais da ESF por ADS em Sobral-CE**

Zona	Área Descentralizada	Equipes do PSF	Médicos	Enfermeiros	Agentes de saúde
Rural	Taperuaba	1	1	3	10
	Bilheira	1	1	3	7
	Aracatiçu	1	1	3	15
	Caracará	1	1	2	9
	Patriarca	1	1	1	5
	Bonfim	1	1	1	4
	Jaibaras	2	2	4	14
	Rafael Arruda	1	1	2	9
	Torto	1	1	1	7
	Aprazível	1	1	2	8
	Jordão	1	1	2	8
	Baracho	1	1	2	7
	Caioca	1	1	1	2
	Urbana	Sinhá Sabóia	4	4	4
Pedrinhas		1	1	1	4
Alto da Brasília		1	1	3	8
CAIC		1	1	3	6
Junco		1	1	4	18
Alto do Cristo		1	1	2	8
Alto Novo		1	1	1	6
Coelce		3	3	3	4
Terrenos Novos		4	4	7	12
Vila União		1	1	3	5
Santa Casa		1	1	2	5
Padre Palhano		2	2	3	9
Sumaré		2	2	3	8
Dom Expedito		1	1	2	8
Expectativa		1	1	3	12
Tamarindo	1	1	2	6	
<b>Total</b>		<b>40</b>	<b>40</b>	<b>73</b>	<b>246</b>

Fonte: SDSS — Sobral, novembro de 2003

## **b. Diagnóstico de saúde da comunidade**

### **i. Estimativa rápida**

A primeira iniciativa da SDSS em 1997 foi realizar o diagnóstico de saúde do município. Foram visitadas todas as Unidades de Saúde em funcionamento na época. Partindo de dados secundários da própria Prefeitura Municipal, do Datasus, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE e Sistema Nacional de Emprego — SINE, foi elaborado o diagnóstico, que contou com uma análise da estrutura demográfica, socioeconômica, da rede de serviços de saúde existentes e de indicadores de saúde da população. Na medida em que as Equipes de Saúde da Família eram implantadas, cada equipe se encarregava, com apoio de técnicos da SDSS, de realizar o levantamento das informações e problemas de saúde prioritários de seu território de abrangência.

### **ii. Cadastramento das Famílias**

O cadastramento das famílias residentes no município foi iniciado em abril de 1998 e vem sendo permanentemente atualizado pelos agentes de saúde, que informam quando ocorre imigração ou emigração de famílias em sua área de atuação. São preenchidas novas fichas de cadastramento para as famílias que chegam a uma determinada comunidade e transferidas ou canceladas as fichas de famílias que mudaram para outras localidades, dentro do próprio município de Sobral ou para outros municípios. O instrumento utilizado para o cadastramento das famílias é a Ficha de Cadastramento Familiar.

Cada Equipe de Saúde da Família organizou e dispõe de um prontuário, arquivado em uma pasta apropriada, de cada uma das famílias adstritas a equipe. Dentro dos prontuários, estão as fichas de cadastramento familiar, além das fichas individuais dos componentes da família. Esse arquivo de prontuários familiares permite à equipe acompanhar cada indivíduo considerando sua inserção social.

### **iii. Funcionamento do Sistema de Informação da Atenção Básica — SIAB**

Os dados do cadastramento das famílias são digitados no Sistema de Informação da Atenção Básica Municipal (sistema de informação criado pelo Ministério da Saúde para apoiar a ESF), que funciona na Coordenação de Vigilância à Saúde da SDSS. Além da ficha de cadastramento familiar, existem outras fichas utilizadas pelos agentes de saúde e Equipe de Saúde da Família para acompanhamento dos indicadores de saúde mais impor-

tantes em cada território, gerando relatórios com informações essenciais para o planejamento das equipes, como taxa de cobertura vacinal, cobertura de consultas de pré-natal, percentual de crianças até 4 meses em aleitamento materno exclusivo, número de casos de hanseníase e tuberculose, óbitos infantis e maternos etc. (BRASIL, 2000b).

Toda a Equipe de Saúde da Família, incluindo médicos, enfermeiros e agentes de saúde, foi treinada pela equipe da Coordenação de Vigilância à Saúde para aplicação da Ficha de Cadastro Familiar e das outras fichas que compõem a base de coleta de dados do SIAB. Os agentes de saúde, em número de duzentos e trinta e sete, efetivam a aplicação de parte dos formulários do SIAB nos domicílios. Existe um formulário do SIAB que se presta especificamente para registro das ações de saúde desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, como consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas de pré-natal, consultas de puericultura etc. Todos os formulários são revisados pela(o) enfermeira(o) de família da área antes de serem enviados para digitação na Coordenação de Vigilância à Saúde. O objetivo da SDSS é que em breve todas as Unidades de Saúde da Família estejam informatizadas e em rede, para que essas informações sejam digitadas e analisadas em tempo real.

O SIAB tem recebido críticas como sistema de informação para acompanhamento da situação de saúde nos níveis municipal, estadual e federal. Entretanto, a experiência de Sobral na utilização deste sistema para planejamento das ações das equipes de saúde da família no nível local e para o acompanhamento do trabalho de cada equipe, em particular pelas coordenações, tem sido muito positiva, pois esse sistema gera informações, acima citadas, de muita utilidade no acompanhamento da operacionalização da Atenção Básica.

#### **iv. Salas de Situação em Saúde: construindo uma inteligência epidemiológica no nível local**

Cada Equipe de Saúde da Família organizou em sua unidade um conjunto de informações em saúde que ficam expostas no formato de cartazes com atualização semanal ou mensal dos dados, dependendo do tipo de informação, denominado Sala de Situação de Saúde. As informações em saúde expostas dessa forma se prestam ao acompanhamento contínuo da situação de saúde do território, permitindo a tomada de decisões em tempo hábil e de forma descentralizada, aumentando a efetividade do trabalho da equipe, propiciando ainda o acompanhamento dos indicadores pela própria população e pela SDSS. A Coordenação de Vigilância à Saúde acompanha o conjunto de indicadores do Sistema Municipal, alimentando uma Sala de Situação de Saúde virtual na *homepage* da Prefeitura. Mensalmente o secretário municipal de saúde envia correspondência (em forma de carta) a todos os servidores municipais sobre os indicadores de saúde de cada ADS, em

especial os de mortalidade materna, infantil e a infestação predial por *aedes aegypti*.

Gradualmente, outros problemas recém-incorporados pelas equipes como problemas de saúde pública vão sendo acompanhados, como mortes violentas, alcoolismo e tabagismo, através das Salas de Situação.

### **c. Planejamento das ações da Equipe de Saúde da Família**

O planejamento das ações da equipe se dá com oficinas periódicas de planejamento local e nas reuniões de equipe, denominadas reuniões da “roda da Equipe de Saúde da Família”. Nas oficinas de planejamento local, os problemas mais importantes do território são identificados coletivamente pela equipe, que define ações específicas a serem desencadeadas, os responsáveis por cada ação e um cronograma para efetivá-las. Esse processo é avaliado periodicamente por reuniões da própria equipe.

O planejamento local também passa pelas coordenações da SDSS e por seu Conselho Gestor, que acompanham problemas prioritários, como a mortalidade infantil e a dengue, de forma contínua, num movimento de ida e volta do nível local para a coordenação do sistema, onde as demandas circulam em movimentos horizontais.

### **d. A família e a comunidade: prioridades na atenção**

A ESF incorpora intervenções que têm como foco a família e a comunidade. Essas novas abordagens são condição essencial para cumprir o princípio da integralidade da atenção e implicam a necessidade de um importante processo de aprendizagem dos membros das Equipes de Saúde da Família, formados apenas para a atenção individual.

Em Sobral, as Equipes de Saúde da Família vêm passando por esse processo de aprendizado, que no âmbito da atenção à família envolve o domínio de conceitos e técnicas, como ciclos de vida familiar, heredograma, visita domiciliar, internações domiciliares e outros.

No âmbito da comunidade, têm sido realizadas experiências de criação e desenvolvimento de redes sociais, como grupos de idosos, grupos de gestantes, grupos de adolescentes; e de redes já existentes, como grupos de vizinhança e de auto-ajuda, por exemplo, os “Alcoólicos Anônimos”. Também estão sendo desenvolvidas técnicas, como a da Terapia Comunitária, que estimula a formação de redes sociais e auxilia no apoio a membros da comunidade que convivem com situações as mais diversas, como ansiedade, alcoolismo, dependência de drogas, violência familiar dentre outras. A Terapia Co-

munitária foi criada pelo Prof. Adalberto Barreto, da Universidade Federal do Ceará, na comunidade de Quatro Varas, em Fortaleza (BARRETO, 2003). Foram formados 20 terapeutas comunitários e 20 massoterapeutas dentre trabalhadores de saúde e lideranças comunitárias de Sobral.

### **4.3 Organização dos Centros de Saúde da Família**

#### **a. Humanização da estrutura física**

A ênfase na doença, característica do modelo hegemônico de atenção à saúde, se reflete de forma contundente nos espaços físicos onde se dão a prestação dos serviços assistenciais. Essas estruturas físicas no geral se caracterizam por serem físicas e esteticamente pobres, transmitindo um sentimento de tristeza e falta de apreço. Na ESF de Sobral, transformar esse aspecto físico tornou-se uma prioridade da gestão municipal de saúde. Foi desenvolvido um projeto de estrutura física aberto, confortável, adequado ao clima local, com espaços destinados às novas atividades a serem desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família, como uma sala específica para trabalho com grupos, e que prevê também espaços confortáveis para toda a equipe multiprofissional de saúde da família (ANDRADE; COELHO, 1997). Esse espaço físico recebeu uma decoração alegre, com obras de artistas locais, e um bonito projeto de jardinagem. Enfim, a estrutura física da unidade fala por si só: Saúde é qualidade de vida” e “Sejam bem-vindos”, para a população e os profissionais de saúde.

#### **b. Organização da demanda e acolhimento**

A base do atendimento no modelo clássico é a demanda espontânea. Com a incorporação dos novos conceitos dentro da ESF, é importante ter a clareza da necessidade de uma estruturação com base na demanda organizada. Esse aspecto torna-se de extrema importância quando são apresentados desafios como centrar a atenção na pessoa saudável e garantir a equidade, priorizando os grupos de maior risco de adoecer e morrer.

A demanda espontânea surge a partir das percepções individuais ou familiares da necessidade de um atendimento pelos serviços de saúde, ou seja, a partir de necessidades sentidas. Em Sobral existiam problemas relevantes de saúde na população adstrita, como desnutrição infantil, anemia, hanseníase, tuberculose e outros agravos que, muitas vezes não eram percebidos como tais pelos profissionais de saúde e pela população em geral, até

por se concentrarem em subgrupos menos favorecidos social e economicamente. Esses problemas de saúde, entretanto, necessitavam de uma abordagem bem planejada e intervenção contínua das equipes para serem resolvidos. As Equipes de Saúde da Família não ignoraram a demanda espontânea, sob pena de descrédito junto à comunidade. Entretanto, ao estabelecerem como prioridade a promoção da saúde da população adstrita, a partir do diagnóstico de saúde realizado, organizaram suas atividades de modo a superar os problemas prioritários de saúde-doença da população. Por exemplo, nos bairros com elevada mortalidade infantil, as gestantes e crianças menores de um ano foram todas cadastradas e monitoradas no domicílio pelos agentes de saúde, bem como tinham horários reservados para atendimento ambulatorial pelo médico e enfermeiro.

Quanto ao acolhimento, aqui esse conceito foi entendido numa perspectiva ampla, como sendo “receber bem e resolver o problema dos usuários do SUS” no Sistema Municipal de Saúde como um todo (COSTEIRA, 2000; ALVES SOBRINHO; INOJOSA, 2002). Assim sendo, várias ações caracterizam o acolhimento dos usuários em Sobral: a) no Centro de Saúde da Família, com uma recepção dos pacientes pelos trabalhadores de saúde, que devem se empenhar em entender e resolver os problemas trazidos pela população de seu território; b) a humanização das estruturas físicas das unidades de saúde, que fazem os usuários sentirem-se confortáveis estando nelas; c) a existência de uma lista básica de medicamentos para distribuição, sem ônus extras para os usuários do SUS; d) a existência da Central de Marcação de Consultas, que permite o agendamento de consultas e exames sem deslocamentos extras; e e) a existência do Serviço de Apoio ao Cidadão, serviço de assistência social que possibilita apoio nos casos em que os pacientes precisam realizar algum tratamento em Fortaleza, capital do estado, ou necessita de uma órtese ou prótese; enfim, muitas outras ações poderiam ser relacionadas como fazendo parte de um modelo de acolhimento dos usuários no Sistema Municipal de Saúde, sendo que as relações dos usuários com todas essas ações sempre são mediadas ou efetuadas pelas Equipes de Saúde da Família.

Outro aspecto importante foi a Coordenação Municipal da ESF ter aplicado o princípio da equidade na distribuição das equipes no território do município. Os bairros onde a população era mais desfavorecida economicamente e a mortalidade infantil mais elevada, como o Padre Pallhano e os Terrenos Novos, foram contemplados com um número relativamente maior de equipes que os bairros onde a situação socioeconômica da população era melhor. É importante ressaltar que esse aspecto foi fundamental para que o trabalho das equipes conseguisse impacto nos indicadores de saúde da população, bem como para viabilização da rede hierarquizada proposta pelo Sistema Municipal de Saúde, reduzindo a ocorrência de atendimentos ambulatoriais nos serviços de emergência.

## ■ 5. A Gestão Participativa no Sistema Municipal de Saúde

A gestão do sistema de saúde de Sobral está ancorada no Conselho Municipal de Saúde, nos Conselhos Locais de Saúde e nos Conselhos Gestores.

O Conselho Municipal de Saúde, instância máxima de deliberação da política de saúde do município, funciona com 24 conselheiros titulares e o mesmo número de suplentes, mantendo reuniões mensais e extraordinárias, sempre que necessário. A presidência do conselho atualmente é de responsabilidade do representante dos usuários, membro da Associação de Moradores do Bairro Padre Palhano, o que significou um avanço rumo à gestão participativa.

Desde 1997, a SDSS estimulou a formação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), que atuam nos territórios das Equipes de Saúde da Família. São um total de 22 conselhos, com representação paritária. Através dos CLS, são discutidas as necessidades e as potencialidades das comunidades e de seus atores para a resolução dos problemas enfrentados. Trata-se de uma instância de participação e construção da política de saúde mais próxima da comunidade, portanto, com grande poder de mobilização, organização e regulação social.

Instâncias como os conselhos municipais e locais representam na organização do Estado as novas estruturas formais de poder local, decorrentes dos processos de descentralização e municipalização das políticas públicas, configurando-se como espaços favoráveis aos processos de empoderamento dos atores comunitários (GOYA, 2003).

### **a. Co-gestão de coletivos: a implantação do método da roda no Sistema Municipal de Saúde de Sobral**

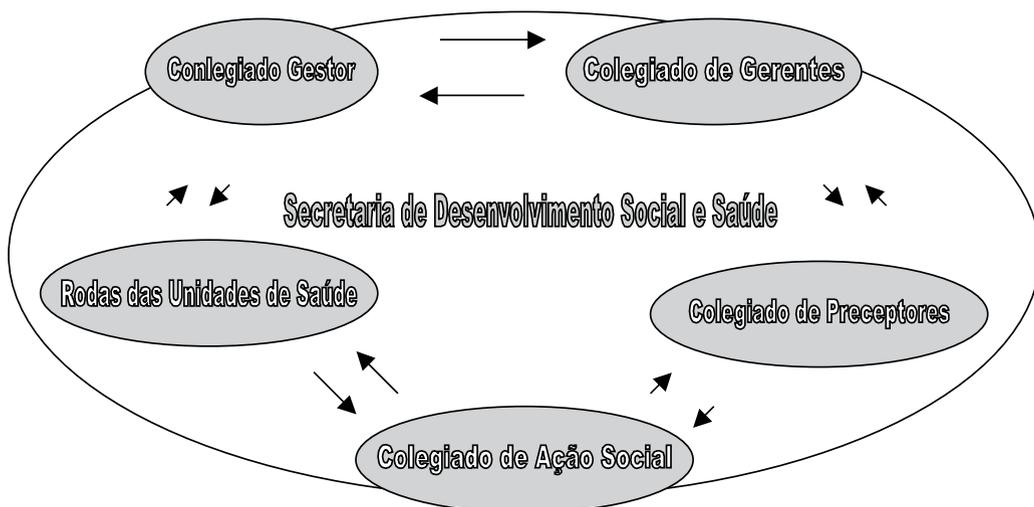
A co-gestão de coletivos, conhecida como Método da Roda, proposta por Campos, 2000, é um método para construção de processos de co-gestão e democratização das relações de poder, constituindo, ao mesmo tempo, espaços de ensino-aprendizado, de elaboração e organização de processos de trabalho e tomada de decisões, e de atenção às subjetividades, desejos e relações interpessoais. É um método de gestão ampliado que possibilita a participação ativa e consciente dos atores que constituem uma determinada organização. Nessa perspectiva, atua formando sujeitos individuais e coletivos conscientes, aptos a intervir na gestão institucional e na construção de sua autonomia. Apresenta funções terapêuticas, política, administrativa e pedagógica (CAMPOS, 2000).

Desde agosto de 2001, a SDSS faz uso dessa metodologia de organização e trabalho. Assim, cada unidade de saúde tem uma roda, que reúne, no mínimo mensalmente, e, em alguns casos, semanalmente, seus trabalhadores e sua gerência. As decisões sobre os

problemas cuja governabilidade está na Equipe de Saúde da Família são tomadas na roda da própria Unidade de Saúde; as demais são encaminhadas para o Conselho Gestor, que se constitui na roda que congrega todos os coordenadores da SDSS.

No presente momento, compõem o Conselho Gestor da SDSS o secretário titular e o secretário-adjunto de saúde, a Coordenação de Serviços de Saúde, a Coordenação de Vigilância à Saúde, a Coordenação de Controle e Avaliação, a Coordenação da Central de Assistência Farmacêutica, a Coordenação do Setor de Compras e Almoxarifado, a Coordenação do Fundo Municipal de Saúde, a direção da Escola de Formação em Saúde da Família e uma representação do Conselho Municipal de Saúde. As decisões mais importantes tomadas pelas diferentes rodas, relativas à política de saúde, são encaminhadas para aprovação final no Conselho Municipal de Saúde. Há também uma articulação, no âmbito do território das Equipes de Saúde da Família, entre a roda da unidade de saúde e o Conselho Local.

**Figura 1**  
**Co-gestão coletiva, método da roda na Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral**

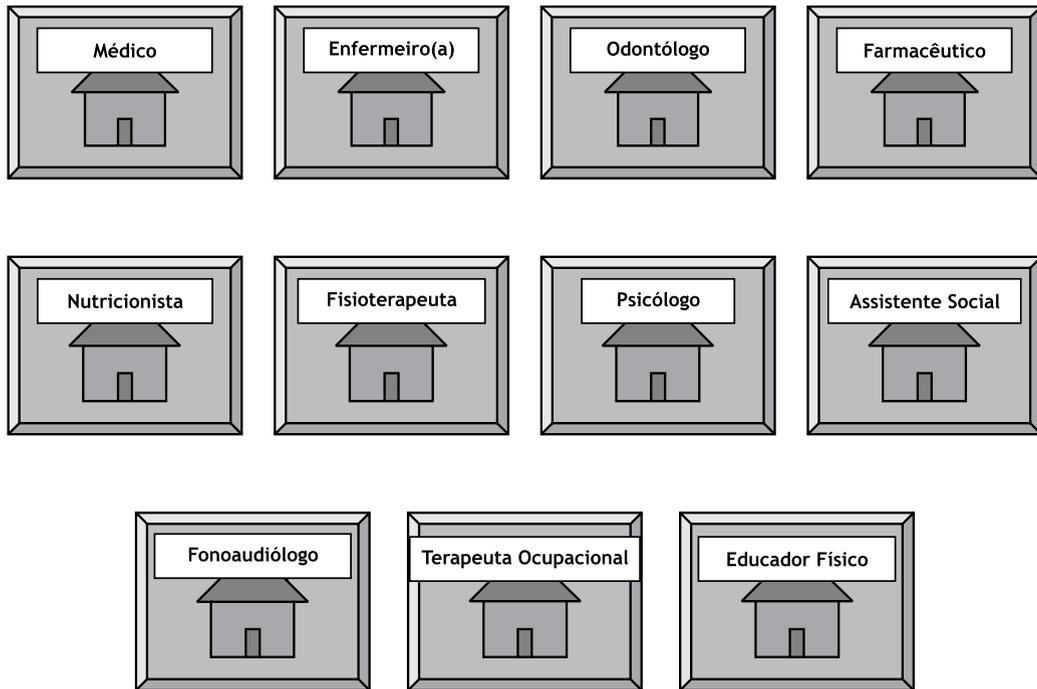


## ■ 6. Interdisciplinaridade na ESF: superando o modelo tecnoassistencial biomédico

Dentre os princípios norteadores da ESF, a integralidade, aqui definida como abordagem do indivíduo e/ou da comunidade em visão totalizadora, requer preocupações com os aspectos sociais, culturais e econômicos da população adstrita. Assim sendo, cabe à Equipe de Saúde da Família enfrentar, além dos problemas individuais e biológicos de saúde, os problemas coletivos e socioculturais dos indivíduos e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária. Para isso, outras categorias profissionais, além do médico, do enfermeiro e dos auxiliares de enfermagem, que tradicionalmente trabalharam em centros e postos de saúde, tornaram-se necessárias.

O trabalho de várias categorias profissionais dentro de um mesmo serviço de saúde não é novidade. Todas os grandes serviços hospitalares possuem médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e outros profissionais de saúde que surgiram, em última instância, do próprio desenvolvimento e da incorporação de tecnologias pelo modelo tecnoassistencial biomédico. Entretanto, como o conhecimento científico racionalista trabalha com o indivíduo e sua compartimentalização, nos espaços acima referidos, as várias categorias profissionais trabalham paralelamente, havendo pouca ou nenhuma discussão e elaboração entre as várias categorias entre si, resultando em uma atenção fragmentada aos pacientes. Cada categoria desenvolve seu campo de conhecimento e sua prática isoladamente das outras (Figura 2).

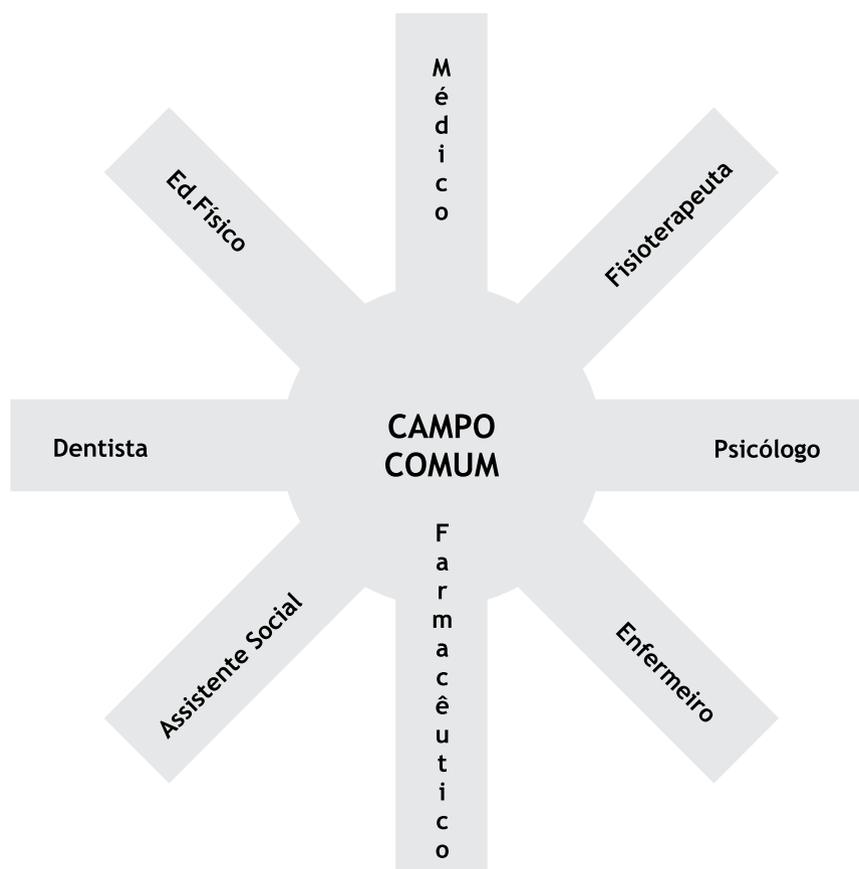
Figura 2

**Modelo multiprofissional tradicional ou modelo das “Casinhas Paralelas”**

Fonte: ANDRADE; BARRETO; MARTINS, 2003

Na ESF, esse modelo não responde aos problemas complexos que necessitam ser enfrentados cotidianamente pela equipe de saúde. Partindo de uma visão sistêmica, o indivíduo é um todo que faz parte de uma família, inserida em uma comunidade, em determinado bairro ou distrito, cidade ou país, em um determinado tempo histórico. Assim sendo, torna-se necessária uma abordagem totalizante para que se alcance o objetivo de promover saúde entendida como qualidade de vida. As várias categorias profissionais, nesse caso, necessariamente devem trabalhar em conjunto, havendo espaço para aplicação do campo de conhecimento exclusivo de cada uma em muitas situações. Entretanto, muito frequentemente ocorrem situações complexas na comunidade que necessitam de abordagem interdisciplinar. Os novos e inusitados problemas exigem na prática e construção de um “novo campo” de saber “comum a todas categorias” dentro da ESF. Esse “Novo Campo de conhecimento para a ESF”, vai sendo criado a partir da “intersecção dos conhecimentos, habilidades e práticas de cada categoria”, com o objetivo de responder adequadamente às necessidades de saúde da população, promovendo qualidade de vida (Figura 3).

**Figura 3**  
**A construção da interdisciplinaridade na Estratégia Saúde da Família**



Fonte: ANDRADE; BARRETO; MARTINS, 2003

A construção e o exercício desse “novo campo de conhecimento” de forma alguma implica o abandono do núcleo de conhecimentos de cada categoria profissional da saúde, senão que exige humildade, respeito mútuo e espírito científico entre os vários profissionais componentes das Equipes de Saúde da Família.

Na experiência de Sobral, várias categorias profissionais da saúde vêm desenvolvendo ações de muita importância e impacto na qualidade de vida da população, dentro da ESF, em parceria com os membros da equipe mínima, médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde. Foram incluídos nas equipes assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos e terapeutas ocupacionais. O impacto da atuação dessa equipe multiprofissional já começa a ser sentido, como ocorreu na formação de 60 grupos de idosos que realizam atividades físicas e atividades de lazer a partir da articulação dos educadores físicos com a equipe básica de Saúde da Família, ou as dezenas de grupos terapêuticos ou de interesse, como grupos de gestantes e adolescentes, que estão sendo formados com apoio dos psicólogos e assistentes sociais.

## ■ 7. Formação e Educação Permanente na ESF em Sobral

O Sistema Municipal de Saúde de Sobral deparou-se com um grande desafio no processo de organização de sua atenção básica: a inadequação dos profissionais para a adoção de novas práticas na perspectiva de um novo modelo de atenção. Essa constatação gerou a necessidade de instaurar um processo de qualificação desses profissionais, oferecendo diversos cursos.

Esse processo teve início ainda em março de 1997, abordando temas como Evolução das Políticas e Saúde, SUS, Sistemas Locais de Saúde, Territorialização, Estimativa Rápida, Informação em Saúde, Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Além desse curso, destacou-se já nesse período uma reunião semanal com todos os membros das Equipes de Saúde da Família, com o objetivo de integrar e avaliar o trabalho, mas, acima de tudo, dar continuidade a esse processo de qualificação, constituindo-se também em espaços privilegiados de trocas de experiências entre as equipes. Assim, foi-se estruturando um processo permanente de qualificação para as equipes de Saúde da Família, na perspectiva de superação do modelo assistencial hegemônico. Essa qualificação partia de uma reflexão sobre o processo de trabalho, capaz de gerar novas práticas e conseqüentemente novas reflexões. Esse processo de reflexão-ação-reflexão, foi denominado de Educação Permanente.

Em 1999 a SDSS, em parceria com a Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA) criou a Residência em Saúde da Família. Foram inseridos todos os profissionais de nível superior que atuavam na ESF, como forma de garantir uma titulação pela participação no processo de qualificação. Tal fato foi desencadeado pelo reconhecimento da importância do título para o currículo dos profissionais. Em julho de 2001 foi inaugurado o prédio da

Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), construídos com recursos do PROARES e recursos próprios da Prefeitura Municipal.

## 7.1 Modelo pedagógico para Educação Permanente

A EFSFVS trabalha com um modelo pedagógico baseado na participação, no diálogo e na problematização da realidade vivenciada pelos seus educandos (FREIRE, 1996). Para tanto, ensinar exige disponibilidade para o diálogo, ou seja, os educadores tentam trabalhar com a convicção de que possuem parte do conhecimento técnico da saúde, mas que também ignoram outras partes do todo, estando assim disponíveis para o novo, novo este que advém da realidade, da literatura e das experiências dos alunos.

Assim, educadores e educandos aprendem e crescem na diferença, sobretudo no respeito a ela. A partir do diálogo e da problematização das vivências e realidades dos alunos, os educandos podem sair da postura submissa de que nada sabem para uma participação efetiva na construção de seus conhecimentos.

## 7.2 A Tenda Invertida

A relação entre formação e serviço se dá quase sempre na forma provedor-cliente. Existe o espaço de aprendizagem (entendido como local de acúmulo de conhecimentos sistematizados ditos científicos) e o espaço para aplicação dessa aprendizagem (estágios/serviço). Portanto, ao necessitar de capacitação, o profissional se desloca para algum “centro formador”, reconhecidamente detentor de um conhecimento ou de uma experiência exitosa. *Dentro da perspectiva de construção de um novo modelo, quais seriam esses serviços que poderíamos considerar como exemplares ou exitosos?* Seriam aqueles que conseguem promover uma reflexão sobre a própria prática, através de um diálogo entre o acúmulo de diversos campos de conhecimento, e dentre esses, o da vivência, seja a da comunidade, seja a dos próprios profissionais no cotidiano de seu processo de trabalho. Esse espaço deve ser construído através do despertar dessa necessidade. Entretanto, fica evidente que essa relação educativa não pode acontecer em outro lugar senão no território, campo de atuação das equipes de saúde da família. Portanto, se nos modelos tradicionais de ensino o aluno vai ao encontro do seu mestre nos centros de excelência de determinado conhecimento ou especialidade, ou seja, a “Tenda do Mestre”, em um processo educativo para a ESF o espaço que possibilita essa relação educativa é o Centro de Saúde da Família. Assim, a EFSFVS optou por um modelo denominado de “Tenda Invertida”, em que um grupo de preceptores acompanha as unidades de saú-

de, tentando transformar esse espaço, originalmente de assistência, em local também de construção de saberes e práticas (Figura 4). O pensar e o fazer saúde, nesse contexto, requer uma nova lógica e organização do processo de trabalho, demandando o desenvolvimento de um processo educacional que possibilite, aos gestores e trabalhadores do SUS, no território da Equipe de Saúde da Família e do sistema municipal de saúde como um todo, o aprendizado de outros conhecimentos, saberes e formas de atuação.

É importante destacar que esse processo educativo envolve todos os profissionais que atuam na unidade, sempre partindo do trabalho da equipe e tentando mobilizar os conhecimentos dos membros da própria equipe ou externos (quando necessário), na tentativa de tornar real a célebre frase do educador Paulo Freire: "...os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo".

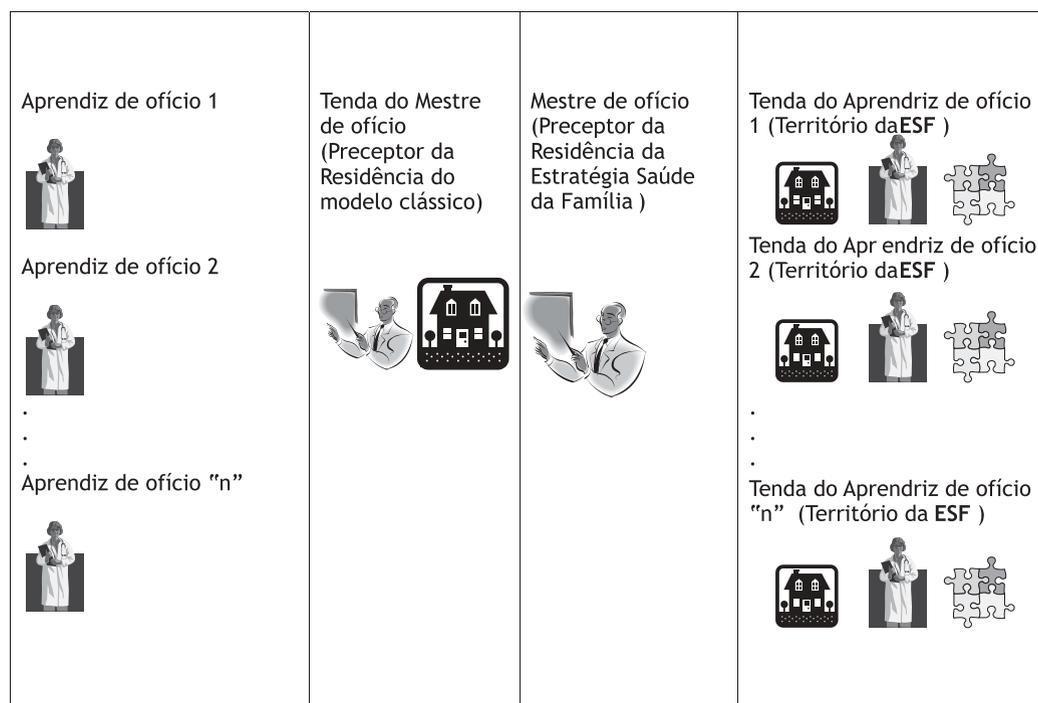
Percebendo a necessidade de aprofundamento pedagógico para os profissionais (a fim de fortalecer esse processo de educação permanente), está sendo realizado em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba um Mestrado em Educação em Ciências para a Saúde.

Outra ação de destaque que a EFSFVS vem realizando, desde dezembro de 2002, é o curso seqüencial para agentes comunitários de saúde. Atualmente este curso dispõe de duas turmas de trinta alunos cada, formada por agentes de saúde que já haviam concluído o ensino médio. Em um período de dois anos, esse agentes terão um certificado de conclusão de um curso superior (também concedido pela UVA). Essa iniciativa foi tomada com o objetivo de valorizar as competências dos agentes comunitários de saúde e, além disso, construir condições efetivas de progressão profissional para essa categoria.

**Figura 4**  
**Educação permanente na Estratégia Saúde da Família (ESF)**  
**e a proposta da tenda invertida**

**Modelo clássico de formação de residentes**

**Modelo da tenda invertida proposto pela EFSFVS para ESF em Sobral**



Fonte: ANDRADE; BARRETO; MARTINS, 2003

**8. Impacto da ESF na Situação de Saúde da População de Sobral**

A evolução dos indicadores de saúde do município, a partir da implantação da ESF em 1997, evidenciou o impacto positivo que esse novo modelo de organização do Sistema Municipal de Saúde tem trazido para a qualidade de vida da população. Discutiremos esse impacto analisando a evolução da saúde das crianças, de dois agravos transmissíveis, dengue e hanseníase, e dois agravos crônicos não transmissíveis hipertensão arterial e asma.

## 8.1 Impacto da ESF na Saúde das Crianças

### a. Assistência ao pré-natal, ao parto e ao aleitamento materno

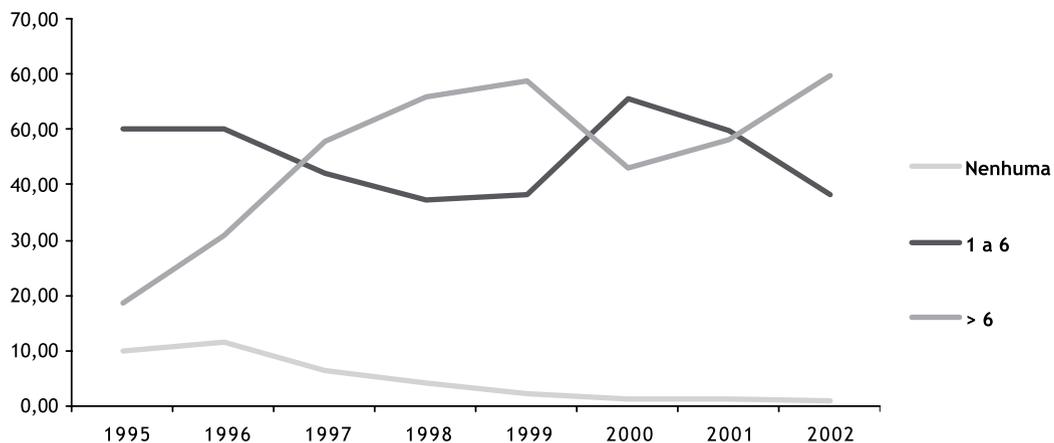
Os resultados concernentes à evolução desses indicadores, no período de 1995 a 2002, foram extraídos da tese de doutoramento de Silva, 2003<sup>2</sup>. Na referida tese, foram analisados os indicadores de saúde relacionados com gestantes e crianças menores de cinco anos de Sobral, com base nos sistemas oficiais de informação.

O percentual de gestantes que não compareceu a nenhuma consulta foi reduzido de 9,9%, em 1995, para 1% em 2002 ( $p=0,001$ ); já o percentual de gestantes que realizaram mais de seis consultas aumentou de 18,6%, em 1995, para 59,7% em 2002 ( $p=0,019$ ) (Gráfico 1).

A média mensal das gestantes visitadas pelos agentes de saúde no período estudado aumentou de 807 para 1.420 ( $p=0,003$ ). Simultaneamente, o percentual de gestantes que compareceu à consulta nos últimos trinta dias cresceu significativamente, de 73,9%, em 1995, para 95,1% em 2002 ( $p=0,001$ ).

### Gráfico 1

#### Evolução do número de consultas de pré-natal, no município de Sobral-CE, no período de 1995 a 2002



Fonte: SILVA, 2003 — dados do SINASC — Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral

<sup>2</sup> Tese da Profa. Dra. Ana Maria Cavalcante e Silva, intitulada O Impacto do Programa de Saúde da Família no Município de Sobral — Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1997-2001, aprovada pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP em setembro de 2003.

No período de 1995 a 2002, observou-se o crescimento ( $p=0,014$ ) e a persistência de altos percentuais de partos hospitalares, tendendo para 100% (99% em 2002). Os partos em outros estabelecimentos de saúde reduziram-se de 9,2%, em 1995, para 0,1% em 2002 ( $p=0,002$ ). O número de partos domiciliares apresentou também uma tendência decrescente ( $p=0,015$ ).

O percentual de crianças com aleitamento materno exclusivo até o 4º mês de idade variou significativamente ( $p=0,001$ ) de 53,0%, em 1995, para 69,4% em 2002.

### **b. Mortalidade Infantil**

A redução da taxa de mortalidade infantil (TMI) no período estudado foi estatisticamente significativa, de 61,4 no início do estudo para 19,0 por mil nascidos vivos (NV). Conforme é possível verificar na Tabela 3, a captação de dados sobre NV e óbitos em menores de um ano apresentava uma subnotificação — 1.530 nascidos vivos, 94 óbitos e TMI 61,4%. Essa falha na coleta dos dados passou a ser corrigida e em 1998 foram notificados 4.209 NV e 157 óbitos infantis com taxa de mortalidade infantil de 37,3%. No ano de 2002, foram notificados 3.422 NV e 65 óbitos em menores de um ano com TMI decrescente de 19%.

Observou-se uma redução significativa em relação à mortalidade neonatal de 26,8% para 15,5% (0 a 27 dias) e pós-neonatal de 34,6% para 3,5% (28 dias a 11 meses), respectivamente  $p=0,014$  e  $p=0,000$ . A mortalidade nas primeiras 24 horas de vida também teve uma redução de 6,5% para 3,2%, porém não foi significativa ( $p=0,097$ ) (Gráfico 2). No caso da redução da mortalidade neonatal, temos que chamar atenção para a importância do Projeto Trevo de Quatro Folhas<sup>3</sup>. Trata-se de um projeto de intervenção, que propõe a reorganização da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao primeiro ano de vida. No ano de 2001, foram identificados os principais problemas relacionados à mortalidade neonatal: início tardio do pré-natal; parto prematuro por impossibilidade da gestante para cumprir o repouso médico prescrito; dificuldade das mães para cuidar do bebê. Com o Projeto Trevo, o apoio às gestantes e mães é dado pela mãe social e pela madrinha ou padrinho social. A mãe social é alguém que reside próximo à família e assume as tarefas domésticas nas situações em que a mãe estiver impossibilitada, recebendo uma diária do projeto. A madrinha ou padrinho social é uma pessoa da sociedade que assume a criança como afilhada, contribuindo para o financiamento das mães sociais (SUCUPIRA, 2003). As Equipes de Saúde da Família tem papel importante na identificação dos casos de risco,

---

<sup>3</sup> Projeto elaborado e supervisionado pela Profa. Dra. Ana Cecília Lins Sucupira, chefe do ambulatório de Pediatria do Hospital da Criança - Faculdade de Medicina da USP e consultora da SDSS de Sobral.

comunicação com o Projeto Trevo e o acompanhamento clínico das gestantes e crianças.

Em relação às causas de morte no primeiro ano de vida, observou-se uma redução importante das doenças infecto-parasitárias, representadas sobretudo pelas doenças diarreicas: de 26,6% para 4,6% (82,7%); bem como das doenças do aparelho respiratório: de 12,8% para 1,5%.

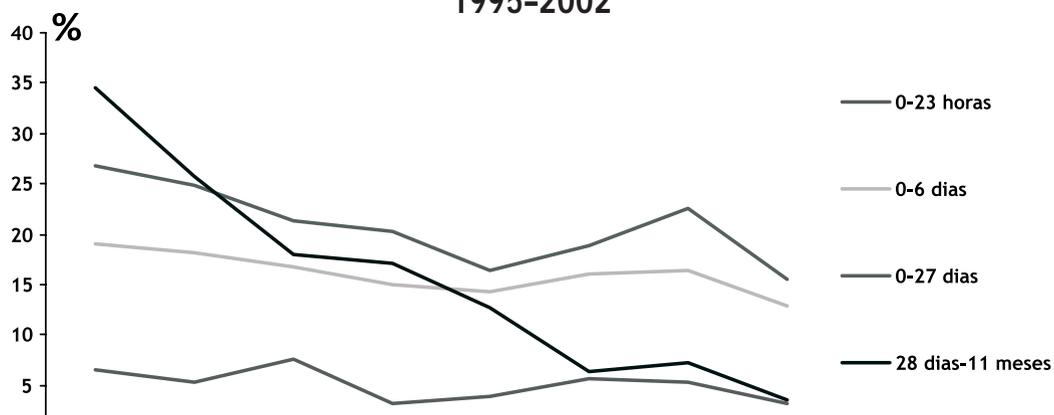
No mesmo período cresceu a importância relativa das afecções no período neonatal (Gráfico 3) e o percentual de óbitos hospitalares: de 88,3%, em 1995, passou para 95,4%; o percentual de óbitos infantis no domicílio diminuiu de 6,4%, em 1995, para 4,6% em 2002, porém não foram significativas estas mudanças ( $p=0,104$ ;  $p=0,267$ , respectivamente).

**Tabela 3**  
**Mortalidade infantil/1.000 nascidos vivos, no município de Sobral-CE, 1995-2002**

Ano	No. Nascidos Vivos	No. Óbitos	Mortalidade Infantil (%)
1995	1.530	94	61,4
1996	2.247	114	50,7
1997	3.835	151	39,4
1998	4.209	157	37,3
1999	4.331	126	29,1
2000	3.877	98	25,3
2001	3.601	107	29,7
2002	3.422	65	19

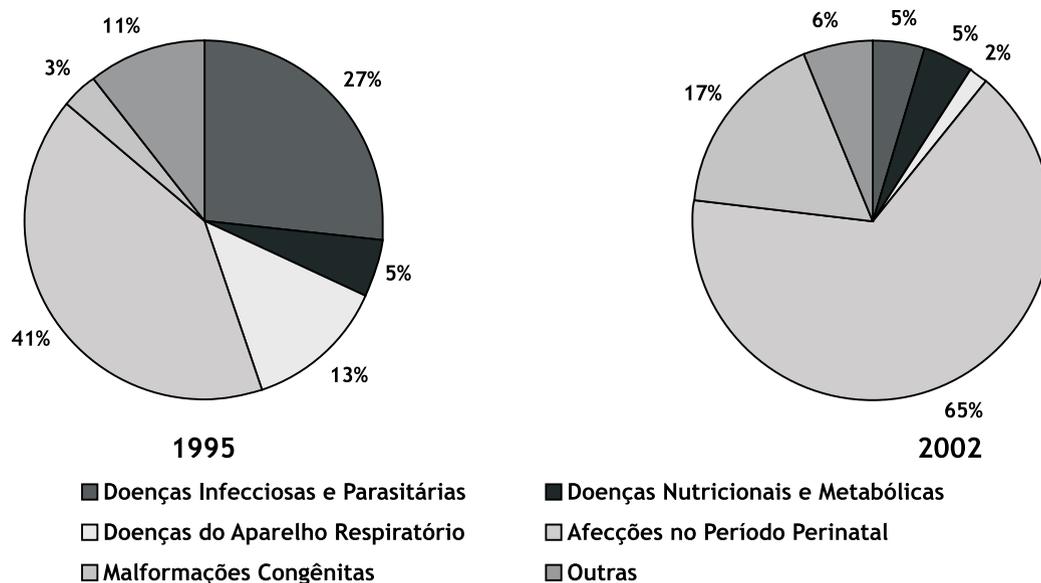
Fonte: SILVA, 2003 — dados do SIM e SINASC — Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral

**Gráfico 2**  
**Evolução dos componentes da mortalidade infantil,**  
**no município de Sobral-CE,**  
**1995-2002**



Fonte: SILVA, 2003 — dados do SIM e SINASC — Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral

**Gráfico 3**  
**Causas de óbitos em crianças menores de 1 ano no município de Sobral-CE,**  
**1995-2002**

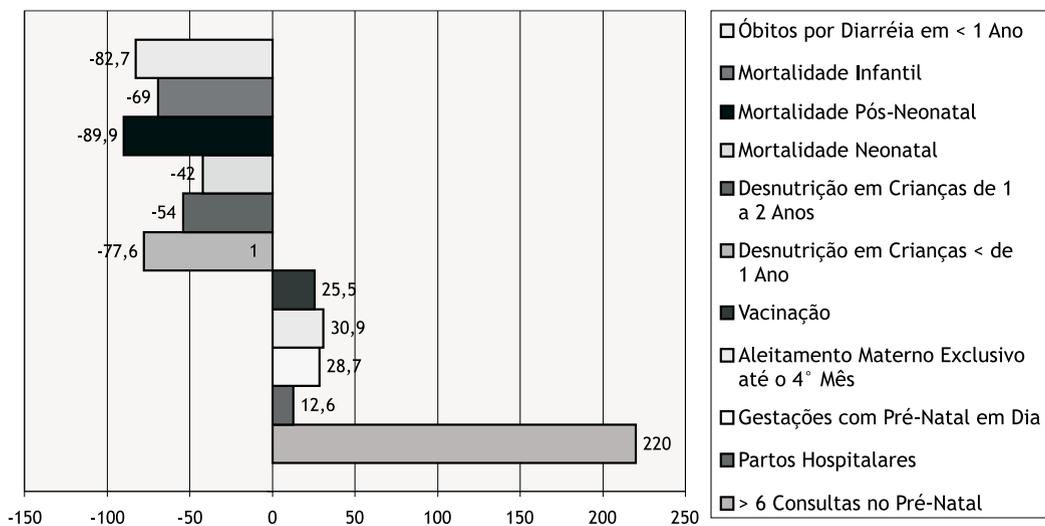


Fonte: SILVA, 2003 — dados do SIM — Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral

#### 8.4 Síntese da variação dos indicadores de saúde da criança e da mulher de 1995 a 2002

O Gráfico 4 sintetiza as mudanças que ocorreram relacionadas à saúde da criança, comparando-se os dois momentos: 1995 e 2002. Alguns indicadores apresentaram redução expressiva: desnutrição no primeiro ano de vida, mortalidade neonatal, mortalidade infantil geral e por diarreia. As variações positivas em relação ao pré-natal, ao aleitamento materno e à imunização no primeiro ano de vida foram também bastante significativas.

**Gráfico 4**  
**Variação dos indicadores de saúde da criança e da mulher, no município de Sobral-CE, 1995-2002**



Fonte: SILVA, 2003 — dados do SIM, SINASC e SIAB — Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral

## 8.6 Doenças Transmissíveis

### a. Dengue

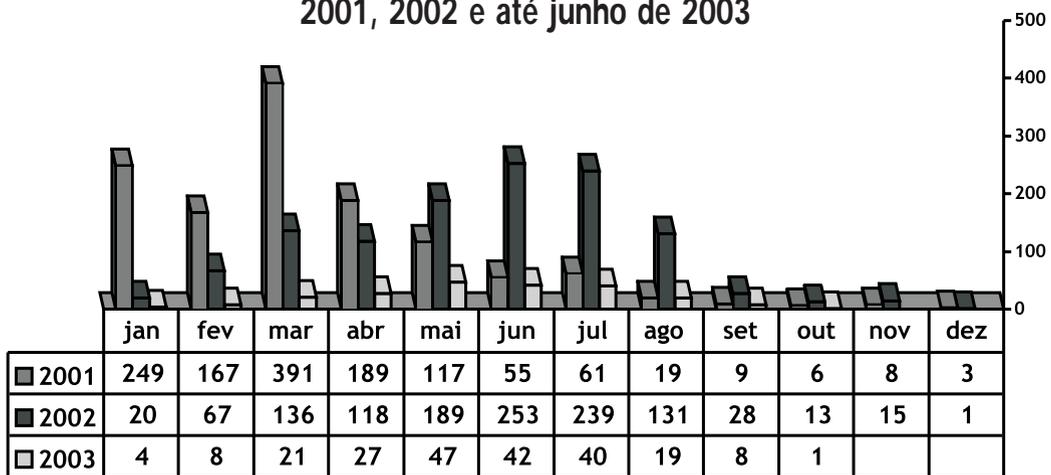
As estratégias para o combate ao *aedes aegypti* e o controle de dengue do município, desde maio de 2002, tem partido da concepção de que não existe uma ação que isoladamente seja capaz de resolver o problema. Para se lograr êxito, as ações devem ser executadas de forma articulada, obedecendo às especificidades e hábitos da população, condições e estruturas locais e os atores envolvidos na ação. Foi realizado um diagnóstico por áreas de endemias através de informações que pudessem traçar o perfil de cada área. A integração da atenção básica nas medidas de combate ao vetor da dengue, com destaque ao envolvimento de todos os profissionais que atuam nesse nível de atenção desenvolvendo ações de educação em saúde e mobilização da comunidade, somada a participação de outros setores da administração municipal, como os serviços de limpeza pública, urbanismo e obras, além das escolas de ensino fundamental e médio, parecem ter influenciado na redução da incidência de dengue em Sobral.

As principais ações desenvolvidas foram: pesquisa de larvas de *aedes aegypti* em 100% dos imóveis; utilização de geoprocessamento para análise da situação epidemiológica e planejamento de ações para execução imediata; notificação dos casos de dengue pelo telefone (Disque Dengue-0800); visita semanal a pontos estratégicos de risco de criadouros do mosquito; abertura do Laboratório de Entomologia ao público; concessão de microcréditos para melhorias habitacionais; controle biológico das larvas do mosquito; criação de um Comitê de Prevenção de Dengue; aplicação de penalidades para proprietários de imóveis que não assegurassem em seus reservatórios de água a proteção (Lei Complementar Municipal Nº 007 do Código de Obras e Posturas II da Higiene das Habitações); vedação de depósitos de água com telas; distribuição de boinas para potes; distribuição de filtros na comunidade em troca de potes; concursos e premiação de estudantes; apresentação de peças de teatro; desenvolvimento de manifestações artísticas populares, como o Circo Saúde Alegria para divulgação da problemática da dengue; exposição de laboratório do ciclo biológico do mosquito nos eventos, praças, mercado e escolas. Cada ação citada tem sido desenvolvida de forma articulada e concomitantemente com as outras, obedecendo aos critérios da organização social da população local.

No município de Sobral, no ano 2002 foram confirmados 1.210 casos de Dengue (Gráfico 5), o que corresponde à incidência de 750 casos por 100.000 habitantes. Em 2001 foram confirmados 1.274 casos de Dengue, 64 casos a menos do que no ano anterior. Observa-se também que houve uma maior incidência nos meses de maio, junho e julho, enquanto que em 2001, a incidência maior foi nos meses de janeiro a maio, correspondente ao período de

chuvas. No ano de 2003, até o mês de outubro foram confirmados 210 casos de dengue. A redução do número de casos desse ano foi de 82,6% em relação ao ano de 2002 no mesmo período, o que representou uma queda significativa na incidência da doença no município.

**Gráfico 5**  
**Número de casos confirmados de dengue por mês,**  
**no município de Sobral-CE**  
**2001, 2002 e até junho de 2003**



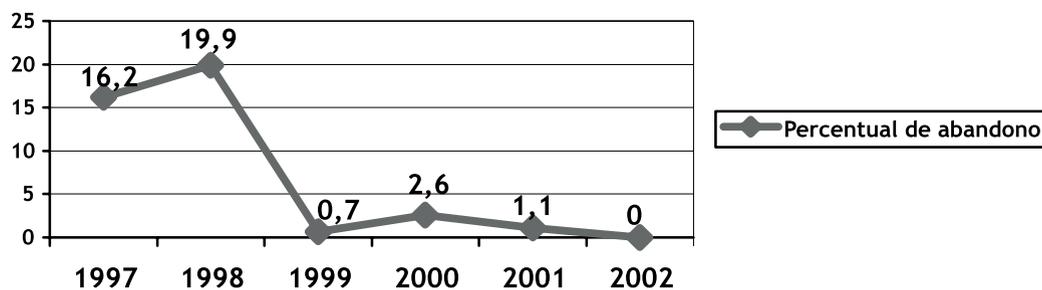
Fonte: SINAN, Sec. Desenv. Social e Saúde de Sobral.

\* Dados até 30/6/2003

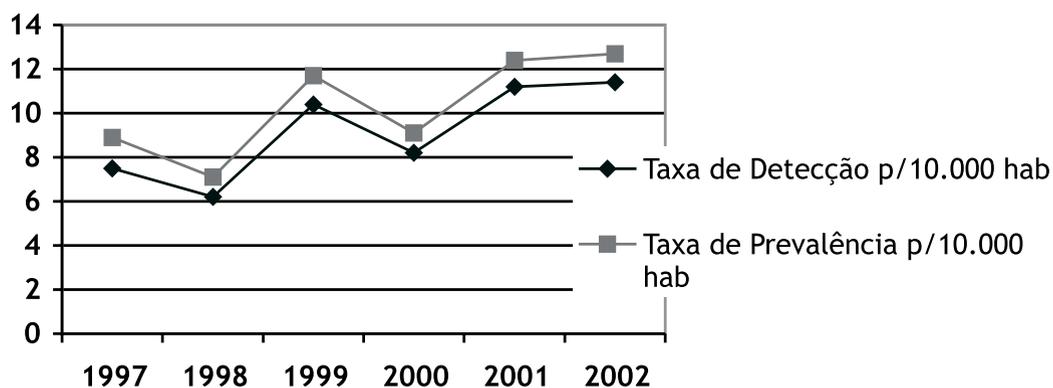
### b. Hanseníase

Até 1999, os portadores de hanseníase eram atendidos em uma única Unidade de Saúde, referência inclusive para vinte e cinco municípios da região norte do estado. A partir de então, iniciou-se um processo de descentralização do atendimento de casos, que compreendeu a capacitação dos profissionais de Saúde da Família: agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros de família. Houve ainda uma intensa mobilização social, que contou com o envolvimento de escolas, clubes de serviço, rádios, lideranças comunitárias e espirituais, como as rezadeiras e curandeiros. Esse processo levou à efetiva descentralização de todas as ações de controle da doença para os Centros de Saúde da Família, com aumento do coeficiente de detecção de casos novos de 7:10.000 habitantes em 1998 para 11,4:10.000 em 2002. A taxa de abandono era de 19,9% em 1998. Em 2002 não houve nenhum caso de abandono de tratamento. O objetivo da equipe é detectar e tratar todos os casos prevalentes para eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública do município até 2005 (Gráficos 6 e 7).

**Gráfico 6**  
**Taxas de detecção e prevalência de hanseníase, Sobral-CE**  
**1997-2002**



**Gráfico 7**  
**Percentual de abandono de pqt/oms entre os casos que deveriam ter completado tratamento (coorte) em Sobral-CE**  
**1997-2002**



## 8.6 Doenças não-transmissíveis

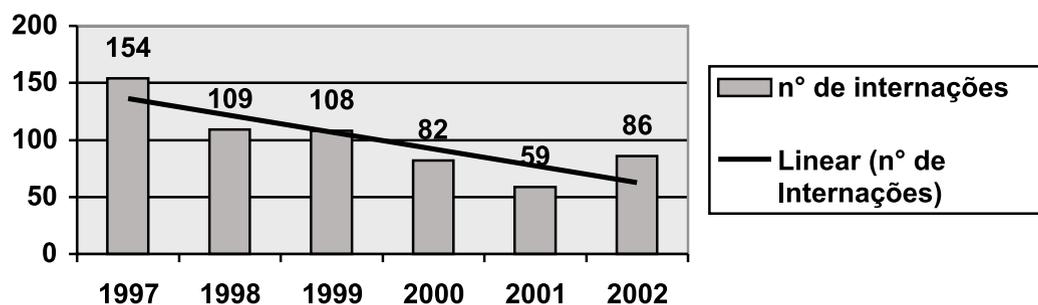
### a. Evolução dos internações por AVC de 1997 a 2002

Observou-se uma tendência de queda linear no período de 1997 a 2002 com redução de 44% no número absoluto de internações por AVC, no ano 2002 comparado a 1997 (Gráfico 8). Quanto ao coeficiente de incidência de internações por AVC observou-se uma redução muito significativa de 10,9 para 3,7 por 10.000 habitantes, respectivamente em

1997 e 2001. Em 2002 houve um incremento no coeficiente em relação ao ano anterior tendo ficado em 5,3 por 10.000 habitantes. A tendência no total do intervalo observado, entretanto, é de queda.

Quanto ao número de hipertensos acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família e cadastrados pelo SIAB, observou-se um progressivo aumento no período de 1999 a 2002, também linear, de 86,8% (Gráfico 9).

**Gráfico 8**  
**Internações por AVC de residentes em Sobral-CE**  
**1997-2002**

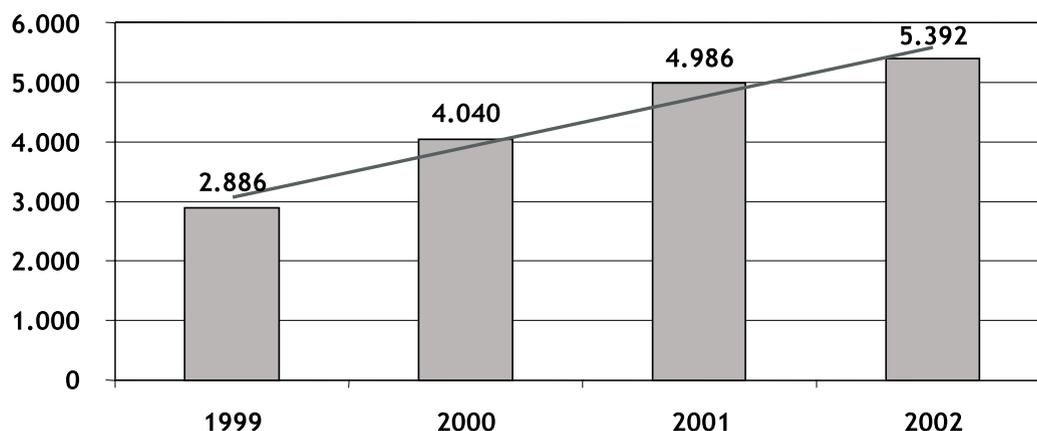


**Tabela 4**  
**Coeficiente de incidência de internações por AVC por 10.000 habitantes**  
**no município de Sobral-CE**  
**1997-2002**

Ano	N° de internamentos	População	Incidência
1997	154	141.327	10,9
1998	109	143.653	7,6
1999	108	146.005	7,4
2000	82	155.276	5,3
2001	59	158.515	3,7
2002	86	161.123	5,3

Fontes: IBGE e Datasus – SIH

**Gráfico 9**  
**Média mensal de hipertensos acompanhados**  
**pelas equipes do PSF de Sobral-CE**  
**1999-2002**



Fonte: Coordenação de vigilância à Saúde de Sobral — SIAB

Houve uma queda significativa no número de internações por AVC concomitantemente ao aumento na quantidade de pacientes hipertensos acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família, o que nos permite levantar a hipótese da existência de relação causal entre os dois fatos, a ser comprovada em outros estudos.

#### **b. Evolução das internações por asma de 1997 a 2002**

Em outra análise foram obtidos dados do SIH sobre o número de internações de residentes em Sobral por asma, a partir do *site* do Datasus no período de janeiro de 1997 a dezembro de 2002. Também foram obtidas informações sobre os valores das Autorizações de Internação Hospitalar(AIHs) pagas para esse procedimento.

O número de internações hospitalares de residentes em Sobral por asma em 1997 foi de 851; em 1998, 475; em 1999, 507; em 2000, 675; em 2001, 382 e em 2002, 403. Observou-se redução de 52,6% dos internações por Asma no ano 2002 comparado ao ano de 1997. Quanto ao valor total gasto com internações por asma, observou-se que houve tendência de queda no período estudado, com redução de 29,3%, quando se compara o ano de 1997 com o ano de 2002. O valor médio pago por AIH em 1997 foi de R\$206,89; em 1998, R\$237,41; em 1999, R\$ 270,84; em 2000, R\$286,82; em 2001, R\$294,48 e em 2002, R\$308,92, ou seja, observou-se uma tendência de aumento por atendimento hospitalar individual.

Em resumo houve uma significativa redução de internações por asma e no valor total gasto com internações por esse agravo, concomitante a um aumento no valor médio pago por AIH. Esses fatos coincidiram temporalmente com o incremento na Atenção Básica representado pela expansão no número de Equipes de Saúde da Família. Quanto ao aumento no valor médio da AIH, a hipótese é que tenha decorrido dos reajustes financeiros ocorridos no período.

## ■ 9. Desafios e Perspectivas

A adoção da Estratégia Saúde da Família, como estruturante do modelo de atenção à saúde no município de Sobral, vem se configurando como uma idéia que, além de correta, na medida em que gera produtos positivos, é também potencializadora dos processos que induzem e desenvolvem o SUS e seus princípios como a integralidade, a universalidade e a equidade.

Os resultados positivos, expressos através dos diferentes indicadores de saúde apresentados, atestam não somente a melhoria da situação de morbi-mortalidade da população sobralense, mas, fundamentalmente, caracterizam-se por ser resultantes de uma prática que concebe a saúde como processo social, atuando sobre os determinantes que influenciam as condições de saúde e doença da população. A prática em saúde não é construída restritamente para atuar sobre a doença, respondendo aos desafios de conceber novos saberes e conhecimentos centrados na potencialidade da saúde, o que significa trabalhar para efetivamente promover a saúde das pessoas, aliando, assim, a Estratégia Saúde da Família ao desenvolvimento de estratégias promocionais da saúde.

É sob essa perspectiva que a Estratégia Saúde da Família vem desencadeando, no município de Sobral, a sistematização de importantes saberes e práticas da gestão municipal, evidenciando que a produção de novos conhecimentos, o aprendizado e o ensino podem ser vivenciados e construídos nos espaços do serviço. É o que indica a estratégia da educação permanente implementada no sistema de saúde de Sobral, pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Através da práxis da Saúde da Família, desenvolvida em Sobral, novas tecnologias em saúde, altamente complexas, têm sido elaboradas, como por exemplo: o método da Tenda Invertida; a sistematização de um campo comum de conhecimento construído no território a partir do processo de trabalho interdisciplinar das equipes; a construção e vivência da estratégia da educação permanente para os trabalhadores do SUS; a implementação dos mecanismos de co-gestão participativa, entre outros processos complementares que contribuem para a formação de um novo fazer em saúde. A práxis revoluciona e estrutura o SUS, porque potencializa e viabiliza seus princípios e diretrizes.

A experiência construída em Sobral é sinal de bons tempos. Não só por constituir-se como algo que vem dando certo, o que inclui reconhecer as dificuldades e as incertezas vivenciadas. Mas, fundamentalmente, por fazer brotar novos desafios. Desafios que requerem posições e decisões políticas firmes, no sentido de efetivamente dar à Estratégia Saúde da Família a prioridade que merece, decorrente de sua força estruturante e transformadora das práticas em saúde.

Nessa perspectiva, chama atenção a necessidade de mudança da normatização atual da Estratégia Saúde da Família. Considerando as diversidades regionais e populacionais, além das diferentes situações epidemiológicas encontradas, não é possível uniformizar a Estratégia Saúde da Família em um conjunto de regras e normas. É preciso definir princípios e diretrizes. Estabelecer metas e resultados a serem alcançados. É possível e cabível instrumentalizar os municípios com uma “caixa de ferramentas” para implementação da Estratégia Saúde da Família, cujos instrumentos poderão ser utilizados dependendo da situação e necessidades identificadas, cabendo a definição de parâmetros e pactuação de acordos às instâncias regionais do SUS, como a Comissão Intergestores Bipartite e o Conselho Estadual de Saúde.

Ainda nessa linha de raciocínio, é urgente a revisão da política de financiamento da Saúde da Família, compreendendo que as regras não podem ser as mesmas para todos os municípios, exigindo a compreensão das diferenças colocadas, por exemplo, pelo seu porte populacional, pelas diversidades regionais, entre outros aspectos. Isso aponta para a necessidade do aprofundamento dos critérios de financiamento da Saúde da Família, tendo como referência a ressignificação do conceito de município em um país continental como é o Brasil.

Outro aspecto relevante diz respeito à formação interdisciplinar que tem constituído as Equipes de Saúde da Família de vários municípios. É fundamental que o Ministério da Saúde reconheça esse processo de trabalho e proponha alternativas de financiamento para os municípios que estiverem atuando nesse sentido. Além disso, identifica-se a importância da efetivação dos mecanismos de incentivo por resultados alcançados pela atuação das equipes.

Destaca-se ainda a extrema necessidade de investimento na política de educação, formação e qualificação dos trabalhadores da saúde. O trabalho humano é a alma do SUS, assim como é responsabilidade do sistema ordenar e qualificar os recursos humanos. Nesse sentido, vale ressaltar a necessidade de uma intervenção, por parte dos gestores das três esferas de governo, para implantar em grande escala processos de educação permanente tanto para capacitações específicas demandadas pelo processo de trabalho em saúde, como também para a formação dos profissionais em modalidades como especialização, mestrado e doutorado. Chama atenção, inclusive, a necessidade do desenvol-

vimento em escala das residências multiprofissionais em Saúde da Família, exigindo do Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Educação, o reconhecimento formal, em âmbito nacional, de tal titulação.

Acredita-se que, somente a partir dos processos educacionais na perspectiva apontada, será possível a formação de trabalhadores habilitados para o desempenho de novas competências adequadas ao modelo de atenção integral e promocional da saúde. Os trabalhadores do SUS precisam compreender que fazer saúde é atuar sobre a saúde e não somente sobre a doença. Nessa lógica, as Equipes de Saúde da Família poderão estar contribuindo para a formação da autonomia dos cidadãos sobre sua vida e saúde. Este ainda é um desafio essencial da Saúde da Família.

Reconhecer que no caminho trilhado há desafios que impõem uma busca e uma construção permanente é mais do que positivo. É proativo. Possuídos por esse sentimento e compromisso de continuar fazendo saúde, a nova saúde, é que o município de Sobral se manifesta. Suas contribuições são construídas coletivamente. E, nesse processo de produção coletiva, reconhece-se a grande contribuição prestada pelos diferentes parceiros. Sobral caminha assim, como aqui relatado, porque tem companheiros. Companheiros solidários pelo SUS.

## ■ Referências

ALVES SOBRINHO, E. J. M; INOJOSA, R. M. "Rede de acolhimento — uma estratégia da cultura de paz". *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2002.

ANDRADE, F.M.O. *O Programa Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento*. Fortaleza, 1998. p.220.

ANDRADE, L.O.M. et al. "A co-gestão de coletivos em sistemas municipais de saúde: a experiência de Sobral". Sobral, 2002. Disponível em: [www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia](http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia). Acesso em: 18 mar., 2004.

ANDRADE, L.O.M.; MARTINS JÚNIOR, T. "Saúde da Família: construindo um novo modelo — a experiência de Sobral". *Sanare — Revista Sobralense de Políticas Públicas*, Sobral, v.1, n.1, p.7-17, out/dez 1999.

ANDRADE, L.O.M. *A Estratégia Saúde da Família no Sistema Municipal de Saúde de Sobral*. Sobral, 2000. (mimeo).

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; MARTINS JÚNIOR, T. "Por que a Estratégia Saúde da Família". *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, v. 2, n. 5, p.75-80, mai. 2002.

ANDRADE, L.O.M.; COELHO, A. *Unidade de Saúde da Família: nova concepção de sua arquitetura*. Sobral, 1997 (mimeo).

BARRETO, A. *Pistas para uma ação comunitária*. 2003 (mimeo).

BARRÊTO, I. et. al. "Residência em Saúde da Família: desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária". *Sanare — Revista Sobralense de Políticas Públicas*, Sobral, v.1, n. 1, p.18-26, out/dez., 1999.

BARRÊTO, I. et. al. "A Residência em Saúde da Família em Sobral: um ano formando especialistas em larga escala". *Sanare — Revista Sobralense de Políticas Públicas*. Sobral, v.2, n. 3, p.18-28, out/dez., 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 2000. p.124-26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, 2000. 119p.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

CANUTO, O. "Programa de Habitação Popular de Sobral". *Sanare — Revista Sobralense de Políticas Públicas*, Sobral, v. 2, n. 3, p.46-55, out/dez., 2000.

COELHO NETO, J.C.A.; SILVA, M.E.R.. "Orçamento Participativo: decisão de muitos, benefícios de todos". In: *Sanare — Revista Sobralense de Políticas Públicas*, ano II, n. 3, out/nov/dez. p. 37-41. Sobral — Ceará: Prefeitura Municipal de Sobral, 2000.

- COELHO, L.F.V. "Trabalho pleno: um desafio de política pública em nível local". *Sanare – Revista Sobralense de Políticas Públicas*, Sobral, ano II, n. 3, p. 56-59, out/dez., 2000.
- COSTEIRA, A. M. *Acolhimento*. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia>. Acesso em: 12 nov., 2002.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. *Plano Diretor de Regionalização*. Fortaleza, 2001 (mimeo).
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165p. (Coleção Leitura).
- GOYA, N. *O SUS que funciona nos municípios do Ceará*. Fortaleza: [S.I.], 1996. p.170.
- \_\_\_\_\_. "Promoção da saúde, poder local e saúde da família": Estratégias para a construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos humanamente solidários e felizes. *Sanare – Revista Sobralense de Políticas Públicas*, Sobral, v. 4, n. 1, p.51-56, 2003.
- HADDAD Q., J.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. (eds). *Educación Permanente del Personal de Salud*. Washington: OPS, 1994.
- MENDES, R.; DONATO, A.F. "Território: espaço social de construção de identidades e de políticas". *Sanare – Revista Sobralense de Políticas Públicas*, Sobral, v. 4, n. 1, p.39-42, 2003.
- SANTOS, M. "O espaço e a noção de totalidade". In: *A Natureza do Espaço: espaço e tempo: razão e emoção*. 3ª. edição. São Paulo: HUCITEC, 1999. p. 91-100.
- SILVA, A. M. *O Impacto do Programa de Saúde da Família no Município de Sobral – Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002*. out 2003. Tese (Doutoramento em Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- SILVA Jr. *Modelos Técnico-Assistenciais em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.
- SOBRAL. Secretaria de Desenvolvimento Social e da Saúde. *Plano Municipal de Saúde*. Sobral, 2001 (mimeo).
- SUCUPIRA, A.C.L. et. al. "Projeto Trevo de 4 Folhas: uma estratégia para redução da mortalidade materna e infantil". In: *Anais do Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva*, 1, 2003, Brasília: Abrasco, 2003.
- VIANA, A.L. d'Á; DAL POZ, M.R. "A reforma do sistema de saúde do Brasil e o Programa Saúde da Família". *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, [S.I.], v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.



## **SÉRIE DE DOCUMENTOS**

### **Volume 1**

1. Processos de Descentralização da Saúde no Brasil – Documento Analítico
2. Seminário: o Sistema Único de Saúde e a Regionalização
3. Seminário: Perspectiva para a descentralização e a Regionalização no Sistema Único de Saúde

### **Volume 2**

Produção de Conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Políticas de Saúde no Brasil (1974-2000)

### **Volume 3**

Saúde nos Aglomerados Urbanos: uma visão integrada

### **Volume 4**

1. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto
2. O Papel e as Conseqüências dos Incentivos como Estratégia de Financiamento das Ações de Saúde

### **Volume 5**

Modernização das Secretarias de Estado da Saúde: Cooperação Técnica Descentralizada para o Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde no Brasil, Ano 2002

### **Volume 6**

Modelo de Atenção e Formulação de Políticas Públicas: uma Abordagem de Conteúdo: Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde em Goiás

### **Volume 7**

Metodologia para Análises Funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil



## Organização Pan-Americana da Saúde



Escritório Regional para as Américas da  
Organização Mundial da Saúde

Ministério  
da Saúde



ISBN 85-87943-34-0



9 788587 943347