



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LUCIANA DIAS PACOBAHYBA

ESTUDO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOA VISTA, RORAIMA.

Boa Vista

2013

LUCIANA DIAS PACOBAHYBA

ESTUDO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOA VISTA, RORAIMA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Ana Lucia de Sousa

Boa Vista

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

P121e Pacobahyba, Luciana Dias
Estudo da estratégia saúde da família em Boa Vista,
Roraima / Luciana Dias Pacobahyba. -- Boa Vista, 2013.
83 p. : il.

Orientador: Profa. Dra. Ana Lucia de Sousa.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde.

1 – Saúde. 2 – SUS. 3 – Atenção básica. I - Título. II –
Sousa, Ana Lucia (orientador).

CDU 614(811.4)

LUCIANA DIAS PACOBAHYBA

ESTUDO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOA VISTA, RORAIMA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde. Defendida em 15 de julho de 2013 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof.^a. Dr.^a. Ana Lucia de Sousa
Orientadora/Universidade Federal de Roraima - UFRR

Prof. Dr. Marcos Antonio Pellegrini
Universidade Federal de Roraima - UFRR

Prof. MSc. Ananias Noronha Filho
Instituto Federal de Roraima - IFRR

Aos meus pais Pedro Paulo e Jacira que sempre priorizaram a educação dos seus três filhos, aos meus irmãos, Lucília e Luiz Henrique e a minha sobrinha Amanda.

Dedico

AGRADECIMENTOS

Eternamente a Deus por ter plantado sonhos no meu coração e me ter dotado de força, saúde e determinação para alcançá-los, e ainda mais, por ter semeado em meu caminho parceiros, que me auxiliam e me fazem a crescer em todas as horas;

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA, na pessoa do seu Coordenador Prof. Dr. Calvino Camargo, Vice-coordenadora Prof^a. Dr^a. Nilza Pereira de Araújo, e ao Prof. Dr. Ricardo Alves da Fonseca atual Vice-coordenador, sua Secretária Sra. Érica Semarí dos Santos Pereira, à vocês o meu muito obrigado pela determinação e dedicação com que têm levado adiante este Programa;

Aos meus pais e irmãos, pelo amor, proteção, dedicação e paciência com minhas ausências em alguns momentos tão caros. Especialmente, à minha irmã que me inspirou, a me aventurar pelos caminhos intermináveis da busca do conhecimento e do crescimento e por tantas vezes ter cuidado sozinha dos nossos inúmeros vira latas.

À Prof^a. Dr^a. Ana Lucia de Souza, pela paciência, oportunidade, incentivo, dedicação, competência, cobrança e amizade durante esses dois de estudo, especialmente nos momentos cruciais de realização deste trabalho.

Ao Prof. MSc. Ananias Noronha Filho, pelas contribuições enriquecedoras que foram fundamentais no desenvolvimento de todo este trabalho;

À todos os professores do Programa pela preciosa contribuição em mais esta etapa da minha formação;

A todos os meus colegas do Mestrado, pelos momentos compartilhados, tão ricos de aprofundamento intelectual e pessoal;

A minha amiga Cláudia Monteiro de Souza, pela paciência em atender os meus intermináveis telefonemas, sempre a procura de mais informações e pelo trabalho “braçal” de pesquisar na internet informações vitais para a conclusão desta dissertação.

A minha amiga Prof^a. Dra. Cátia Wankler, me auxiliando desde a fase de seleção do mestrado com o empréstimo dos dicionários de inglês, para a prova de proficiência de línguas e na reta final corrigindo o meu português;

A Keyty de Oliveira auxiliando nos últimos minutos do segundo tempo;

A todos os meus amigos, que, de algum modo, padeceram comigo as dores deste “parto”, que, como todo parto, gerou amadurecimento e produziu uma nova criatura;

Aos funcionários da Biblioteca Central da UFRR pelas valiosas contribuições deste trabalho;

Agradeço também, a muitas pessoas que acabei não citando o nome, mas que contribuíram ou acreditaram nesse trabalho, os meus sinceros agradecimentos.

A todos os profissionais de saúde entrevistados nesta pesquisa; sem a contribuição de vocês, a mesma não teria o menor sentido, assim como também não o teria o Sistema Único de Saúde.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.”

Marthin Luther King

RESUMO

O presente estudo objetiva resgatar a história da implantação da Estratégia Saúde da Família – ESF – em Boa Vista, bem como analisar o funcionamento das unidades hoje existentes. A estratégia Saúde da Família foi implantada no município em 1999 com cinco unidades e em 2001 foi expandido para 47 unidades. A pesquisa foi feita com base em análise documental, entrevistas e questionários com membros das equipes e gestores, além de observação nas unidades pesquisadas. Um dos principais problemas encontrados no processo de implantação da Estratégia foi a falta de diálogo com a população e com os profissionais que deveriam trabalhar diretamente no atendimento dos objetivos do Programa. Na análise do funcionamento das equipes do ESF percebemos um cenário de sucateamento das unidades e equipamentos: equipes incompletas, falta de medicamentos e outros materiais necessários para o trabalho das equipes. A Estratégia de Saúde da Família constitui para Boa Vista a principal porta de entrada para a atenção à saúde da população, de forma que esses problemas têm impacto direto na vida das pessoas.

Palavras-Chave: Saúde, SUS, Atenção Básica.

ABSTRACT

This study aims to rescue the history of implementation in Boa Vista, as well to analyze the operation of existing units today. The Family Health Strategy was deployed in the county in 1999 with five units and in 2001 was expanded to 47 units. The research was based on documentary analysis, questionnaires and interviews with team members and managers, as well as observation units surveyed. One of main problems encountered in the implementation process of the strategy was the lack of dialogue with the population and professionals who would work directly on meeting the program objectives. In operation analysis of FHS teams, we perceive a scenario scrapping of units and equipment: incomplet teams, lack of medicines and other materials necessary for the job of the teams. The Family Health Strategy is to Boa Vista the main gateway to the health care of population, that these issues have a direct impact on people's lives.

Key Words: Health, SUS, Basic Care.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agencia Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico de Boa Vista
CAF	Coordenação de Assistência Farmacêutica
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CD	Cirurgião Dentista
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERNUTRI	Centro de Recuperação Nutricional Infantil
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciário
COSAC	Coordenação de Saúde da Comunidade
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRH	Centro Nacional de Recursos Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRPH	Centro de Recuperação e Promoção Humana
CSE	Centro Sócio Educativo
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DAMI	Divisão Assistencial Maternidade e Infância

DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DIA	Diabético
ETSUS	Escola Técnica do SUS
ESF	Estratégia Saúde Família
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FEBEM	Fundação Nacional para o Bem – Estar do Menor
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
GES	Gestante
GM	Gabinete do Ministro
HA	Hipertensão
HAN	Hanseníase
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MPAS	Ministério da Previdência Assistência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan- Americana de Saúde
PAB	Piso da atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações em Saúde
PISUS	Programa de Interiorização do SUS
PIB	Produto interno Bruto
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PLUS	Plano de Localização de Unidades de Saúde
PMA	Produção e Marcadores para Avaliação

PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPA	Plano de Pronta Ação
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço Médico de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência à saúde
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SSA	Situação de Saúde e Acompanhamento
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único da Saúde
TB	Tuberculose
TSB	Técnico em Saúde Bucal
USF	Unidade Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Equipamento sucateado de Unidade da ESF - Boa Vista/RR	68
Figura 2.	Fachada de uma Unidade da ESF - Boa Vista/RR	68
Figura 3.	Sala de curativo e coleta de preventivo de uma Unidade da ESF - Boa Vista/RR	69
Figura 4.	Fachada de uma das Unidades da ESF visitadas - Boa Vista/RR	69
Figura 5.	Sala de espera de uma Unidade da ESF visitada - Boa Vista/RR	70
Figura 6.	Teto de uma Unidade da ESF visitada - Boa Vista/RR	71
Figura 7.	Local de guarda de material de limpeza de uma Unidade da ESF visitada - Boa Vista/RR	72

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE SIGLAS	
LISTA DE FIGURAS	
INTRODUÇÃO	15
Capítulo I – O LONGO CAMINHO ATÉ O SUS	21
Capítulo II – MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO: O NASCIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	35
2.1 – ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	40
Capítulo III – A ORGANIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOA VISTA	46
3.1 – A SAÚDE EM BOA VISTA ANTES DA IMPLANTAÇÃO DO PSF	48
3.2 – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOA VISTA: RESGATANDO A HISTÓRIA	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	84

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família – PSF – surgiu no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. A busca de novos modelos de assistência decorreu de um momento histórico-social, no qual o modelo tecnicista/ hospitalocêntrico não atendia mais as necessidades de saúde da população brasileira. O PSF apresentava-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela por meio de um novo modelo de atenção (ROSA e LABETE, 2005).

Segundo Crevelim (2005), o Programa Saúde da Família está pautado, dentre outras diretrizes, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação social/control social. Entende-se que ambas as diretrizes estão relacionadas à medida que decorrem e expressam as relações entre a população de referência e o serviço e a equipe de trabalho, bem como, as relações entre trabalhadores e usuários. Ambas as propostas, de participação social e do trabalho em equipe, supõem um processo de democratização das instituições.

Em 2006, o Ministério da Saúde passou a designar o PSF, como Estratégia Saúde da Família - ESF, ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, meio e fim. A Saúde da Família é uma estratégia de reorganização da atenção primária permanente.

No modelo tradicional de atenção à saúde, a função dos centros de saúde, ou postos de saúde, tem se caracterizado pela passividade. Sem vínculo efetivo com as pessoas, sem responsabilidade maior com a saúde da comunidade, essas unidades se limitam a abrir suas portas em um único expediente e a esperar que cheguem as crianças para serem vacinadas ou pacientes para serem encaminhados a hospitais, já que seu poder de resolutividade é baixo. Já a Unidade de Saúde da Família – USF – traz uma lógica de

trabalho diferente, a idéia é garantir maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da USF é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade (BRASIL, 2002, p. 65).

Em Boa Vista a Estratégia Saúde de Família foi implantado, em 1999 com cinco equipes. Atualmente o município conta com 26 equipes completas de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES –, divididas em 06 macroáreas, proporcionando uma cobertura de 34% da população residente no município. Cada equipe deve ser constituída por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e de 05 a 07 agentes comunitários de saúde e ter uma jornada de trabalho de 40 horas semanais. Estas equipes estão divididas em macroáreas, sob a coordenação de um enfermeiro. Cada equipe trabalha com território de abrangência definida e é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000.

A constituição brasileira no seu Art. 196 garante que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e é garantido mediante Políticas Sociais e Econômicas que visam a redução dos riscos de doenças e outros agravos, como também o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Políticas Públicas são ações que emanam do Estado e que explicitam em geral, respostas dos governantes às diferentes pressões da sociedade. Essas pressões correspondem, por sua vez, à correlações de forças entre projetos societários que se organizam na sociedade civil.

No âmbito das Políticas Públicas, as de cunho social, ou seja, as políticas sociais podem ser divididas em dois grupos: aquelas voltadas para o atendimento dos serviços fundamentais para a promoção dos direitos sociais, como educação, saúde, previdência social e aquelas voltadas para o atendimento de demandas emergentes e/ou para atenuar problemas que potencializem conflitos sociais, como aumento da insatisfação popular decorrente do exacerbamento das condições de pobreza, por exemplo, e controle social.

O cuidado com a saúde dos cidadãos faz parte das atribuições do Estado e este cuidado é expresso por meio de Políticas Públicas de Saúde.

De acordo com Fleury e Ouverney (2009, p. 28), no Brasil as Políticas de Saúde “são vistas como processos decisórios envolvendo atores e interesses sociais, que ocorrem em ambientes institucionais e organizacionais por meio dos quais se definem prioridades e estratégias que relacionam os meios aos fins propostos.” Os autores apontam que a descentralização e estruturação da política de saúde no interior do SUS, são realizadas a partir da divisão e do compartilhamento de competências entre a União, Estados e Municípios, mas, ao mesmo tempo, é unificada nacionalmente, por isso é necessário a articulação não só dos processos de elaboração das estratégias da política, como também os atores, inclusive a sociedade civil, em suas atividades de aplicação de recursos e implementação de planos e programas.

No Brasil, a questão da participação social no setor saúde intensificou-se no final dos anos 1970, em resposta ao aumento dos problemas sociais decorrentes das crises econômicas e políticas, bem como, em razão das comunidades passarem a se organizar nos bairros para solicitar melhores condições de infra-estrutura e aumento da oferta de bens de consumo coletivo. Nessa época, esse tipo de participação era denominado “movimento”, pois a mera alusão ao termo participação fazia transparecer a idéia de controle, cooptação por parte do “poder” do Estado (DALLARI, 1996).

A partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. O desenvolvimento desses princípios no processo de construção do SUS é resultado da pressão de amplos setores da sociedade, ligados a área da saúde, organizados para esse fim.

Como primeiro nível de atenção do SUS, temos a Atenção Básica, que se caracteriza pelo conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, realizando atividades de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Estas ações são desenvolvidas por equipes de multiprofissionais, tendo a estratégia de Saúde da Família como prioridade, de maneira a permitir o desenvolvimento de responsabilidade sanitária em comunidades territorialmente bem delimitadas, considerando as questões sócio-culturais de maneira programada, dinâmica e voltadas ao cuidado longitudinal das famílias da comunidade.

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos desenvolvidos na Atenção Básica, por meio das equipes da ESF. O processo de municipalização das ações e serviços de saúde ampliou o contato do Sistema com a realidade social local, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragilidade das políticas e programas de saúde e ao mesmo tempo, incorporando de forma integral e cotidiana a participação da comunidade, fortalecendo e aumentando o alcance de suas ações.

Meu interesse em realizar esse estudo partiu de inquietações encontradas ao longo do tempo em que trabalhei na Coordenação Estadual da Estratégia Saúde da Família. Nesse tocante, diversas vezes peguei-me refletindo sobre as seguintes interrogações: esse modelo de atenção funciona? O município realmente apóia esse novo modelo de saúde? Os profissionais das ESF trabalham em locais com infraestrutura adequada? A população está satisfeita com o serviço prestado pelas equipes?

Na junção destes questionamentos surge como pergunta norteadora da pesquisa de forma a avaliar o modo como está funcionando e como estão estruturadas e equipadas as unidades da Estratégia Saúde da Família no município de Boa Vista/RR.

Para responder essas questões, buscamos inicialmente, conhecer, por meio de revisão bibliográfica, o processo de construção do Sistema Único de Saúde até chegar à Estratégia Saúde da Família. Para conhecer a realidade de Boa Vista, utilizamos documentos, entrevistas, questionários e observação dos espaços estudados.

O trabalho de coleta de dados foi dividido em duas etapas. Na primeira, entrevistamos cinco profissionais de saúde que participaram uns mais diretamente do que outros, do processo de implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família. A segunda parte foi a coleta de dados junto a 12 equipes, que deveriam estar com seu quadro funcional completo e estes estarem cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Uma das técnicas utilizadas para a execução da pesquisa foi a entrevista. Para proceder ao resgate da história da implantação da ESF, optou-se pela entrevista semi-estruturada, por ser um meio que possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão, sob uma lógica própria, e por oferecer maior oportunidade para a obtenção de

dados que não se encontram em fontes documentais e que sejam relevantes e significativas, podendo ainda o entrevistador registrar observações sobre a aparência, sobre o comportamento e sobre as atitudes do entrevistado (CERVO e BERVIAN, 2002 p. 47). As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto.

Na segunda parte as perguntas eram fechadas, mas os entrevistados dispunham de espaço para emitir algum comentário que achasse pertinente.

Para a coleta de dados sobre o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família em Boa Vista, elaborou-se um questionário com questões previamente definidas, em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal e foram feitas perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudaram a esmiuçar alguns pontos importantes.

Buscou-se dados gerais relativos ao conjunto das equipes do município. A pesquisa de campo, entretanto, foi realizada com 12 equipes da Estratégia Saúde da Família sendo duas equipes por macroárea. O levantamento de dados para a pesquisa envolveu entrevistas e aplicação de questionários com enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e análise dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB do município de Boa Vista. O questionário aplicado para coleta de dados das equipes foi formulado com perguntas fechadas e com espaço para comentários e versou sobre: a composição das equipes, formação/capacitação recebidas, equipamentos disponíveis para realização das atividades, estrutura física, participação e diálogo com a comunidade.

O estudo realizado por essa pesquisadora indicou que as mudanças preconizadas por essa nova estratégia de atenção à saúde representam uma possibilidade de ruptura com o modelo médico centrado na medicina curativa, atendimento por demanda espontânea.

Os resultados alcançados por esta pesquisa, dentre outros, demonstram que existem dificuldades concretas para a efetivação de uma Atenção Básica de qualidade no município como: equipes instaladas em locais inadequados e com infraestrutura precária, equipes incompletas, falta de medicação e equipamentos, reprodução de práticas de

pronto atendimento, etc. e cabe à gestão municipal encontrar os caminhos que levem a garantia da saúde da população.

O presente trabalho foi estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo, O LONGO CAMINHO ATÉ O SUS, apresenta uma revisão histórica da Saúde Pública no Brasil, desde o início da luta por melhores condições na época da ditadura militar de 1964 até construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

No segundo capítulo é apresentada a mudança no modelo de atenção, até a Estratégia de Saúde da Família – ESF – enquanto política de saúde consolidada, assim como seu funcionamento.

O terceiro capítulo traz os resultados e discussões sobre a pesquisa realizada em Boa Vista, Roraima. Neste capítulo apresenta-se caracterização do município, dos serviços de saúde e como foi a implantação da Estratégia Saúde da Família em Boa Vista. Apresenta-se também como funciona atualmente a Estratégia Saúde da Família, suas dificuldades e os benefícios trazidos para a população com a sua implantação.

As considerações finais sintetizam os achados encontrados com os objetivos da pesquisa, buscando responder à pergunta sobre como é o funcionamento, as condições de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, além de tecer algumas considerações a respeito da gestão da ESF no município de Boa Vista, RR.

CAPITULO I

O LONGO CAMINHO ATÉ O SUS

A história de construção de um Sistema de Saúde Pública no Brasil tem sido marcada pela ênfase na assistência médica, com ações pontuais e desordenadas, baseadas numa visão curativa.

A luta por um sistema de saúde que contemplasse a saúde como direito social, portanto, universalizante, tem início em meados do século XX, mas só vai se tornar mais sólida com o fim do regime militar, no início dos anos de 1980. Não podemos deixar de enfatizar, nesse processo, a mobilização de amplos setores da sociedade brasileira em torno dessa questão de saúde, particularmente de profissionais vinculados à área. Com efeito, no bojo das lutas políticas e sociais do país, esses profissionais participavam denunciando a situação e ao mesmo tempo buscando construir propostas para a construção de um sistema de saúde que atendesse, minimamente, as necessidades da população do país.

O início da década de 1960 foi marcado pela ampla mobilização e participação das organizações sociais no cenário político brasileiro. O espaço de abertura à participação da sociedade criou impasses entre as necessidades políticas, as demandas colocadas por trabalhadores, estudantes, organizações populares e a impossibilidade de contemplá-las por parte do Estado nacional. Com o avanço dos movimentos sociais, muito claramente vinculados às idéias socialistas, empresários, banqueiros, igreja católica, militares e setores da classe média de modo geral, começaram a se preocupar. O clima de crise política e as tensões sociais aumentaram até que, em março de 1964, se concretizou o golpe militar, que centralizou fortemente o poder sob controle rígido dos militares (CARVALHO, MARTIN e CORDONI, 2001).

No plano político, o regime militar caracterizou-se pelo autoritarismo, corte dos direitos políticos e constitucionais, perseguição política, captura e tortura dos opositores e pelo estabelecimento da censura prévia aos jornais, revistas, rádio e televisão. No plano econômico aconteceu uma diversificação e modernização da indústria e serviços, à custa de mecanismos de concentração de renda, endividamento externo e abertura ao capital estrangeiro.

No que se refere à questão da saúde, foi criado em 1966 o Instituto Nacional da Previdência Social – INPS –, unificação de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs. Os Institutos eram vinculados a categorias profissionais e foram organizados a partir de 1933 de forma a abranger as mesmas categorias em todo o território nacional. Muitos IAPs surgiram a partir das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs –, criadas pela lei Eloy Chaves de 1923, estruturadas por empresas e administradas e financiadas por trabalhadores e empresários (BUSS, 1995).

Com uma organização altamente centralizada, o INPS eliminou a gestão tripartite (União, empregadores e empregados) e afastou dos processos decisórios representante dos empregados. Em 1967 houve ampliação da cobertura previdenciária para acidentes de trabalho, assistência aos trabalhadores rurais e empregados domésticos. No ano de 1973 os trabalhadores autônomos também foram incluídos na previdência. Os demais cidadãos que não contribuíam para a previdência social podiam obter atenção à saúde se atendessem o perfil de programas de governo (saúde materno-infantil, tuberculose, hanseníase, etc.), em serviços filantrópicos ou em consultórios e clínicas privadas, desde que pudessem arcar com os custos do atendimento (SCOREL 2008).

A concentração de recursos financeiros proporcionou a ampliação da compra de serviços de saúde da rede privada. A atenção individual, assistencialista e especializada é enfatizada, implementando o desenvolvimento do complexo médico-industrial, em especial nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. É importante assinalar que o golpe militar de 1964 deu continuidade ao modelo de produção dos serviços:

(...) os acontecimentos de meados dos anos sessenta (reforma administrativa e unificação dos institutos previdenciários, entre outros) contribuíram para tornar vitoriosa uma tendência que já vinha dos anos cinquenta, marcadamente no

IAPI, de estender a assistência médico-hospitalar por meio do financiamento estatal, segundo a lógica do mercado (CAMPOS, 1988, p. 180)¹.

O início dos anos 1970 estabeleceu o endurecimento do regime militar e caracterizou-se por ser o período do chamado “milagre brasileiro”, que combinou o extraordinário crescimento econômico com taxas relativamente baixas de inflação. Com a máxima “aumentar o bolo para depois dividir” o governo promoveu o arrocho salarial dos trabalhadores e a transnacionalização da estrutura produtiva do país, o que posteriormente apresentaria como resultado o aumento da desigualdade social. Os resultados econômicos favoráveis desta época eram usados para mascarar a falta de liberdade da população brasileira (ESCOREL, 2008, p. 387).

De acordo com Noronha e Levcovitz (1994, p. 76), a repressão a todos os direitos civis, com a proibição, pela violência, dos debates permite que o governo implante “rapidamente suas reformas de cunho institucional, que afetam profundamente os modelos de saúde pública e medicina previdenciária originados nos períodos anteriores”. A saúde pública é relegada ao segundo plano e torna-se uma máquina ineficiente e conservadora, com atuação restrita a campanhas de baixa eficácia. Os poucos recursos recebidos — que não chegavam a 2% do PIB — colaboram com o quadro de penúria e decadência da instituição com graves consequências para a saúde da população.

Neste período, estão definidas as bases que permitiram a hegemonia, nesta década, do modelo assistencial privatista. Este modelo se assenta no seguinte tripé: “(a) o Estado como financiador do sistema através da Previdência Social; (b) o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica; (c) o setor privado internacional como mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos” (MENDES, 1999, p. 25-26).

Segundo Andrade (2001, p. 22), por volta de 1974, destacam-se duas medidas no campo da Saúde: a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS² – e do

¹ Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários foi criado em 1936, conforme determinação da Lei Elói Chaves. A partir de 1945, ampliou sua área de atuação e passou a financiar projetos de habitação popular nas grandes cidades.

² Criado pela LEI n° 6.168, de 9 de dezembro de 1974 o FAS- destinava-se a dar apoio financeiro a programas e projetos de caráter social, que se enquadrassem nas diretrizes e prioridades da estratégia de desenvolvimento social dos Planos Nacionais de Desenvolvimento.

Plano de Pronta Ação – PPA³. A ação combinada destes dois mecanismos representou um poderoso mecanismo de alavancagem do setor privado da área da saúde. O primeiro proporcionou a construção e/ ou ampliação e a aquisição de equipamento para unidades hospitalares privadas, e o segundo, o aumento da contratação do setor privado para execução dos serviços de assistência médica, principalmente o de emergência, sob responsabilidade da previdência social.

Neste período, a falta de controle sobre os serviços contratados criou condições para que a corrupção atingisse níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro da previdência. De acordo com Escorel (2008, p. 403) “o PPA foi amplamente utilizado para o enriquecimento ilícito de empresas médicas.”. O FAS e o PPA fizeram da saúde um negócio altamente lucrativo. A criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV – ocasionou a devolução de grande parte das contas hospitalares, evidenciando os mecanismos de fraudes utilizados até então.

Segundo Oliveira e Teixeira (1989, p. 241), a estruturação da DATAPREV tornou difícil a posse indevida dos recursos, embora tenha mantido inalterados “os pilares do modelo – compra de serviços aos produtores privados com pagamento na base de unidades de serviços”, além dos problemas surgidos pela articulação dos interesses privados no interior do INPS.

Em 1977, o governo cria o Sistema Nacional de Previdência Social – SINPAS – com a justificativa de organizar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da previdência. O SINPAS era constituído de três institutos: o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS –, para a assistência médica; o INPS, para os benefícios; e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS –, para controle financeiro; duas fundações: a Legião Brasileira de Assistência – LBA – e a Fundação Nacional para o Bem -Estar do Menor – FEBEM –; uma empresa, a Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – DATAPREV –; e uma autarquia, a Central de Medicamentos – CEME (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989).

3 Objetivava acesso, aos previdenciários, à consulta médico-ambulatorial através da rede privada contratada e conveniada, universalizando o atendimento de urgência, antes restrito à rede hospitalar do próprio INAMPS.

A criação do SINPAS segundo Mendes (1999) garantiu a expansão da população beneficiada pela previdência social, bem como sua centralização administrativa. Ainda segundo o autor, neste período inicia-se no Brasil, a proposta de atenção primária seletiva, a qual, concebida como programa, era executada com poucos recursos e destinava-se a populações excluídas de regiões marginalizadas. Os procedimentos realizados eram tecnologicamente simples, realizados por profissionais não qualificados e não podiam ser referenciados para níveis de maior complexidade tecnológica e incluíam também participação comunitária.

O aumento da inquietação com a situação política que o país vivenciava em diversos setores da sociedade, agravado pela crise econômica, trouxe no seu encalço a diminuição do poder aquisitivo da população e aumento do número de desempregados. Como consequência, aumentou o número de greves e mobilizações com participação maciça dos trabalhadores. É neste contexto, segundo Buss (1999), que surgem novos protagonistas na cena política (movimento sindical, profissionais e intelectuais da saúde, etc.) questionando a política social e as demais políticas governamentais. Essas pessoas foram responsáveis por diversas manifestações públicas, importantes antecedentes de um movimento que futuramente seria nomeado Reforma Sanitária Brasileira.

Teixeira (1988) afirma que parte dos profissionais que se “filiavam” ao movimento sanitário ocuparam postos importantes na estrutura do Ministério da Saúde e no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INANPS. Intentando colocar em prática o ideário da Reforma Sanitária, “profissionais vinculados ao movimento sanitário, conseguiram, através de uma ampla mobilização, abrir espaços e ocupar, em todos os níveis, os principais postos responsáveis pela condução da política de saúde” (TEIXEIRA, 1988, p. 201).

Acerca deste ponto Campos afirma:

(...) ao contrário de outros países capitalistas, que realizaram reformas de saúde, e nos quais os intelectuais progressistas tiveram que compor-se com o movimento sindical de trabalhadores ou com partidos apoiados por essa classe, aqui, o principal agente das transformações teria sido o “partido do sanitário” encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas (CAMPOS, 1988, p. 182).

Durante o governo Geisel, iniciado em 1974, foi apresentado o II Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND –, que tinha como prioridades, no campo social:

“(…) a Educação (sob o ponto de vista quantitativo, e, notadamente, de qualidade de ensino, com esforço na área de pós-graduação) e a Saúde, ao lado da infra-estrutura de serviços urbanos. Na área da Previdência Social, através do novo Ministério da Previdência e Assistência Social, o esforço principal será no sentido de coordenar e dar eficácia à ação do Governo quanto a Assistência Médica” (BRASIL, s.d, p.99).

Este plano de desenvolvimento foi definido através da Lei 6.229 de 17 de julho de 1975, que determinava que o Ministério da Saúde tivesse competências normativas e atenção voltada para o coletivo. O recém criado Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS – ficou responsável pelo atendimento médico – assistencial – individualizado. De acordo com Escorel (2008), o plano aumentou consideravelmente o aporte financeiro para o Ministério da Saúde a partir de 1975, quando, comparado aos recursos disponibilizados nos anos anteriores. Na área da previdência, a união e a centralização dos recursos deram a impressão de um superávit em relação à demanda. O Plano também contribuiu para o desenvolvimento de projetos federais que oportunizaram a abertura de novos espaços institucionais que foram ocupados por intelectuais e técnicos de oposição ao governo vigente.

Ainda não recuperado da derrota das eleições Legislativas de 1974, o governo procura então legitimar a sua gestão por meio das políticas sociais e canalizando recursos para sua implementação. Como no interior da máquina estatal não havia profissionais suficientes para levar a cabo estes projetos, “os espaços institucionais foram ocupados por técnicos que não reproduziam a política dominante, pelo contrário, utilizaram esses espaços para defender propostas alternativas, contra-hegemônicas” (ESCOREL, 1999, p.43), como as da Reforma Sanitária.

Os problemas originados pelo sistema de saúde fragmentado e privatizado – no qual apenas as pessoas inseridas formalmente no mercado de trabalho tinham acesso à assistência médica; em que maioria da população, quando tinha acesso, era uma atenção precária e qualquer outra demanda em saúde era objeto de caridade e da filantropia – denunciam o fato de que o direito a saúde não existia como uma política para a sociedade brasileira. Paralelamente, as reivindicações por respostas imediatas para essas questões

tornaram-se mais frequentes e os movimentos sociais engajaram-se, priorizando o fortalecimento das políticas públicas, imprimindo posições voltadas para a definição de um estado democrático.

Esses fatores desencadearam reações na sociedade civil e na organização do movimento sanitarista como força política articulada de contestação ao regime autoritário.

A transformação ocorrida durante a “conjuntura Geisel” não foi caracterizada por uma substituição do modelo de atenção à saúde, mas por uma mudança na arena política da saúde. Surge, então, um movimento, um novo pensamento que, em seu processo de articulação e desenvolvimento foi-se conformando com um novo “ator” coletivo, uma nova “força” política (ESCOREL1999, p 67).

Segundo Escorel (1999), a partir do II PND surgiram, na conjuntura governamental, três espaços Institucionais que foram fundamentais para a estruturação e articulação do Movimento Sanitário: o setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada – CNRH/Ipea –, a Financiadora de Estudos e Projetos – Finep – e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde – PPREPS/Opas. Estes espaços institucionais ordenaram uma rede de sustentação de projetos e pessoas, financiaram pesquisas, contrataram técnicos e estimularam a articulação com as secretarias estaduais de saúde, desenvolveram planos alternativos de organização de serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos. Estas instituições foram responsáveis pela criação do Programa de Interiorização das Ações em Saúde – PIASS –, do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – PRONAN – e do Plano de Localização de Unidades de Saúde – PLUS.

O PIASS, segundo Silva (2001, p. 59), iniciado em 1976 tratava-se de “um Programa de Medicina Simplificada, que tinha por finalidade expandir a rede de postos e centros de saúde para atendimento das doenças mais comuns”, fato este que realmente aconteceu, especialmente no Nordeste, provocando algumas modificações estruturais no Sistema de Saúde com o envolvimento das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O PRONAN foi instituído em 1973 como um programa plurianual e definido como principal instrumento de ação pública do governo e visava orientar, coordenar,

estimular e aperfeiçoar os esforços públicos e privados no sentido de elevar os padrões alimentares e nutricionais da população brasileira (COSTA, 1992). O PLUS foi criado com o objetivo de planejar a expansão física dos serviços de saúde da previdência social. Serviu mais para reforçar o modelo hegemônico hospitalar, que beneficiava a iniciativa privada, do que para organizar os serviços de saúde (ESCOREL, 2008).

Esta época pode ser definida como o início do movimento de combate ao modelo hegemônico (modelo médico-assistencial privatista que privilegiava a cura da doença ao invés da promoção e prevenção da saúde) que, na década de 1980, viria a se conformar como o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Em todo país surgem movimentos de trabalhadores da saúde. Professores, alunos, residentes, técnicos e demais profissionais de cursos de medicina e de Pós-Graduação em Saúde Coletiva das universidades do Rio de Janeiro e São Paulo fundam o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES – e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO –, que participaram do processo de elaboração de projetos inovadores, divulgando críticas ao sistema de saúde vigente, publicando livros e descortinando caminhos possíveis para resistir ao autoritarismo do regime, numa tentativa de transformação do modelo de saúde em vigor.

O CEBES foi criado em julho de 1976, durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC – e trouxe para o debate a questão da democratização da saúde, tornando-se importante aglomerador do pensamento crítico da saúde, através da produção de trabalhos acadêmicos da iniciante Saúde Coletiva Brasileira (PAIM, 2008).

Fundada em setembro de 1979, na sede da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS – e Organização Mundial de Saúde – OMS –, por técnicos, profissionais, alunos e professores da área de saúde coletiva, a ABRASCO tinha como objetivo congregar os interesses dos diferentes cursos de pós-graduação da área, que através de publicações, debates, simpósios, começaram a organizar uma proposta alternativa ao modelo hegemônico vigente (MENDES, 1999).

A Década de 1980 inicia-se com o agravamento da crise econômica, que traz no seu enalço as greves e movimentos de protesto. O Brasil vivia um quadro político-econômico marcado por dificuldades no panorama nacional e internacional, caracterizado

por um processo inflacionário crescente e por uma crise fiscal sem controle, ao lado do crescimento dos movimentos oposicionistas e de divisões internas nas forças que apoiavam o regime. O governo militar entrou em crise moral, decorrente da perda da legitimidade, denúncias de corrupção entre outros. Os movimentos em direção ao processo de redemocratização do País são fortalecidos e, em 1979, é decretada a anistia política e a reforma partidária com a extinção do bipartidarismo.

As pressões sociais e políticas do setor de saúde obrigam o governo a reconhecer a necessidade de reestruturação e ampliação dos serviços de saúde. No cenário internacional a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, referendou a importância da atenção primária e da participação comunitária como estratégias para a conquista da meta "Saúde para todos no ano 2000".

Sob inspiração desta conferência, o governo formula o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE –, que visava integrar os ministérios da saúde e previdência social, a partir dos serviços básicos de saúde. Participaram do processo de formulação deste projeto técnicos vinculados ao movimento sanitário. O PREV-SAÚDE incorporava os pressupostos de hierarquização, participação comunitária, integração de serviços, regionalização e extensão de cobertura. A discussão do projeto faz eclodir divisão profunda entre a equipe responsável e os vários setores interessados na questão da saúde, principalmente a Federação Brasileira de Hospitais. Isto ocasiona o aparecimento de diversas versões do PREV-SAÚDE e faz com que ele não chegue a ser implementado.

O agravamento da crise econômica constitui um problema para um sistema em franca expansão, uma vez que a base de financiamento continuava sem qualquer alteração. O governo ampliou a faixa populacional coberta pela proteção social e manteve o regime financeiro baseado em relações contratuais.

De acordo com Buss,

(...) a acentuada elevação dos custos da assistência médica, a recessão econômica (...) e a crise fiscal do Estado, provocam uma crise financeira e organizacional de grandes proporções na Previdência Social no início dos anos 80, corroendo o pilar fundamental do financiamento do modelo vigente, o Médico-Assistencial-Privatista (BUSS, 1995, p.79).

A instabilidade do quadro político-institucional do país no período é marcada pela criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP – em 1981. Com este conselho, o governo tinha como objetivo reorientar a assistência médica previdenciária, otimizar a capacidade pública ociosa e reduzir recursos e controlar os gastos públicos, através de convênios assinados pelos Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e os Estados (ESCOREL, 1999).

As críticas a este modelo continuaram e a classe média, a classe operária de melhor poder aquisitivo, como também algumas empresas, conscientes das precárias condições de atenção à saúde a que são submetidos os seus empregados, começaram a migrar para o que Buss (1995) denomina “Atenção Médica Supletiva”⁴.

Ao lado das propostas racionalizadoras do CONASP, cresciam os movimentos reformadores da saúde e o movimento oposicionista no País. Em 1982 são eleitos vários prefeitos comprometidos com as propostas de descentralização, o que levou a experiências municipais bem sucedidas.

A proposta do CONASP foi consubstanciada no programa denominado Ações Integradas de Saúde – AIS –, que, mais do que um programa dentro do INAMPS e das Secretarias de Saúde, passou a ser estratégia setorial para a reforma da política de saúde, pois produziu um deslocamento considerável de recursos financeiros da Previdência Social para o Ministério da Saúde, promovendo a integração de uma série de ações setoriais.

Em 1980, o Ministério da Saúde convoca e organiza a VII Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema “Serviços Básicos de Saúde”, a qual teve como objetivo debater o PREV-SAÚDE.

Sobre a Conferência, Noronha e Levcovitz afirmam que,

(...) mesmo sem qualquer participação popular, com um plenário restrito aos técnicos da área, em particular de Saúde Pública, e alguns nomes pessoalmente expressivos da medicina, a discussão centrada nos programas de extensão de cobertura de ações básicas de saúde permite uma ampliação do debate sobre a

4 Compreende os serviços prestados por seguradoras especializadas em seguros-saúde, empresas de medicina de grupo e odontologia de grupo, cooperativas (especializadas em planos médico-hospitalares e/ou odontológicos), entidades filantrópicas, companhias de autogestão e administradoras. Estas últimas são, segundo definição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), “empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora”.

descentralização tanto assistencial quanto organizacional, do modelo de atenção à saúde (1994, p.80).

No auge dos debates e críticas ao sistema público de saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi um momento significativo na redefinição das estratégias de saúde no país. Considerada unanimemente pelo Movimento Sanitário como um dos marcos da Reforma, reúne em Brasília, em 1986, mais de quatro mil participantes – CNS/86. Nesta Conferência, cujos temas discutidos foram Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial, foi consolidada a doutrina do Sistema Único de Saúde, sistema de saúde universal, igualitário, participativo, descentralizado e integrado.

Neste período, no interior do aparelho do Estado, mais precisamente no Ministério da Saúde e no Ministério da Previdência Social, vinham sendo travadas verdadeiras disputas intragovernamentais entre setores comprometidos com a reforma sanitária, burocratas previdenciários e segmentos privatistas. Estes atores transformaram a experiência das Ações Integradas de Saúde – AIS – e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS – em uma estratégia de transição em direção ao SUS, já que os dois programas propunham a transferência dos serviços do INAMPS para Estados e Municípios. Estes confrontos também foram importantes para a institucionalização da participação social na saúde, ao revelarem a necessidade da criação dos Conselhos de saúde.

Paradoxalmente, mesmo o processo de redemocratização do país, marcado pelo fim do regime militar (1985), o advento da Nova República, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), com a ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte de prestadores de serviços de saúde, e a aprovação do SUS pela Constituição de 1988 não foram suficientes para impulsionar o governo brasileiro a implementar imediatamente as teses da Reforma Sanitária no setor saúde. O início da década de 1990 é marcado por profundo descompasso entre as necessidades de saúde da população e as ações do governo.

A nova carta constitucional, no que diz respeito à saúde, incorporou as principais diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde, na seção II, mas deixou para a legislação complementar o seu detalhamento e regulamentação (BRASIL, 2006, p. 53). A

partir deste momento, a prioridade do movimento sanitário passou a ser a implementação do SUS no âmbito da união, que enfrentou vários obstáculos, inclusive a burocracia do INAMPS:

A implementação do SUS, por sua vez, não foi tranqüila, com o afloramento dos conflitos federativos, entre os estados e o governo federal, pelo repasse de verbas e transferência de patrimônio e pessoal, conflitos com os servidores, resistência por parte do funcionalismo em ser transferido para estados e municípios (BRASIL, 2006, p. 119).

A regulamentação do SUS se deu através da sanção das Leis Infraconstitucionais que disciplinam legalmente o cumprimento do mandamento constitucional da proteção e da defesa da saúde. O Projeto de Lei Orgânica da Saúde foi promulgado pelo então Presidente Fernando Collor de Mello em setembro de 1990 (Lei 8080/90). Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Neste projeto de lei o Presidente Collor vetou totalmente 9 artigos e 5 parcialmente. Apesar destes vetos, Paim afirma:

(...) a sociedade brasileira conquistou uma lei abrangente, que não só especifica os princípios, objetivos, atribuições, organização, direção e gestão do SUS nos diversos níveis de Federação, como também oferece indicações sobre relações com os serviços privados, financiamento, gestão financeira, recursos humanos, planejamento, etc.(...) (PAIM, 2008, p. 186).

Os artigos vetados pelo presidente eram referentes à participação da comunidade, ao financiamento da saúde em nível municipal, que possibilitaria os repasses automáticos do Fundo Nacional de Saúde para os municípios e, também, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde. Os vetos provocam uma nova mobilização do movimento sanitário, que, articulado ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS –, conseguem, junto ao ministro da Saúde, um compromisso de envio de um novo projeto de lei que contemplaria os artigos vetados.

Em dezembro de 1990, foi sancionada a Lei 8142/90, que regula a participação da comunidade no SUS e assegura a existência dos conselhos e conferências de saúde nos três níveis de governo, além de orientar as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da saúde, a elaboração de planos de saúde e a criação dos fundos de saúde (PAIM, 2008).

Após a publicação das leis infraconstitucionais, o Ministério da Saúde, em função de que os Estados, Municípios e União achavam-se em diferentes patamares de descentralização do Sistema, adotou as Normas Operacionais Básicas como mecanismo regulador da saúde.

Estas NOBs são fruto de um processo político de pactuação intergestores que vem, após a edição da Lei Orgânica da Saúde, criando condições privilegiadas de negociação política no processo de descentralização e de construção do Sistema Único de Saúde (ANDRADE, 2001, p. 31)

As Normas Operacionais Básicas foram as principais ferramentas da reforma sanitária a partir do início da década de 1990. Das quatro NOBs editadas, apenas duas trouxeram avanços: a NOB SUS/91 e a NOB 01/96. A primeira caracterizava-se por colocar o município como gestor das ações de saúde e criou formas de gestão com suas respectivas responsabilidades e prerrogativas a serem cumpridas. A NOB 01/96 criou as instâncias de articulação entre gestores, a Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite; representou um salto de qualidade na oferta dos serviços e ações desenvolvidas pelo SUS em todo o país, uma vez que promoveu um avanço no processo de descentralização das ações de saúde, criou novas condições de gestão para os Municípios e Estados, caracterizou as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus munícipes. Outro avanço desta norma foi promover a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde⁵, com a criação de seus respectivos incentivos financeiros.

A Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS/2001 – teve como principal objetivo o aprofundamento do processo de regionalização, garantindo desta forma o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de

5 O PSF e o PACS serão discutidos no próximo capítulo

seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. Essa norma buscou avançar no processo de responsabilização dos gestores estaduais e municipais pela atenção integral aos seus cidadãos. Seu pressuposto é que a implementação do SUS depende da conciliação de três princípios: a descentralização, com aumento da responsabilidade dos municípios sobre a gestão dos seus sistemas de saúde; a regionalização, com ênfase no planejamento territorial a partir de abordagem supra municipal; e a hierarquização, através do arranjo das redes assistenciais resolutivas.

O objetivo principal destes instrumentos, apesar das distorções, tem sido o de aumentar a responsabilidade dos gestores na formulação e condução das políticas de saúde, democratizar a discussão sobre a forma dos repasses e financiamento da saúde e compreensão ampliada do processo saúde e doença, em cumprimento aos princípios do SUS.

A Reforma Sanitária não pode pretender ser um “pacote” terminado, mas antes um processo que reorienta a prática institucional e de toda sociedade na perseguição das melhores condições de saúde para todos, como um fim a que deve se propor o processo de democratização do país, sem o que qualquer progresso ou avanço econômico e tecnológico perderá seu sentido social último - uma vida melhor e mais longa para todos os cidadãos.

CAPITULO II

MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO: O NASCIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, um dos pontos mais discutidos na reforma sanitária foi a necessidade da mudança do modelo de atenção à saúde vigente e hegemônico no país, voltado para a demanda espontânea.

Os modelos de Atenção à Saúde são definidos como

Uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos. Corresponde à dimensão técnica das práticas de saúde. Incorpora uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo de intervenção em saúde) (PAIM, 2003, p. 568).

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, os principais problemas de saúde identificados foram quanto ao modelo assistencial: “desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações” (Paim, 2003, p.567). A realidade da saúde no Brasil sinalizava não apenas a necessidade dar e orientação do modelo assistencial, como também apontava a direção que esta reorientação precisava assumir de forma que se adequasse a proposta do SUS, em discussão.

Com a criação do SUS, começou-se a investir profundamente na mudança do modelo de atenção à saúde com ênfase na Atenção Primária à Saúde– APS. A Atenção Primária à Saúde, denominada Atenção Básica – AB – no Brasil, é definida como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo voltadas para a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação e manutenção da vida (BRASIL, 2006).

Uma das primeiras ações no sentido da Atenção Básica aconteceu no estado do Ceará que, buscando estratégias para melhoria das condições de saúde da sua população, instituiu como política estadual, em 1987, o programa Agente Comunitário de Saúde. Inicialmente estes trabalhadores⁶ eram formados especialmente por mulheres, que, após treinamento de duas semanas, realizavam ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense. O programa constituiu-se como ‘frente de trabalho’ em uma conjuntura de seca (BRASIL, 2002). Desenvolvido inicialmente como programa estadual, com recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal, posteriormente foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde.

Com efeito, em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS –, que tinha como objetivo contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil. Foi implantado, portanto, “com uma clara focalização de cobertura e objetivos, considerando que essa região concentrava o maior percentual de população em situação de pobreza e, conseqüentemente, mais exposta ao risco de adoecer e morrer”(BRASIL, 2012).

De acordo com Corbo et al (2007), o PACS foi introduzido inicialmente nos estados da região nordeste, mais especificamente no estado da Paraíba, onde as ações de informação e educação em saúde destinadas a área materno infantil foram priorizadas. Com a entrada do cólera no país, o PACS foi estendido para os estados da região norte, em caráter emergencial, onde assumiu destacado papel no controle e prevenção da doença.

O exitoso funcionamento do programa, antes restrito ao estado do Ceará, posteriormente institucionalizado pelo governo federal, despertou a percepção “de que os agentes poderiam também ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde no município” (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 231). Desta forma, afirmam os autores, o processo de seleção, capacitação e avaliação dos Agentes Comunitários de Saúde e o grau de participação dos usuários na gestão, a formação dos conselhos de

⁶ No Brasil os primeiros trabalhadores de saúde não médicos de nível técnico ou elementar foram os visitantes sanitários e Inspetores de Saneamento ainda vinculados aos projetos de campanhas de saúde pública que controlaram os surtos de peste bubônica e erradicaram a febre amarela. (RODRIGUES, 2011)

saúde, o grau de autonomia da gestão financeira, os recursos humanos disponíveis, tornaram-se aspectos importantes no processo de implantação dos PACS nos municípios.

Nas palavras dos autores, o PACS não foi apenas mais um programa do Ministério da Saúde, ele foi:

(...) também um braço auxiliar na implementação do SUS e na reorganização dos sistemas locais de saúde. Porque no momento em que a adesão do município ao PACS passou a exigir certos requisitos – como o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, a existência de uma unidade básica de referência do programa, a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e a existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa – este se tornou sobretudo, um instrumento de (re)organização dos modelos locais de saúde. (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 231)

Os autores ainda ressaltam que a participação dos agentes e da comunidade na implantação do PACS, somados à interlocução do mesmo com os sistemas estadual e municipal de saúde, constituíram importantes instrumentos no processo de (re)organização do SUS. Processo esse que foi consolidado em março de 1994, “quando o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimentos operado pelo SUS, ou seja, a tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)” (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 232).

Isso posto, cabe situar a pessoa do agente de saúde no PACS. De acordo com exigências oficiais, o Agente Comunitário de Saúde – ACS – é um profissional diferenciado, pois deve morar na própria comunidade em que atua, ter um bom relacionamento com a vizinhança, ter perfil mais social que técnico, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de trabalhar oito horas por dia nas suas atividades, e entre outras atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida, realizar o cadastramento e acompanhamento das famílias. Dentre as 33 atribuições dos ACS relacionadas na Portaria nº 1.886/1997, destacamos: realização do cadastramento das famílias; participação na realização do diagnóstico demográfico e na definição do perfil sócio econômico da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da sua área de abrangência; realização da programação das visitas domiciliares, elevando a sua frequência nos domicílios que apresentam situações

que requeiram atenção especial; atualizar estes dados permanentemente, para o Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB – ; estimular o desenvolvimento coletivo da comunidade na melhoria da sua qualidade de vida; realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos e outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais. Os principais instrumentos de trabalho dos ACS são a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias.

Nunes et. al. (2002) apontam que os ACS representam uma ponte entre a equipe profissional e a comunidade, traduzindo o universo científico para o popular, atuando, também, como facilitador do acesso da população aos serviços de saúde. Por vezes, porém, sofrem a resistência das pessoas com relação às orientações e dificuldades de relacionamento com membros da comunidade, ou no processo de trabalho dentro da equipe de saúde. Os autores assinalam que o sucesso do PACS foi o estímulo necessário ao governo para a elaboração do Programa Saúde da Família.

O Programa Saúde da Família foi gerado em Brasília, a partir de uma reunião, convocada pelo gabinete do Dr. Henrique Santillo, então Ministro da Saúde, ocorrida no final de dezembro de 1993. Essa reunião que tinha como tema a Saúde da Família foi a resposta do Ministério a uma reivindicação de secretários municipais de saúde, que buscavam sustentação financeira para a implementação de mudanças na operacionalização da rede básica de saúde, principalmente a expansão do PACS, através da inclusão de outros profissionais de saúde nas equipes (VIANA e DAL POZ, 1998).

Estiveram presentes nessa reunião técnicos do Ministério da Saúde, de secretarias estaduais, secretários municipais de saúde, consultores internacionais e especialistas em atenção primária à saúde. Foi uma ocasião oportuna e importante, pois congregou técnicos do Sul e Sudeste do País, com a divulgação de suas experiências inovadoras, rompendo desta forma com o isolamento do PACS, antes confinado às regiões Norte e Nordeste (VIANA e DAL POZ, 1998).

O resultado desta reunião foi a criação no ano seguinte, do Programa Saúde da Família, que ficou sob a responsabilidade da Coordenação de Saúde da Comunidade – COSAC –, dentro do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde. Sob responsabilidade desta coordenação ficaram os programas de Agentes Comunitários,

Saúde da Família e o de Interiorização do SUS – PISUS⁷. Em 1995, o PSF foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS –, com isso deixou de ser um programa vertical, financiado através de convênio e passou, no início de 1996, a ser remunerado pela tabela de procedimento do SIA-SUS⁸. As remunerações do PSF são mais atrativas: a consulta do SUS equivale a metade do valor pago no PSF. Cabe salientar que o programa também foi um diferenciador nas discussões dos tetos de transferência⁹ de recursos para os estados.

Tomando impulso a partir de 1996, com a operacionalização da Norma Operacional Básica de 1996, o PSF começa a perder o caráter de programa e evidencia ser o instrumento de reorganização dos SUS. Esta norma enfatizou a Atenção Básica à Saúde como eixo estruturante do modelo de atenção do SUS ao adotar o PACS/PSF¹⁰ como estratégia fundamental na organização das ações de atenção básica. Essa reorganização foi apoiada a partir de 1998 com a efetiva vigência da norma, por meio de uma política de financiamento com a criação do Piso da Atenção Básica – PAB. O PAB, como o nome indica, consiste em um valor mínimo de recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica, tipicamente municipal. O piso tem uma parte fixa (valor fixo), distribuído para cada habitante/ano (desenvolvimento de ações básicas de saúde) e uma parte variável, montante recebido de acordo com os programas descentralizados do Ministério da Saúde nele executados, como o PACS e o PSF (BRASIL, 1996).

⁷ Proposto em 1993, defendia a interiorização de uma equipe de saúde mínima além do médico, visando à descentralização e à municipalização deste atendimento concebido enquanto direito universal. O PISUS resistiu 11 meses, não sobrevivendo à sucessão de 1994. Foi implantado no final do governo Itamar Franco e extinto no governo Fernando Henrique Cardoso.

⁸ O Sistema de Informação Ambulatorial – SIA foi implantado em todo o país no final de 1993, objetivando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do boletim de produção ambulatorial - BPA. É um sistema padronizado em âmbito nacional e constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal do SUS, desde sua implantação, para o monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial. Seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, cada estado e cada município podem cadastrar programar, processar a produção e efetuar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo com o contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

⁹ Valor máximo de recursos financeiros repassados para estados ou municípios.

¹⁰ A partir de 1996 o PACS é considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde só existe o PACS, este é entendido como um programa de transição para a ESF.

A implantação da Saúde da Família como estratégia municipal de saúde, foi impulsionada pelo programa Comunidade Solidária¹¹, que através de seus coordenadores estaduais pressionavam estados e municípios para a adoção de programas por eles apoiados.

Em 2006, com a publicação da Portaria nº750, o Ministério da Saúde passou a designar o PSF como Estratégia Saúde da Família – ESF –, ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, meio e fim. A Saúde da Família é uma estratégia de reorganização da atenção primária permanente. Isto posto, passaremos de agora em diante a usar apenas a terminologia Estratégia Saúde da Família.

2.1 – A ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No estudo da Estratégia Saúde da Família, é preciso enfatizar que o modelo proposto pelo SUS toma como requisitos fundamentais à organização das ações e serviços três aspectos fundamentais: o conhecimento do território, o conhecimento das necessidades, problemas e demandas, riscos e danos percebidos ou não pela população que habita esse território e a organização das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (UFMG, 2010).

Atuando no âmbito da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família propõe-se a intensificar a organização do modelo proposto pelo SUS, apresentando uma proposta substitutiva ao modelo hegemônico vigente dos serviços de saúde, com componentes técnicos, políticos e administrativos inovadores (UFMG, 2010). A Saúde da Família adota e divulga um conceito ampliado de saúde que objetiva a compreensão do processo

¹¹O Programa Comunidade Solidária foi criado no início da Administração Fernando Henrique Cardoso, em 1995, como um instrumento para promover a participação popular e novas formas de diálogo entre o Estado e a Sociedade civil. A estratégia incluía dois segmentos: a) um Conselho composto por quatro ministérios (Saúde, Educação, Trabalho e Casa Civil) e 27 participantes da sociedade civil, entre eles empresários, empreendedores sociais, artistas; e b) um programa governamental – Comunidade Ativa, coordenado por uma Secretaria Executiva, formalmente ligado à Casa Civil da Presidência da República.

saúde/doença na população e não apenas no corpo das pessoas. Adota como base para o seu funcionamento a responsabilização por um determinado território e, por meio de ações inter e multiprofissionais, busca a criação de laços de compromisso entre os profissionais e a população. Dessa perspectiva, tem a família como objeto principal da atenção, entendida a partir do meio onde vive e das relações ali estabelecidas.

A Estratégia Saúde da Família reconhece a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida das pessoas; estimula a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; deve intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas; estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; efetuar assistência integral, contínua e humanizada as necessidades da população da área adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários nas unidades de saúde e nos domicílios (UFMG, 2010).

A ESF funciona por meio de equipes – que devem ser compostas por um médico generalista (clínica médica), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de agentes comunitários varia de acordo com o número de pessoas sob responsabilidade da equipe, em uma proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas. Uma condição fundamental para o êxito desta estratégia é que todos trabalhem oito horas por dia, o que dá quarenta horas por semana, para que, desta forma, a equipe possa garantir o vínculo, ligação efetiva com a comunidade, garantindo dedicação integral à saúde da família.

As equipes trabalham em unidades de Saúde da Família que atuam em áreas geográficas definidas e com populações adscritas, com 600 a 1.000 famílias para cada equipe, não ultrapassando 4.500 pessoas. As equipes são o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde local, coordenam a atenção e procuram se integrar com os serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar. Os serviços de saúde e as atividades de promoção de saúde funcionam nas unidades, nas residências dos pacientes e na comunidade (PAIM et al, 2011).

A estrutura física de uma equipe da ESF é conhecida como Unidade de Saúde da Família. Trata-se de uma unidade pública de saúde que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada. Segundo o Ministério da Saúde a Unidade

de Saúde da Família trabalha com base nos seguintes princípios: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela

Caráter substitutivo – a ESF não significa criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas em que não exista qualquer estrutura. Substitui práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde e na participação da comunidade.

Integralidade e hierarquização – a USF está localizada no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. A unidade deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade (média e alta complexidade), sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.

Territorialização e cadastramento da clientela – a Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população moradora nessa área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade. Funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2006).

Para acompanhamento e avaliação do processo realizado pela ESF, foi criado, em 1998, pelo Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS –, em conjunto com a Coordenação de Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde – COSAC/SAS –, o Sistema de Informação da Atenção Básica– SIAB –, com o objetivo de auxiliar no acompanhamento e avaliação das atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde, reunindo e processando os dados coletados nas visitas domiciliares, bem como do atendimento médico e de enfermagem realizado na unidade de saúde e nos domicílios (Brasil, 2000)

O SIAB foi criado para reunir e processar informações sobre a população adstrita. As informações são transcritas em fichas de cadastramento e acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados. O ACS é o responsável pelo preenchimento das fichas, a partir de suas visitas domiciliares. Elas devem ser atualizadas sempre que necessário atendendo a ocorrência de eventos, como: óbito, nascimento, inclusão de parente ou agregado ao grupo familiar, etc. Esse sistema é importante, uma vez que possibilita o conhecimento de dados sobre a população que podem ser de grande valia para a elaboração de políticas públicas.

Desde a criação das equipes da Saúde da Família, o Ministério da Saúde alterou várias vezes sua composição. Uma das suas principais modificações foi a inclusão de profissionais da saúde bucal, decorrente da publicação da Portaria Ministerial nº 1.444, de 28 dezembro de 2000. Esta portaria foi posteriormente regulamentada pela Portaria nº 267, de 06/03/2001, que instituiu um incentivo financeiro para a integração de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes do Programa de Saúde da Família, por meio de duas possíveis modalidades: a Modalidade I – composta por Cirurgião-Dentista – CD – e Auxiliar de Saúde Bucal – ASB – ou Modalidade II – composta por CD, Técnico de Saúde Bucal – TSB – e ASB (40 horas semanais) (BRASIL, 2002). Em 2003, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 673/03, alterando a proporção de equipes de saúde bucal para 1:1, ou seja, cada equipe de Saúde da Família poderá ter integrada uma equipe de saúde bucal.

Outra inserção de novos profissionais nas equipes da SF foi realizada com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. A Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 cria o NASF objetivando a ampliação do alcance e do escopo das ações da atenção básica, sua resolubilidade, apoiando a inclusão da SF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2008). O NASF, que deve ser constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, não deve ser a porta de entrada do sistema, sua atuação deve ser integrada à rede de serviços de saúde existente, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.

O Ministério da Saúde definiu duas modalidades de NASF. Na modalidade 1 a equipe deverá ser composta por no mínimo cinco das profissões de nível superior¹², vinculada a um mínimo de 08 e ao máximo de 20 Equipes da Estratégia Saúde da Família. A modalidade 2 deverá ser composta por no mínimo três profissionais de nível superior¹³ de ocupações não-coincidentes, vinculada a no mínimo 03 Equipes Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2008).

A equipe do NASF tem como responsabilidade agir e dar ênfase às diretrizes relativas à Atenção à Saúde, tais como: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

A Constituição Federal e a Lei 8.080/90 estabelecem claramente que as ações e serviços de saúde devem integrar redes regionalizadas e hierarquizadas, e que a assistência à saúde deve ser organizada em níveis crescentes de complexidade. Baseado nessa definição legal, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, tem adotado medidas de caráter normativo, de investimento e de custeio, destinadas a criar as condições necessárias para a estruturação das redes assistenciais, a hierarquização dos serviços, a melhoria da qualidade da assistência e a ampliação do acesso da população aos serviços.

As principais redes existentes no Brasil, hoje, são a de Urgência e Emergência, Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, Neurocirurgia, Assistência em Unidade de Terapia Intensiva – UTI –, Assistência a Queimados, Assistência ao Parto, Assistência Ontológica, Gastroplastia, Deformidades Craniofaciais e Cirurgia Cardíaca.

Em 2006, o Sistema Único de Saúde, entendendo a complexidade de dar continuidade à reforma sanitária no Brasil, lançou um conjunto de compromissos institucionais, a ser pactuado entre a União, estados e municípios, chamado de Pacto Pela Saúde, na expectativa de esses entes assumirem um compromisso público, a ser revisado anualmente, tendo por base os princípios constitucionais da saúde e as necessidades da população. O pacto é composto por três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa

¹²Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra e Médico Psiquiatra (BRASIL, 2008).

¹³Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

do SUS e Pacto pela Gestão do SUS, que deverão ter suas prioridades e metas devidamente articuladas e integradas, a fim de serem alcançadas.

O Pacto pela Vida estabelece um conjunto de prioridades a serem assumidas pelos gestores municipais, estaduais e federais. As prioridades estão expressas em objetivos, metas e indicadores que, apesar de definidos nacionalmente, permitem que a gestão local indique situações levantadas a partir da realidade local. O Pacto em Defesa do SUS tem como objetivo discutir o sistema de saúde a partir dos seus princípios fundamentais. Trazer novamente para o debate o SUS, reafirmando seu significado e sua importância para o cidadão brasileiro, retomando seus princípios declarados na Carta Magna.

Uma das várias propostas do Pacto pela Saúde é a organização da atenção Básica, com o foco no fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, passo fundamental para a ampliação e a promoção da integralidade do atendimento da saúde (CEAP, 2009).

É possível vislumbrar que o Pacto está direcionado para organização, correção e qualificação de um conjunto de questões que ainda inabilitam o pleno funcionamento do SUS, e que não permitem o avanço definitivo do direito humano à saúde. Mas a população precisa estar vigilante para que não se desenvolva uma pactuação burocrática/formal, pouco efetiva e não contributiva com o processo de reforma sanitária pelos quais tantos lutaram no Brasil.

No capítulo seguinte, apresentamos o município de Boa Vista, seu sistema de saúde e o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família no seu território.

CAPITULO III

A ORGANIZAÇÃO DA ESTRÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOA VISTA

A cidade de Boa Vista foi fundada no século XIX, em 1830, pelo capitão Inácio Lopes de Magalhães. Uma das inúmeras fazendas de gado, situada ao longo dos rios que compõem a bacia do rio Branco, pertencente à então província São José do Rio Negro, atual Amazonas, deu origem a cidade de Rio Branco (FREITAS, 2001).

Em 1858 a povoação foi elevada a categoria de Vila, com o nome de Freguesia de Nossa Senhora do Carmo do Rio Branco e, em 09 de julho de 1890, o Senhor Augusto Villeroy, Governador do Estado do Amazonas, criou o município de Boa Vista de Rio Branco, que posteriormente foi denominado de Boa Vista. O primeiro prefeito da cidade foi o Senhor João Capistrano da Silva Mota, conhecido como Coronel Mota. Com a nomeação do Prefeito, foram nomeados, também, os dois primeiros vereadores: José Francisco Coelho e José Gonzaga de Souza Junior. Em 1943, Boa Vista tornou-se capital do recém-criado Território Federal do Rio Branco, que, em 1962, passou a se chamar Território Federal de Roraima e no ano de 1988, com a nova Carta Magna, foi criado o Estado de Roraima com Boa Vista como capital.

A cidade de Boa Vista destaca-se entre as capitais da Região Norte do Brasil pelo traçado urbano organizado de forma radial, planejado pelo arquiteto Darci Aleixo Derenusson, inspirada nas ruas de Paris e construída durante o governo do Capitão Ene Garcez, primeiro governador do então território do Rio Branco. É uma cidade administrativa que concentra a maioria dos serviços do Estado, principalmente os de transporte, bancários e de comunicação.

O transporte aéreo é de fundamental importância para o Estado de Roraima, possuindo um adequado aeroporto. Em termos de transporte rodoviário, conta com uma rodoviária, estadual e internacional, que interliga o estado a Manaus, todos os municípios

do estado, além de fazer conexão com dois outros países, República Cooperativa da Guiana e a República Bolivariana da Venezuela.

Com uma extensão de 224.298,980 km² em virtude do seu difícil acesso, Roraima manteve-se esparsamente povoado por séculos, nem a extração da borracha no Amazonas ajudou no aumento da população local. A descoberta de minas de ouro e diamantes no norte do estado fomentou a chegada de garimpeiros, ao longo da década de 1930, esta migração revigorou a economia local, fazendo com que a população chegasse a 10.509 habitantes, em 1940 (DINIZ e SANTOS, 2006).

Silveira e Gatti (1988) afirmam que somente após a criação do Território Federal do Rio Branco em 1943, houve um aumento populacional expressivo, os censos de 1950 e 1960 apresentam uma população de 18.116 e 28.871 habitantes respectivamente.

A partir da década de 1970 até 1980, a população de Roraima quase que duplicou com a distribuição de terras supostamente agricultáveis, para famílias que fugiam da seca do nordeste. (DINIZ e SANTOS, 2006). Neste mesmo período a descoberta de ouro e diamantes na porção setentrional do estado desencadeou a vinda de milhares de garimpeiros. Segundo Diniz e Santos, estudos apontam a vinda de mais de 40.000 pessoas para trabalhar no garimpo e em atividades relacionadas a mineração. Em virtude deste movimento migratório a população do Estado teve um crescimento rápido passando de 79.159 habitantes em 1980 para 217.583 habitantes em 1991. De acordo com Staevie (2011) Boa Vista possuía em 1980 uma população de 43.016 habitantes e alcança quase 119.000 habitantes em 1991, um crescimento similar ao experimentado por todo o Estado.

Nos anos de 1990 o combate ao garimpo ilegal desencadeado por ambientalistas, entidades de direitos humanos e pelos órgãos instituídos, reduzem o fluxo de imigrantes. A partir deste momento os migrantes foram atraídos pelas oportunidades de empregos públicos, com a criação de várias instituições públicas que até então não existiam no Estado.

O crescimento acelerado da população de Boa Vista não foi acompanhado *pari passu* com as políticas públicas, a cidade até hoje clama por melhorias nas condições de habitação da população, esgotamento sanitário, transporte coletivo e principalmente com o sistema de saúde.

Existem poucos trabalhos acadêmicos sobre a saúde nessa região antes da década de 1980. A principal obra sobre a questão é **Saúde em Roraima: do parto em casa à assistência de hoje**, de Josemária Silva de Souza, de 2006. Os dados apresentados a seguir terão essa obra como referência.

3.1 - A SAÚDE EM BOA VISTA ANTES DA IMPLANTAÇÃO DO PSF

Antes da década de 1940 a saúde em Roraima era desenvolvida por benzedeadas e parteiras que agiam sem nenhum conhecimento científico. Foi somente com a chegada dos padres beneditinos e das missionárias da Consolata que a população teve acesso aos primeiros cuidados de saúde de forma mais sistematizada.

O primeiro estabelecimento hospitalar a ser construído foi o Hospital Nossa Senhora de Fátima, considerada uma obra muito dispendiosa e grande para a época, idos da década de 1920. O hospital não dependia de recursos financeiros do governo, era sustentado com o dinheiro da igreja. (SOUZA, 2006). O trabalho desenvolvido pelas missões religiosas fora pioneiro, considerando a endemia de malária que castigava a população e a falta de pessoal qualificado. O primeiro especialista que veio para a região foi o médico sanitaria Durval de Araújo Gonçalves, no ano de 1945. Segundo relatos do sanitaria a única forma de atendimento era no Hospital Nossa Senhora de Fátima, que era administrado pelas irmãs beneditinas. (SOUZA, 2006)

Com a chegada das missionárias da Consolata, em 14 de junho de 1948, houve continuidade das atividades desenvolvidas pelos beneditinos onde foram ampliadas as escolas e as visitas de desobriga¹⁴. Naquele momento o quantitativo de médicos era muito pequeno, visto que não existia interesse dos profissionais em deslocar-se para essa região em decorrência da distância e por se tratar de uma região inóspita. No ano de 1952 havia

¹⁴ Desobriga é o deslocamento de missionários da igreja católica composta por padres, freiras aos locais de difícil acesso com o objetivo de realizar casamentos, batizado e fazer catequese. Nessa oportunidade os missionários levavam medicamentos e realizavam partos e atendiam todos os casos de enfermidades, deslocando aqueles mais graves para o hospital.

por volta de 8 (oito) médicos como Silvio Botelho, Valter Guerra, Dulce Neves, Arnaldo Brandão, Jorge Mussalém, Francisco Maciel, Pedro Constantino Jorge e Durval Magalhães, que realizavam atendimento dos casos mais urgentes e aqueles que necessitavam de cirurgia eram deslocados para Manaus ou Georgetwon, na antiga Guiana Inglesa (SOUZA, 2006).

Os anos de 1950 e 1960 foram marcados pela criação das primeiras instituições governamentais, entre elas as da área da saúde:

Em 1953 foi inaugurada em Boa Vista a DAMI – Divisão Assistencial da Maternidade e Infância, no governo de José Luiz Neto. É a primeira instituição a ser destinada a saúde das mulheres e dos recém-nascidos e funcionou onde é hoje a Secretaria Estadual de Planejamento. Quem assume a direção desta instituição são as irmãs Píer Franca, Benventura e Aquilina (SOUZA, 2006, p. 54).

No ano de 1954, foi realizada a ampliação e reforma do Hospital Nossa Senhora de Fátima que passou a ter centro cirúrgico, pediatria, isolamento e farmácia. Essa ampliação representou um avanço muito grande, pois a população tinha a possibilidade de realizar procedimentos cirúrgicos em Boa Vista, ao invés de se deslocar para outras cidades, como acontecia até então.

O trabalho das irmãs da Consolata é ampliado com visitas periódicas às “malocas da região de São Marcos, Surumu e Baixo Cotingo” e também com a construção do Hospital de São Camilo, em 1954 (SOUZA, 2006, p. 53). A chegada em 1955 da irmã Camila, que se tornou muito respeitada pela sua experiência na África e era muito conhecedora de doenças tropicais, como malária e leishmaniose, também contribuiu para o aumento do número de atendimentos às pessoas que procuravam o serviço médico.

Somente no ano de 1960 é que foi criado o primeiro hospital administrado e mantido pelo Estado¹⁵, Hospital Coronel Mota, sob a direção das irmãs Laura e Aufredina. As atividades de enfermagem eram coordenadas pelas irmãs da Consolata, algumas delas com formação em enfermagem, mas que lideravam colaboradores sem o menor conhecimento na área. Naquele momento eram realizados treinamentos, mas

¹⁵ Como não foi encontrada informações mais precisas sobre a administração dos hospitais São Camilo e Nossa Senhora de Fátima e segundo registros o Hospital Coronel Mota, foi o primeiro a ser administrado e mantido pelo governo estadual, supõe-se que os dois primeiros, eram mantidos e administrados pela Igreja.

segundo relatos de Souza (2006) as atividades de enfermagem, normalmente, eram aprendidas na prática.

Segundo Souza (2006 p. 58) “na década de 70 percebemos uma atenção maior aos municípios com a criação de outros hospitais pelas missionárias da Consolata. Estas além de atuarem nas instituições religiosas também dirigiam unidades do governo”.

O Hospital São Camilo foi ampliado no ano de 1970 e em 1971 foi criado um ambulatório no Município de Mucajaí com o propósito de atender aos moradores da localidade e redondezas e aos trabalhadores que construía a BR 174. Naquela época a Irmã Camila, ao verificar as condições de abandono que viviam algumas pessoas idosas, cria um centro para atendê-los, hoje esse centro é a Casa do Vovô (SOUZA, 2006).

O início da década de 1980 não trás qualquer alteração na estrutura do sistema de saúde de Boa Vista em relação aos anos anteriores, em contrapartida a situação de saúde da população agravava-se dia a dia, em decorrência da vinda de garimpeiros atraídos pelo ciclo do ouro. Os trabalhos que deveriam ser executados por médicos continuaram a ser exercido por leigos, havia escassez de enfermeiros e carência de material, o que dificultava a assistência à saúde (SOUZA, 2006).

Neste período o Hospital Coronel Mota já existia e recebia pacientes de todo o território, inclusive os casos mais graves, que eram transferidos dos demais hospitais. Funcionava no centro de Boa Vista vinculado à Secretaria de Saúde e Ação Social, era o maior e melhor equipado estabelecimento hospitalar de Roraima, com 133 leitos e atendia pacientes da clínica médica, pediatria e cirurgia. Dispunha de centro cirúrgico, laboratório de análises clínicas, sob a responsabilidade de um bioquímico, e de um banco de sangue, este, porém, sem pessoal qualificado. O atendimento ambulatorial dava assistência a todas as patologias e desenvolvia ainda, um programa materno-infantil. Anexo ao hospital funcionava o Pronto Socorro São Bento que contava com oito leitos para emergência, a maternidade de Boa Vista com 32 leitos e um ambulatório para pré-natal. Todo o atendimento médico deste complexo era de responsabilidade de treze médicos (IBGE, 1981).

A partir do ano de 1982 a DAMI foi ampliada e passou a se chamar Hospital Materno Infantil, contando com 70 leitos e realizando atendimento apenas para mulheres e recém-nascidos. No ano de 1985, com problemas financeiros e políticos, o hospital

Nossa Senhora de Fátima foi fechado. Houve naquele momento enfrentamentos entre as missionárias da Consolata e grupos políticos, que foram cada vez mais se complicando devido a mudança de concepção das missionárias em relação aos índios. No entanto, as missionárias continuaram prestando serviço de enfermagem, mesmo porque não existiam profissionais qualificados para exercer os serviços.

No ano de 1991 foi inaugurado o Hospital Geral de Roraima e o Hospital Coronel Mota passou a fazer atendimento ambulatorial e internações de pacientes sem possibilidade terapêutica (SOUZA, 2006). As dificuldades continuavam as mesmas, considerando, principalmente que os funcionários continuavam sem qualificação, porque não existiam cursos públicos para a área da saúde, e executavam procedimentos que deveriam ser realizados por médicos. Somente no ano de 1991 é formada a primeira turma de auxiliar de enfermagem, entretanto o Estado só voltou a se preocupar com formação de auxiliares no ano de 1997.

O sistema de saúde estabelecido em Boa Vista, apesar de predominantemente público era hospitalocêntrico e curativo, tratava-se de uma estrutura de saúde sob gestão estadual, com baixos quantitativos de oferta de serviços. O sistema público de saúde possuía na década de 1990, a seguinte composição: 19 unidades de saúde, entre centros e postos de saúde; o Hospital Geral de Roraima, com todas as clínicas médicas, 148 leitos, com equipamentos para cirurgia, apoiado por um Hemocentro, Centro de Diagnóstico por Imagem e Laboratório de Análises Clínicas – Lacen. A área de assistência a materno infantil contava com um Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth. Com atividade ambulatorial ampliada funcionava o antigo hospital Coronel Mota. Na área privada, o município possuía uma Maternidade (Santa Rita), um Hospital Geral (Lotty Iris) e um hospital especializado para mulheres e diversas clínicas, com ou sem internação, o Hospital da Mulher.

Sob responsabilidade exclusiva da gestão municipal, no ano de 1999, existiam 07 (sete) centros de saúde¹⁶, um desses exclusivo para atendimento a crianças desnutridas, o Centro de Recuperação Nutricional Infantil – CERNUTRI – e diversos

¹⁶Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica e sanitária a uma população determinada, nas quatro especialidades básicas: Clínica médica, clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia e pediatria. A assistência médica deve ser permanente e por médico generalista (BRASIL, 1983, p. 08)

postos de saúde¹⁷. Quando a população não encontrava atendimento nestes locais o único caminho que restava era o do Hospital Geral de Roraima, realidade que ainda acontece na atualidade.

O modelo de atenção era a curativa, como ainda acontece hoje, com marcações de consultas. As ações de prevenção eram poucas e centradas nos programas federais como: Programa da Tuberculose, Materno-infantil, Hanseníase, Nutrição, do adolescente, do idoso, etc.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – Boa Vista conta atualmente com 249 estabelecimentos de saúde cadastrados, desses 78 são públicos e 171 são privados. Dos estabelecimentos públicos, 47 estão sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista, 27 são de responsabilidade do Estado e 04 estão sob a gestão do governo federal.

Os estabelecimentos que a Secretaria Municipal de Saúde tem sob sua gestão são:

- Postos de saúde são três e todos localizados em comunidades indígenas;
- Centros de saúde e unidades básicas de saúde são 34 unidades. Nessas unidades estão instaladas as equipes da Estratégia Saúde da Família;
- Hospital Especializado, apenas o Hospital da Criança Santo Antonio é cadastrado;
- Centros de Especialidades são quatro unidades: a Central de Abastecimento Farmacêutico de Boa Vista – CAF – ;o Centro de Referencia de Especialidades Médicas Andreis Patrícia M. Saraiva; o Centro de Recuperação Infantil – Cernutri e o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.
- Unidade de Apoio Diagnose e Terapia Laboratório de Citopatologia de Boa Vista é o único cadastrado na categoria;
- Laboratório Central de Saúde Pública são 02 unidades cadastradas o Laboratório de Análise de Água e o Laboratório de Referencia Municipal;
- Unidades de Saúde móvel: Expresso Saúde, Unidade Móvel de Oftalmologia, e a unidade do Projeto de Assentamento Nova Amazônia;

¹⁷Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária a uma população determinada, utilizando técnicas simplificadas e pessoal de nível médio ou elementar. Deve ser apoiado pelo centro de saúde (BRASIL, 1983, p. 12).

- Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência: Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU;
- Unidades de Vigilância em Saúde: Divisão de Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária.
- Secretaria de Saúde: secretaria municipal de saúde;
- Centro de Atenção Psicossocial: Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II;
- Unidade de Atenção à Saúde Indígena encontra-se apenas a Unidade Móvel Indígena;
- Pólo/ Academia de Saúde: Praça Augusto Germano Sampaio.

O Estado de Roraima tem cadastrados no CNES os seguintes estabelecimentos:

- Centro de Saúde: Centro de saúde Prisional, Centro Socioeducativo – CSE – Homero de Souza Cruz Filho e 01 unidade móvel especializada;
- Policlínica: Policlínica Cosme e Silva;
- Hospital geral – Hospital Geral de Roraima (Hospital Rubens de Souza Bento) e o Hospital Coronel Mota;
- Hospital especializado: Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth;
- Clínica/centro de Especialidades: o Centro Auditivo de Roraima, o Centro de Referência da Saúde da Mulher, o Núcleo de Reabilitação Física, Serviço Assistencial Especializado e a Unidade Integrada de Saúde Mental;
- Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia Centro de Diagnóstico por Imagem e o Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA –, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST;
- Unidade Móvel Terrestre: unidade móvel da Secretaria de Estadual de Saúde e a unidade móvel odontológica 02;
- Farmácia: Coordenação de Assistência Farmacêutica – CAF;
- Unidade de Vigilância em Saúde: Departamento Estadual de Saúde Ambiental, Departamento Estadual de Vigilância Sanitária;
- Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência: Corpo de Bombeiro Militar;

- Central de Regulação de Serviços de Saúde: Complexo Regulador e a Secretaria de Estado da Saúde;
- Centro de Atenção Psicossocial: o Centro de Recuperação e Promoção Humana – CRPH;
- Pólo/ Academia de Saúde: Escola Técnica do SUS – ETSUS;
- Central de Regulação Médica das Urgências: Central de Regulação das Urgências do Estado de Roraima SAMU 192.

Sob responsabilidade do governo federal encontram-se o Posto Aeroportuário de Boa Vista e a Unidade de Saúde da Universidade Federal de Roraima, A Casa de Saúde do Índio e o Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima.

Os estabelecimentos particulares de saúde são divididos em hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios, institutos de reabilitação entre outros.

3.2 - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOA VISTA: RESGATANDO A HISTÓRIA

A implantação da ESF em Boa Vista foi iniciada em 1998, nesse mesmo período o Estado iniciou o processo de descentralização das unidades básicas de saúde para o município de Boa Vista.

Em julho de 1998, logo após assumir a Coordenadora Estadual do PACS/PSF, iniciou um diálogo com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista com o intuito de reativar o programa dos Agentes Comunitários de Saúde, que funcionava precariamente e contava com 37 dos 92 agentes que teria direito. A secretaria optou então por inicialmente fortalecer o PACS (SOUZA e GIANLUPPI, 2000).

Souza e Gianluppi (2000, p 136) relatam que “Conseguimos nos meses de setembro e outubro ampliar e reestruturar o programa em Boa Vista, passando de 37 para 142 Agentes, com a realização de processo seletivo e dos primeiros treinamentos”.

No início de 1999 o estado e município voltaram seus esforços para implantar o ESF na capital, isso ocorreu após varias reuniões com intensas discussões acerca dos prós e contra, viabilidades e principalmente dos valores a serem recebidos pelo município para adesão ao programa. De acordo com Souza e Gianluppi (2000) essas reuniões eram realizadas com o objetivo de conscientizar os gestores da importância de aderir a Estratégia Saúde da Família.

As autoras ainda assinalam as várias dificuldades encontradas neste processo:

Estruturas municipais incipientes, em função da imaturidade administrativa do Estado, acarretando sérios entraves a organização administrativa dos municípios, que ainda se mostram muito dependentes, como acontecia na estrutura do território federal. Tal política acarretou seqüelas, como insensibilidade dos gestores municipais para a importância da adesão ao Programa de Saúde da Família, que seria um dos pilares para a organização do sistema de saúde (SOUZA e GIANLUPPI, 2000. p. 136).

A implantação da Estratégia Saúde da Família em Boa Vista carece de registros escritos, portanto para o embasamento deste trabalho foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: entrevista e questionário.

As perguntas foram elaboradas previamente e foram aplicadas aos profissionais que direta ou indiretamente participaram ou vivenciaram a implantação da ESF no município. As respostas foram gravadas e transcritas *ipsis litteris* para posterior compilação das informações que pudessem contribuir com o objeto da pesquisa. A transcrição foi estruturada dentro das normas técnicas vigentes, sem perder a fidedignidade das respostas, para uma melhor redação.

As perguntas elaboradas objetivavam a coleta de informações: sobre como era a Saúde Pública no Estado de Roraima e em Boa Vista na época da implantação do ESF em Roraima; se houve alguma pressão ou alguma facilidade do governo federal para a implantação do ESF; sobre o número de equipes implantadas; sobre o principal benefício da implantação do ESF para a população naquele momento; sobre possíveis prejuízo na implantação do ESF; sobre a qualidade dos profissionais contratados na época da implantação, em termos de experiência, qualificação e capacitação; sobre se a implantação do ESF foi discutida com a população; sobre a ampliação de sete para 47 e como se deu este processo entre as equipes com a comunidade, gestão e profissionais de

saúde; sobre como foi o comportamento dos usuários nos serviços de urgência e emergência após a ampliação; sobre como está o funcionamento da atenção básica hoje no município de Boa Vista.

Com base nas respostas, dos entrevistados buscamos reconstituir o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família em Boa Vista.

No ano de 1999, o PSF foi implantado nos municípios de maior porte dos Estados do Amapá, Roraima, Ceará e Paraíba (UFBA, 2002, p. 17). Onde podemos considerar que Boa Vista acompanhou o ritmo de implantação dos demais municípios brasileiros.

Isto posto e com base nas respostas dos entrevistados foi possível reconstituir algumas etapas da implantação da Estratégia Saúde da Família em Boa Vista que serão descritas abaixo.

A Saúde Pública no Estado de Roraima e em Boa Vista, no momento da implantação do PSF em Roraima era exclusivamente curativa. A população dispunha do Hospital Geral de Roraima, Hospital de Especialidades (Hospital Coronel Mota), Postos de Saúde e Centros de Saúde e diversas categorias de estabelecimento privados de saúde. Na saúde pública a assistência visava à atenção à saúde da mulher, da criança, acompanhamento de casos de tuberculose, Hanseníase e dispensação de medicamentos.

No ano de 1998 a Secretaria de Estado da Saúde de Roraima contactou, através da sua coordenação da Estratégia Saúde da Família¹⁸, os gestores municipais, o Prefeito de Boa Vista e a Secretária de Saúde Municipal, a fim de apresentar o programa federal. Para embasar suas discussões sobre a importância da organização da atenção básica e auxiliar no processo de implantação do ESF nos municípios de Roraima, o Ministério da Saúde financiou uma viagem da coordenadora estadual à Brasília. Um ponto que incentivou os municípios a aderirem ao ESF naquele momento era o incentivo financeiro disponibilizado, pelo Ministério da Saúde, mensalmente como ocorre até hoje, para cada equipe implantada. No momento da implantação, as equipes também recebiam um recurso adicional destinado a sua estruturação.

¹⁸ A coordenação estadual da ESF tem a função de normatizar, acompanhar, supervisionar, divulgar e apoiar a implantação do programa de acordo com os critérios preestabelecidos pelo Ministério da Saúde, pois é função da secretaria estadual de saúde qualificar e também descredenciar o ESF nos municípios.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família, no que diz respeito a sua operacionalidade, é de responsabilidade do município, com a co-participação da Secretaria Estadual de Saúde. É um processo relativamente longo, envolve várias etapas, que podem ser executadas simultaneamente.

Em agosto de 1998 foi realizada a primeira de uma série de seis reuniões, com a presença da secretária municipal de saúde, a coordenadora municipal da Atenção Básica, a coordenadora estadual do PACS/ESF e alguns membros do corpo técnico da prefeitura. Os encontros aconteciam na sede da Secretaria Municipal de Saúde para planejamento e elaboração do projeto de implantação da Estratégia Saúde da Família.

Uma das primeiras e importantes etapas do planejamento era o debate com a comunidade em geral, profissionais de saúde, políticos, universidades, Conselho Municipal de Saúde, etc. sobre qual a importância da Estratégia Saúde da Família, seu funcionamento no dia a dia e experiências bem sucedidas de outros municípios.

Esta etapa do processo não aconteceu em Boa Vista. Os entrevistados relataram que nenhum profissional da Secretaria Municipal de Saúde, conselhos profissionais, principalmente o de enfermagem, políticos, organizações não governamentais, participaram das discussões acerca da viabilidade do programa, como também da elaboração do projeto. Ainda segundo todos os entrevistados a população também não foi ouvida. Diferentemente do que ocorreu no município de Camaragibe/PE:

A partir de 1993 a equipe técnica da SMS iniciou a discussão sobre a necessidade de mudar o modelo de atenção à saúde, integrada a um debate mais amplo na gestão municipal sobre a reorientação do conjunto das políticas públicas municipais com ampliação da participação social. (...) A discussão de um novo modelo de atenção à saúde no município, inicialmente interna à SMS, foi ampliada para o Conselho Municipal de Saúde e Plenárias de Saúde (SCOREL et al., 2002, p. 39).

O passo inicial para elaboração do projeto de implantação era a identificação das áreas prioritárias para receber as equipes, estas deviam ser preferencialmente de risco social, ter alta concentração de crianças menores de dois anos, gestantes, idosos e ser carente de serviços básicos de saúde e levantamento do número de habitantes das áreas selecionadas. Estas informações foram fornecidas pelas coordenações estadual e municipal de endemias, já que para o combate a dengue e a malária os agentes de

endemias mapearam todo o município e cadastraram toda a população residente casa a casa. Eles construíram um banco de dados, com informações sobre o número de habitantes de Boa Vista, que nem o IBGE tinha na época, pois este trabalhava com população estimada. Por meio deste cadastro foi possível descobrir que a população do Bairro da Pintolândia, de 40.000 pessoas era muito maior do que a gestão municipal de saúde avaliava. Importante destacar que este cadastro era todo manuscrito, os dados eram transcritos em formulários de papel.

Após o levantamento das informações acima citadas, foi definido que inicialmente seriam implantadas apenas 05 (cinco) de equipes. O número reduzido de equipes foi devido a vários fatores: falta de locais adequados para instalação das equipes, falta de profissionais qualificados, capacidade de gestão e interesse político por parte do município.

As equipes foram instaladas em Centros de Múltiplos Usos, que já abrigavam equipes do PACS. Apesar de não terem uma estrutura adequada, os centros já eram uma referência para a população, o que facilitaria o desenvolvimento do trabalho das equipes da ESF. Este fato segundo um dos entrevistados acarretou problemas, pois o profissional enfermeiro teve seu trabalho duplicado uma vez que foi “obrigado” a desenvolver suas atividades no programa Agentes Comunitários de Saúde e na Estratégia Saúde da Família

A composição das equipes foi outro problema a ser contornado. Elas foram compostas por profissionais não especializados em Saúde da Família ou Saúde Pública. Alguns dos profissionais contratados tinham trabalhado na ESF em Estados como: Ceará, Pára e Pernambuco. Souza e Gianluppi (2000, p. 137) referem que:

Outro ponto dificultador está na carência de contratação de mão- de- obra especializada, com profissionais de nível superior, médicos e enfermeiros, seja por carência de profissionais interessados ou pelos salários pouco competitivos oferecidos.

No município de Camaragibe em Pernambuco:

Todos os profissionais que implantaram o programa tinham formação em saúde pública e estavam muito motivados e comprometidos com o objetivo de garantir melhor atenção à saúde da população (SCOREL et al., 2002, p. 39).

O projeto foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, onde recebeu varias críticas principalmente em relação aos profissionais médicos contratados, segundo um dos entrevistados, para o conselho “a equipe médica não tinham a formação adequada para atender um programa onde o objetivo é levar à saúde a comunidade e não ficar sentado esperando que a população venha buscar saúde em uma atitude passiva” (ENTREVISTADO n° 01).

Após trâmites legais, as cinco equipes começaram a trabalhar em agosto de 1999. Seus componentes iniciaram o mapeamento das suas áreas, identificando os problemas existentes, suas causas e riscos; as potencialidades as instituições do entorno, como escolas, igrejas, associação de moradores, etc. Simultaneamente os profissionais de nível superior criaram um grupo de estudo sobre a Estratégia da Saúde da Família, realizando uma auto preparação/capacitação para melhor atender os usuários, bem como enfrentar os problemas identificados.

Perguntados sobre os principais problemas ocorridos durante a implantação do ESF os entrevistados destacaram a falta de um trabalho junto à população em termos de informação, divulgação e educação para diminuir o impacto e evitar a rejeição ao novo modelo de fazer saúde. A comunidade não estava preparada para o trabalho desenvolvido pelas equipes que necessita realizar um diagnóstico das condições de vida e saúde, e isto é realizado a partir do cadastramento de todas as famílias residentes na área adstrita a cada equipe. Como os dados coletados para o diagnóstico são particulares, pois incluem informações como: origem da família, renda familiar, escolaridade dos componentes, condições da moradia, religião praticada, relações de parentesco, se algum membro da família apresenta problema de alcoolismos, usos de drogas, enfim informações que a população não costuma divulgar com facilidade. A falta desse diálogo com a população dificultou o trabalho das equipes que terminaram por ter um melhor acesso à famílias que necessitavam de atenção especial, com a presença de idosos, gestantes e crianças menores de dois anos.

Outro entrave mencionado, também decorrente da falta de participação da comunidade na discussão do projeto de implantação da ESF, foi explicar para a população, que estava acostumada a ser atendida em qualquer centro ou mesmo na

emergência, que daquele momento em diante ela teria seu atendimento de saúde direcionado para uma equipe

Outro problema digno de mencionar foi à dificuldade dos gestores em manter um diálogo com os profissionais que executariam o programa, considerando que estes seriam os principais interlocutores que estariam em contato com a população. A aceitação e envolvimento desses profissionais eram fundamentais para a eficácia do programa em termos de responsabilidade técnica. Segundo os entrevistados, não ocorriam reuniões freqüentes entre as equipes e gestores para discussão das dificuldades encontradas e as propostas mais viáveis para solução dos problemas.

A maioria dos profissionais contratados para trabalhar nas equipes não tinha qualquer curso de especialização na área, ou experiências de trabalho comprovada em Saúde da Família ou Saúde Pública, principalmente os médicos; pelo fato de terem sua formação acadêmica voltada para a medicina curativa, que prioriza a superespecialização em detrimento da formação generalista. Os profissionais contratados para trabalhar na ESF deveriam estar qualificados segundo os princípios do SUS.

O primeiro curso com formação voltada para a Estratégia Saúde da Família, só aconteceu dois anos depois da implantação do programa. Era o ano de 2001 e o Governo Federal financiou o curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde da Família.¹⁹

Outra dificuldade apontada, na implantação da ESF, residiu na falta de preparação dos Agentes Comunitários: como não havia concurso para seleção, estes eram recrutados por meio de indicação política, o que resultava na incorporação de pessoas sem preparação, sem afinidade com a área de saúde e que passaram a desenvolver suas funções sem receber nenhum tipo de treinamento. Os relatos também referem que foi necessário desmistificar na comunidade a cultura de que as visitas da equipe às famílias não se tratava de política partidária, mas de uma ação de atenção básica à saúde, desvinculada de qualquer tipo de filiação política.

¹⁹ O curso de Especialização em Saúde da Família era para os médicos e enfermeiros selecionados para trabalhar no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS -, programa do governo federal que incentivava a colocação de médicos e enfermeiros, em municípios que comprovassem a carência de recursos médicos-sanitários. Como o número de profissionais selecionados pelo PITS para Roraima foi pequeno, a coordenação estadual da ESF, conseguiu junto ao Ministério da Saúde, estender este curso para médicos e enfermeiros de todos os municípios de Roraima. Este curso ainda foi ofertado nos anos de 2002 e 2003.

Foram constatados problemas de relacionamento entre aqueles que trabalhavam no programa e os que atuavam na área de urgência/emergência, principalmente com os profissionais médicos. Houve resistências por parte dos médicos da rede básica tradicional que em sua grande maioria não aderiram ao programa e dificultavam o atendimento de pacientes encaminhados pelos médicos da ESF. A controvérsia ocorria principalmente quando casos que deveriam ser atendidos na atenção básica procuravam o serviço de emergência. Embora os médicos alegassem que o programa deveria ter maior resolutividade, os entraves segundo os entrevistados, foram decorrentes da importância conferida ao programa, da diferença salarial²⁰ e do aumento da demanda para os níveis de média e alta complexidade.

A realização de um cadastro e posterior diagnóstico situacional da saúde da comunidade, foi apontado nas entrevistas como um dos benefícios que a implantação da ESF proporcionou. Esse cadastro permitiu que a Secretaria Municipal de Saúde pudesse planejar melhorias destinadas à comunidade no que diz respeito as ações que contribuem para a saúde da população, como: saneamento básico, rede elétrica, água tratada, entre outros.

Outro benefício mencionado com a implantação, foi o aumento do número de unidades de saúde com médicos como também a consulta de enfermagem, esta até então desconhecida para a maioria da população.

As equipes começaram a atuar primeiramente nos Centro de Múltiplo Uso que estavam sendo utilizados na ocasião pelas equipes do PACS. Essa divisão de espaço, terminou por aumentar a carga de trabalho dos enfermeiros, pois ficaram responsáveis pelo acompanhamento das ações dos agentes do PACS e da ESF.

As cinco equipes implantadas, em agosto de 1999, tinham a capacidade de atender 17.250 habitantes. e segundo dados do Ministério da Saúde a população total de Boa Vista era de 158.868 habitantes, portanto percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família era de 10,86%.

Em 2001 assume uma nova gestão municipal e a Secretaria Municipal de Saúde, começa a trabalhar para a expansão das equipes da ESF. Assim, o número de equipes que

²⁰ Existe disparidade entre o salário do médico e enfermeiros que trabalham na ESF. Na época da implantação o salário do médico da ESF era muito maior do que os pagos pelo Estado. Atualmente a situação é inversa, grande parte dos médicos que deixam a ESF, vão trabalhar na assistência hospitalar.

desde agosto de 1999 a outubro de 2001 oscilava entre 05 e 08 cadastradas, passou em novembro de 2001 para 45. Nesta ocasião a população total do município já era de 208,514 habitantes e esta expansão possibilitou um aumento do percentual de cobertura para 74,46%.

Este processo de expansão também não foi discutido com os profissionais e segundo um dos entrevistados:

“nem convidados para participar do planejamento, nós fomos (...) as decisões foram tomadas de cima para baixo, simplesmente comunicaram, em reunião, sobre a ampliação do programa, destacando quanto cada categoria profissional receberia de remuneração (ENTREVISTADO n° 4)

Nessa nova gestão, não houve nenhuma oportunidade ou abertura para os profissionais que atuavam na ESF, pudessem discutir a ampliação do número de equipes. Segundo os mesmos o aumento da demanda iria se refletir nos demais níveis de complexidade²¹, que não estava preparado para isso. Os profissionais ainda queriam contribuir na identificação das novas áreas a serem atendidas pela expansão, que segundo eles deveriam ser áreas com maiores riscos sociais.

A questão salarial motivou uma série de questionamentos, dada à disparidade entre os valores pagos aos médicos em comparação à remuneração dos enfermeiros. Outro ponto conflitante foi à falta de informação acerca da forma como estava sendo realizada a ampliação. Aqueles que ousaram manifestar-se contrariamente a ambos os pontos, foram demitidos ou exonerados de seus cargos. A necessidade de se manter no emprego freou as manifestações de insatisfação sobre a condução do processo de ampliação das equipes.

A Secretaria Municipal agiu de forma a intimidar os líderes que se manifestaram defendendo que a implantação do PSF deveria ser realizada conforme orientações do Ministério da Saúde e não da forma como o Município estava fazendo.

Desde dezembro de 2000, o município de Boa Vista estava credenciado pelo Ministério da Saúde a implantar até 70 equipes. Isso não significava necessariamente que todas deveriam ser implantadas e principalmente, de que seriam de uma vez só. A solução

²¹ Limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviços de saúde, segundo a diversificação das atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a frequência com que ocorre. (BRASIL, 1983, p.11)

mais sensata seria a implantação paulatina, garantindo desta forma a adequação dos demais níveis de complexidade.

A coordenação Estadual do PACS/PSF não acompanhou o processo de expansão das equipes. A Secretaria Estadual de Saúde apenas recebeu o comunicado de que seria ampliado o número de equipes, das 07 existentes naquele momento, para 45 unidades. A ampliação das equipes foi uma decisão isolada da gestão municipal. A ampliação levou ao caos a saúde municipal, já que a secretaria municipal não buscou articulação com o restante da rede de serviços do próprio município e do Estado. Novamente os profissionais selecionados eram despreparados, terminavam por encaminhar muitos pacientes para os hospitais, ocasionando uma sobrecarga nos hospitais e centros de saúde. O caos que se instalou foi comunicado oficialmente ao Ministério da Saúde em Brasília, informando que o ESF foi ampliado à revelia da Coordenação Estadual de Saúde. O Ministério da Saúde nunca enviou qualquer comunicado a respeito da expansão do programa em Boa Vista.

De acordo com os entrevistados, a atenção básica continua desorganizada, não sendo eficaz nem eficiente. Boa Vista que já teve mais de 75% da população coberta pelo ESF, e hoje apresenta o percentual de 34 %²². Atualmente apenas 26 equipes estão cadastradas como ativas no CNES.

Até o final do ano de 2012 a ESF de Boa Vista era composta por 53 equipes, segundo informações do CNES. Com a mudança do comando da Prefeitura²³ o número de equipes vem sendo reduzido mês a mês. Conforme dados do Sistema Informação da Atenção Básica do Ministério da Saúde o número de equipes em janeiro de 2013 era de 44, fevereiro o número foi elevado para 52 e em março, último mês disponibilizado no sistema, o total de equipes cadastradas era de 49. Consulta feita ao CNES em maio próximo passado verifica-se que o município mantém ativa apenas 26 equipes, as demais constam como desativadas. A redução do número de equipes causa problemas de superlotação nas demais unidades de saúde, principalmente nos pronto atendimento e

²²Com base nos dados de dezembro de 2012. Fonte: IBGE - Estimativa populacional para o Tribunal de Contas da União

²³No sufrágio de 2012 foi eleita a prefeita Maria Teresa Saenz Surita e a Secretaria Municipal de Saúde foi assumida pelo Sr. Marcelo de Lima Lopes.

atendimento de urgência e emergência, tanto adulto como infantil, pois a população vai buscar nessas unidades o atendimento medico que necessita.

Para conhecer o funcionamento da Estratégia Saúde da Família foram aplicados questionários com membros de 12 equipes, 02 equipes de cada macroárea²⁴.

Sobre o número de pessoas sob responsabilidade das Equipes da Estratégia Saúde da Família de atender no máximo 4.000 (quatro mil) pessoas, conforme estabelece a Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, verifica-se que 67% dos entrevistados responderam que as equipes cumpriam o determinado, 33% responderam que atendem mais do que o determinado. Foi observado que todos os entrevistados hesitaram ao responder este item, nenhum apresentou números concretos do total de pessoas sob responsabilidade da equipe. É importante observar que esse é um dado sobre o qual, em geral, os membros das equipes deveriam ter clareza.

Quando questionados sobre o quantitativo de pessoas que cada agente tem sob sua responsabilidade, que conforme a Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011 deve ser de 750 (setecentos e cinquenta) pessoas, 83% responderam que nenhum ACS atende mais do que determina a portaria e 17% não souberam responder. Novamente todos os entrevistados hesitaram antes de responder.

Com relação à composição da equipe, se esta estava completa ou não, 83% relataram que a equipe estava completa e 17% responderam que faltavam alguns profissionais, entre estes, os mais citados foram: o agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem e o profissional médico. Nenhuma das equipes relatou a falta do profissional enfermeiro.²⁵

Perguntados se os profissionais das equipes são aqueles constantes no CNES, 67% responderam sim e 33% não responderam. Vale ressaltar que foi realizada consulta ao cadastro antes das visitas e posteriormente constatou-se que alguns profissionais não estavam cadastrados nas equipes e outros já tinham sido desligados. Os médicos foram os profissionais que mais se desligaram das equipes

²⁴ Atualmente o município de Boa Vista é dividido em 06 macroáreas.

²⁵ Antes da aplicação do questionário nas equipes, verificou-se no CNES a composição das 40 cadastradas no sistema. Foram descartadas as que estavam desativadas e as que estavam incompletas. O número de equipes aptas para participar da pesquisa ficou em 26 unidades. Ao chegar ao local, entretanto, alguma das equipes já não contava com algum dos profissionais, que havia se desligado do programa.

Quando questionados se os componentes das equipes tinham recebido treinamento, obteve-se as mais diversas respostas: 83% responderam que sim, que o treinamento foi feito, mas não sabiam informar quando ocorreu, quem participou e quem ministrou o treinamento. Dois entrevistados afirmaram ter participado de treinamento introdutório organizado pela Secretaria Municipal de Saúde em meados de 2010/2011, onde toda a equipe e seus componentes participaram e 17% responderam que nunca receberam qualquer curso de qualificação. A Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 responsabiliza as três esferas de governo pelo estímulo e viabilidade da educação permanente de todos os componentes da equipe.

Todas as equipes visitadas realizam reuniões com a comunidade com o objetivo de “repassar” conhecimentos sobre cuidados com a saúde e medidas sanitárias. Nenhum dos entrevistados relatou que nas reuniões com a comunidade, fossem discutidos problemas daquela comunidade. Sobre este ponto alguns entrevistados fizeram ressalvas: os médicos não participam, a equipe nunca está completa. A Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 é clara quando determina no item atribuições de todos os membros da equipe: realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; e participar das atividades de educação permanente.

Indagados se a unidade de saúde onde a equipe estava instalada era exclusivamente voltada para atendimento da ESF, 72% responderam que não estavam instalados em uma unidade voltada exclusivamente para o atendimento da ESF. Eles dividem a estrutura, geralmente dos centros de saúde, com uma ou mais equipe da ESF e também com profissionais que atendem a demanda espontânea. Os 28% restantes responderam que estão instalados nas em unidades exclusivas para a Estratégia Saúde da Família.

As equipes “inquilinas” que dividem seu espaço com outras modalidades de atenção básica estão instaladas nos centros de saúde. Este inquilinato revela um lado danoso, quando é gerador de conflitos ocasionado pela falta de colaboração entre os profissionais de ambas as modalidades, atrito entre usuários, os de demanda espontânea e os encaminhados pelos ACS. Algumas dessas unidades, geralmente Centros de Saúde, abrigam mais de uma equipe, fato este que também concorre para o aumento dos embates. Um dos relatos obtidos aponta que existe “enfermeiro que não quer fazer o pré-

natal e então passa os seus pacientes, para o enfermeiro da outra equipe”, esses problemas resvalam para os usuários na forma de filas enormes, demora no atendimento, etc.

Questionados se a unidade de saúde possui a infra-estrutura adequada para o desenvolvimento das atividades, 67% responderam que não, 33% responderam sim. Os que consideraram a estrutura inadequada, afirmam que as unidades estão sucateadas, sujas, com equipamentos danificados. As equipes que estão instaladas em centros de saúde dispõem de uma estrutura mais ampla, devido ao maior número de salas, mas, mesmo assim este local torna-se inadequado quando três ou mais equipes devem dividi-lo. Várias das unidades visitadas possuem apenas uma sala para os enfermeiros de duas ou mais equipes instaladas no local. Os médicos, no entanto, têm salas individuais. As reuniões com os agentes de saúde, que vale salientar, são realizadas na sala dos enfermeiros, são agendadas com um mês de antecedência para não provocar conflitos com os demais profissionais.

Somada as questões acima estão a falta de material de limpeza, pinturas precárias, paredes mofadas, salas de curativos sem material, banheiros sem estrutura, salas sem fechadura, teto sem forro, entre outros.

Na PORTARIA Nº 114/2012 – SMSA, a Secretaria Municipal de Saúde disciplina todos os procedimentos logísticos conforme consta no Art. 4, inciso V-Demanda de Logística:

- a) Todos os pedidos de limpeza e manutenção de ar-condicionado e central, assim como consertos em geral de materiais permanentes, deverão ser encaminhados, diretamente à Superintendência de Atenção Básica por meio de documento ou via telefone (quando extremamente urgente), oficiando o Coordenador de Macroárea, ficando na responsabilidade, tanto do Diretor como do Coordenador, a informação à Superintendência de Atenção Básica se o serviço foi realizado;
- b) Todo pedido de aquisição de material permanente, bem como médico hospitalar, deverá ser enviado pelo diretor ao Coordenador de Macroárea;
- c) O pedido de Material de Consumo, de Expediente e de Limpeza, deverá ser encaminhado pelo diretor da unidade ao Coordenador de Macroárea, e este despachará diretamente à secretaria da Superintendência de Atenção Básica; (BOA VISTA, 2012, p. 04).

O Ministério da Saúde por meio da Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 afirma que compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal: garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a

execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde; garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas (BRASIL, 2011).

Apesar de todo esse arcabouço normativo, todas as unidades visitadas apresentam problemas na sua estrutura física. Problemas que vão desde a pintura deteriorada a pilares de sustentação de varandas completamente danificadas.

Relatórios de supervisão das equipes da ESF realizadas nos anos de 2007 e 2008, pela coordenação estadual da ESF, já apontavam os problemas acima

Falta de medicação na farmácia básica e a estrutura da mesma é péssima, ausência de ar condicionado para armazenamento dos medicamentos, poucas prateleiras (diversos tipos de medicamentos num mesmo local, o que pode contribuir para troca de medicamentos durante a dispensação) (RORAIMA, 2007, p.2).

O relatório de 2008 da mesma coordenação já sinalizava as precárias condições “Algumas equipes funcionam em locais inapropriados, que não tem sala de espera, consultório médicos e de enfermagem, banheiros, etc” (RORAIMA, 2008, p. 2).

Apesar de já terem transcorrido seis anos da supervisão realizada pela coordenação estadual da ESF, os problemas continuam os mesmos, alguns inclusive foram agravado, principalmente os relacionados à estrutura física das unidades. Todas as unidades visitadas apresentam problemas na estrutura física, principalmente pintura descascada, rachaduras nas paredes, portas quebradas, etc. Os móveis existentes nas unidades estão muito danificados, a maioria das cadeiras das salas de espera estão sem o encosto, escrivaninhas com gavetas quebradas, armários sem portas, etc. Outros problemas identificados foram: “gambiarras” na parte elétrica das unidades, torneiras inutilizadas e muito lixo espalhado no local, como pode-se conferir pelas fotos abaixo.

Cadeira do odontólogo quebrada e “guardada” no corredor de uma das unidades visitadas conforme fig. 1 abaixo. Esta unidade oferta atendimento odontológico para a população. O equipamento está quebrado a vários meses segundo o entrevistado e a unidade não tem previsão de quando o mesmo irá para concerto ou será substituído por um novo. Enquanto isso a população fica sem atendimento odontológico na unidade.

Figura 1 – Equipamento sucateado de uma unidade da ESF - Boa Vista/Roraima.



Na fig. 2 pode-se observar que as vigas de sustentação, do vão de entrada da unidade estão totalmente avariadas com as ferragens estão expostas. O prédio alugado está em situação muito precária, colocando em risco os profissionais e população que lá transitam diariamente.

Figura 2 – Fachada de uma das Unidades da ESF visitadas em Boa Vista/RR



A foto da figura 3 foi tirada na sala de curativos de uma das unidades visitadas. A cama que deveria ser utilizada para coleta de exames, realização de curativos, serve

como “mesa” para outros equipamentos. O colchão bastante danificado já deveria ter sido substituído.

Figura 3 – Sala de curativo e coleta de preventivo de uma Unidade da Saúde ESF – Boa Vista/RR



Na figura 4 apresentamos uma das fachadas observadas. A pintura está deteriorada, lixo espalhado, grades danificadas, etc. é o retrato do descaso da administração municipal com suas unidades de saúde.

Figura 4 – Fachada de uma Unidades da ESF –Boa Vista/RR



Em uma das salas de espera (fig. 5) observou-se, pintura deteriorada, bancos quebrados e sem encosto, piso muito sujo.

Figura 5 – Sala de espera para o atendimento de uma Unidade da ESF – Boa Vista/RR



O forro de uma das unidades básicas caiu, quase ferindo um funcionário que estava no local. Em época de chuva as salas ficam alagadas, devido ao grande número de telhas avariadas.

Figura 6 – Teto de uma Unidade da ESF – Boa Vista/RR



A inexistência de local adequado para guardar o material de limpeza (fig.7), coloca em risco a saúde da população, já que o armário que está sendo utilizado encontra-se em local de fácil acesso a população usuária do local

Figura 7 – Local de guarda de material de limpeza de uma Unidade da ESF- Boa Vista/RR



Questionados sobre a disponibilidade de material para a realização das atividades da equipe, 69% responderam que não dispõem de material e 21% que sim, que a equipe tem material necessário. Entre os materiais que mais faltam estão: teste de glicose (que em algumas unidades falta a mais ou menos um ano), material para curativos, material para coleta de preventivo, medicamentos, material de expediente, tinta para impressora, etc.

A falta de material para desenvolvimento das atividades das equipes, principalmente dos ACS, tendo sido apontado como problema no relatório de 2007 da coordenação estadual da ESF: “Falta de material para o desenvolvimento das ações (transporte, fardamento completo, balanças para os agentes de saúde, guarda-chuva, e materiais de consumo tais como lápis, caneta, bolsa, prancheta, boné, impressos)” (RORAIMA, 2007, p. 2).

Os problemas com falta de materiais também se aplicam aos Agentes de Saúde, onde 67% responderam que não dispõem de material, 16% responderam que dispõem dos insumos e 17% não souberam responder. De acordo com os relatos, faltam materiais como: balança, bolsa, protetor solar, guarda-chuva, capa de chuva, etc. Os ACS não recebem bicicleta e não recebem ajuda de custo para deslocamento. Para aquisição dos uniformes, a Secretaria municipal de saúde disponibiliza para cada ACS a quantia de R\$ 300,00, paga em duas parcelas, valor este insuficiente para a compra de tênis, calças e jalecos, indumentária adequada ao desenvolvimento das suas atividades.

Na pergunta que se refere à visita mínima que o Agente Comunitário deve fazer as famílias, que é mensal, 77% responderam sim, que cada ACS visita as famílias sob sua responsabilidade, pelo menos uma vez por mês. Outros dezesseis por cento responderam que os ACS não realizam a visita e 7% não responderam. A justificativa para as respostas “não” é que os ACS procuram ir às casas onde existem casos de hipertensos, diabetes (casos de doenças crônicas) e idosos. Pelas informações colhidas, a média é de 8 (oito) famílias visitadas por dia, todavia, quando há alguma intercorrência o agente passa mais de uma vez na referida residência.

Na pergunta: “Quando alguma pessoa ficou doente e/ou impossibilitada de se deslocar até o posto médico, o médico ou enfermeiro visitam esta residência? ”, 100% dos pesquisados responderam que “sim, tanto o médico quanto o enfermeiro visitam a residência”.

Os Agentes Comunitários, quando necessário, marcam consultas para portadores de necessidades especiais, gestantes, idosos, pessoas acamadas ou em situação constatada de agravamentos.

Quando questionados sobre a existência de filas para receber atendimento no posto de saúde, 53% responderam que as pessoas enfrentam filas, 47% responderam que não existe fila. Segundo explicações dos entrevistados, as filas são causadas pela população das áreas descobertas, que solicita atendimento e essas pessoas somam-se as já agendadas pelas equipes.

Todos os entrevistados responderam que o médico e o enfermeiro encaminham a população para outros serviços, quando necessário.

Quando alguns dos componentes das equipes visitam as famílias, 83% deles fazem perguntas sobre as condições de saúde de todos que moram na casa, porém 17% não tem essa preocupação, atendendo apenas as pessoas enfermas. Entretanto, houve menção que verificam aspectos de limpeza do quintal ou se há alguma doença contagiosa.

Quando questionados se os médicos que fazem parte da ESF cumprem 40/h de trabalho estabelecido pela legislação, 73% responderam que cumprem o horário e 27% que não. O cumprimento do horário na verdade é: o médico deve cumprir os dois expedientes, mas, sempre sai antes das 12 h e antes das 18 h portanto ele não trabalha 40 horas semanais. Em algumas equipes o profissional médico vai ao posto de saúde, atende os pacientes, ou visita as famílias agendadas pelos agentes e depois vai embora. Este problema já tinha sido evidenciado pela coordenação estadual da ESF, quando da supervisão as equipes em 2007.

No caso dos enfermeiros que fazem parte da ESF, todos os entrevistados responderam que este profissional cumpre às 40h estabelecidas pela legislação, mas, em uma das visitas pode-se constatar que esta informação é duvidosa já que se encontrou unidades sem enfermeiros às 11:00 horas e eles não estavam em dia e horário de visita as famílias.

Ao serem questionados se algum membro da equipe (entre médicos e enfermeiros) trabalha em mais de um município, 87% responderam que não sabiam e 13% que os profissionais tinham outro emprego, mas não sabiam se era em outro município.

Sobre a percepção da equipe com relação ao nível de satisfação da população com a qualidade de atendimento prestado nas unidades, 50% dos entrevistados percebem a insatisfação da população com o atendimento, 33% respondeu que percebem que a população está satisfeita e 17% não souberam responder. Averiguando sobre os prováveis motivos da insatisfação, a informação que se obteve é que: as equipes não funcionam como deveria (faltam médicos, agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem); outros querem atendimento imediato e sem filas; reclamam sobre a falta de medicação, falta de material para curativos; a equipe não consegue cobrir toda área que foi determinada; falta atendimento odontológico, pois quando tem o profissional na equipe, não tem material.

Alguns entrevistados manifestaram o interesse de acrescentar outras informações acerca das dificuldades e facilidades do trabalho da Estratégia Saúde da Família, assim constatou-se que em alguns bairros, principalmente aqueles cuja população tem maior poder aquisitivo, as famílias são resistentes e não aceitam a visita da equipe, alegando que tem plano de saúde. Outro item abordado foi o horário de funcionamento das unidades, onde duas afirmaram fechar a unidade por volta das 17h30min em virtude da violência do bairro, pois alguns componentes já foram assaltados.

Outro ponto importante que surgiu do item comentário foi sobre a figura do diretor das unidades de saúde. Espontaneamente 05 entrevistados comentaram os problemas causados por este gestor tais como: “ele não entende o nosso trabalho”, “pega no nosso pé por conta do ponto”, “diz que estamos gastando muito papel”, “o outro diretor era bom, mas, agora como esse é enfermeiro nosso trabalho ficou mais fácil”. Entende-se a importância de se nomear para este cargo um profissional da área da saúde ou um profissional que pelo menos procure conhecer as especificidades e particularidades do trabalho das equipes da ESF.

Informamos que foi aleatório o horário escolhido para aplicar o questionário aos profissionais nas unidades básicas de saúde, todavia foi possível perceber que quando as visitas eram realizadas nos horários a partir das 11h30min da manhã e das 17h30min da tarde, menor era o número de profissionais encontrados. Outro aspecto importante é que a diversidade de profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que responderam ao questionário permitiu um olhar diferenciado sobre os mesmos problemas, ou seja, o grau de criticidade dependia do status dentro da equipe de ESF.

De modo geral, pode-se dizer, a partir das informações coletadas e das observações realizadas, que Estratégia Saúde da Família ampliou o acesso da população aos serviços de saúde, contribuiu para o estabelecimento de maior vínculo profissional/comunidade e à incorporação de uma abordagem mais humanizada, expressado na maior participação das equipes nas atividades do bairro, no conhecimento dos problemas da comunidade e na compreensão da responsabilidade dos profissionais em relação aos moradores.

A implantação também proporcionou a população ampliação do acesso a medicamentos da farmácia básica e especiais, realização de exames laboratoriais básicos e de alta complexidade e atendimento com especialistas.

Como “nós críticos” os profissionais relataram a forte demanda por atendimento médico de populações de áreas descobertas, a baixa disponibilidade de profissionais médicos no mercado de trabalho local, devido principalmente ao baixo valor como remuneração a esses profissionais, o número excessivo de famílias por equipe; a falta de estabilidade do vínculo empregatício e o valor das remunerações, entre outros aspectos. Os profissionais destacaram ainda a falta de medicamentos, vacinas, material de consumo, limpeza e demais insumos necessários ao trabalho das equipes.

A estrutura física das unidades básicas foi o ponto mais comentado por todos os entrevistados. O sucateamento das unidades é visível e compromete o trabalho das equipes. A instalação de equipes em estruturas já prontas, a maioria em centros de saúde, também suscita reclamações, pois estes locais também carecem de salas para os profissionais da enfermagem e agentes comunitários de saúde, espaços para palestras, etc. Quando esse espaço existe deve ser dividido com as demais equipes “inquilinas”.

Fica patente neste trabalho o não reconhecimento da gestão municipal de Boa Vista sobre a contribuição da Estratégia Saúde da Família para a saúde da sua população. O processo de sucateamento das unidades básicas de saúde é o retrato do descaso dos gestores com os profissionais de saúde e a população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura consultada e explicitada por diferentes autores citados, sobre o desenvolvimento das políticas de saúde e o surgimento da Estratégia Saúde da Família como proposta de reorientação do modelo assistencial, propiciou a constatação de que mudanças significativas vêm ocorrendo no modelo de assistência à saúde no Brasil.

A mudança na forma de fazer saúde da ESF, o trabalho em equipe e a inclusão da família como foco de atenção, transpondo o cuidado individualizado focado na doença, podem ser destacados como progressos da atenção à saúde e como ajuda da ESF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde.

É necessário conscientizar os gestores e a população da importância da sua participação no planejamento das ações uma vez que é um trabalho de parceria ESF/família/comunidade. A troca constante de médicos, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários em decorrência das baixas remunerações, motivos “políticos”, precárias condições de trabalho e fragilidade dos vínculos empregatícios, colaboram para a troca de profissionais por outros, comprometendo, assim, todo o trabalho implementado, ou seja, impossibilita o estabelecimento de vínculos e o avanço das ações de saúde.

Nesse sentido, parece que a política municipal não reconhece os princípios norteadores do ESF e desconsidera a comunidade local como foco de atenção, dando a impressão de que o ESF é apenas um meio para reforçar a arrecadação e fortalecer as campanhas eleitoreiras.

Pode-se concluir, portanto, que se torna necessário oferecer atenção especial para a implantação e ampliação das equipes do ESF nos municípios, qualificando os profissionais, visando o atendimento integral das famílias, mudando não apenas o local de atuação, mas principalmente a conduta dos profissionais, dos poderes constituídos, responsáveis pela gestão da saúde no município. É importante questionar se, de fato, existe interesse por parte dos governantes em mudar a forma de fazer saúde. Esse é um impasse a ser superado, neste, e na maior parte dos municípios brasileiros. Por enquanto, é preciso que se diga, existe uma proposta com forte potencial para melhorar a atenção à

saúde da população, conseqüentemente a vida dessa população, mas que não consegue cumprir com esse objetivo em função das muitas debilidades na forma de execução do mesmo, o que demonstra o descaso das autoridades constituídas com a questão.

Sendo assim, acredito que este estudo trás elementos que são importantes e podem levar a algumas reflexões sobre o trabalho em saúde, tanto para os profissionais que compõem as equipes da ESF como para os gestores das Secretarias de Saúde, para que, com maior conhecimento dos problemas que afetam a atenção básica à saúde no município tenham condições de mudar essa realidade, possibilitando melhores condições de trabalho e melhor qualidade de vida da população de Boa Vista.

As condições de desenvolvimento desse trabalho, principalmente relativos ao curto tempo de desenvolvimento do mesmo, não permitiram aprofundar elementos importantes, como a análise dos impactos da implantação do ESF no município. Também não foi possível ouvir a população para perceber o grau de satisfação/insatisfação com relação ao Programa. Não obstante, foram levantadas informações importantes e inéditas, principalmente no tocante a implantação da Estratégia Saúde da Família no município, que poderão ser mais bem discutidas e aprofundadas em novos estudos e trabalhos. Não se esgotam aqui, portanto, as reflexões, as críticas e avaliações que abrangem o trabalho da ESF em Boa Vista.

Enfim, a Estratégia Saúde da Família em seu modo de operar os serviços de saúde, constitui-se num processo, e, assim sendo, não está concluído, sendo um desafio para os profissionais estabelecerem um plano de ação que se volte para uma ação mais cuidadora, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo essa compreendida como parceira da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; **SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento**. São Paulo: Editora Hucitec; Sobral: Uva, 2001.

BOA VISTA. Secretaria Municipal de Saúde. Regulamenta a organização da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Boa Vista-RR e dá outras providências. Portaria nº114/2012 de 30 de maio de 2012. **Diário Oficial do Município de Boa Vista**. 2012. Disponível em: <http://www.boavista.rr.gov.br/diariooficial/ano/2012/mes/5>
Acesso em: 04/06/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Fixa as atribuições básicas do agente comunitário de saúde Portaria nº 1.886/1997. **Diário Oficial da União**. 1997.
Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/13421-1886.html>
Acesso em: 04/06/2013

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS, 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Terminologia em Saúde**. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. Terminologia básica em saúde .Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. 49 p.
Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0113terminologia3.pdf
Acesso em: 05/06/2013

_____. Presidência da República. **Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979)**. Brasília, [s/d.]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/.../ANL6151-74.PDF . Acesso em: 05/10/2012

_____. Ministério da Saúde. **Manual do sistema de informação da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
Disponível em: : www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualsiab2000.pdf
Acesso em: 11/01/2013

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília. 2006. 300p.

_____. Ministério da Saúde. **O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil**. Brasília. Ministério da Saúde. 2002.

Disponível em: www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/publicacoes/psf_atencaobasica.pdf
Acesso em: 11/01/2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008. **Diário Oficial da União**. 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf. Acesso em: 20/11/2012.

_____. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em 30 jan. 2012

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Programa Saúde da Família. 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf. Acesso em 29 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 119 p.
Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf
Acesso em: 09/01/2013

_____. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n. 2.488 de 21 de outubro 2011. **Diário Oficial da União**. 2011.
Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>.
Acesso em: 04/06/2013

BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Org.) **Sistemas de Saúde Continuidades e Mudanças**: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec. 1. ed. São Paulo – Rio de Janeiro. Editora Hucitec Fiocruz, 1995. 259 p.

CAMPOS, G. W. S. **A Reforma Sanitária Necessária**. In: BERLINGUER, G., TEIXEIRA, S. M. F., CAMPOS, G. W. S. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. São Paulo. Editora Hucitec. 1988. 113 p.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI, L. Jr. **A Organização do Sistema de Saúde no Brasil**. In: Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Ed. UEL, 2001.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**, São Paulo, Prentice Hall, 2003.

CEAP. **Pacto pela Saúde Possibilidade ou Realidade**. Passo Fundo. IBFE/CEAP. 2009, 48p.

Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_pela_saude_possib_realidade_2ed.pdf
Acesso em: 08/05/2013

CORBO, A. A.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M.; Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro; EPSJV/Fiocruz, 2007.

Disponível em: <http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/textocompleto/007745>
Acesso em: 24/04/2013

COSTA, O. V.; Distribuição de Alimentos gratuita no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**. v.6, n.4, p.114 – 122, outubro/dezembro 1992

Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v06n04/v06n04_15.pdf
Acesso em: 21/10/2013

CREVELIM, M. A. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro.v.10, n.2, p.323 – 331. 2005.

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010207>
Acesso em: 10/01/2013

DALLARI, S. G.; ADORNO, R. C. F.; FARIAS, M. M.; SHUGAIR, N. S. M. S. A. Q.; TREWIKOWSKI, S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cad. Saúde Publi.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, 1996.

Disponível em: www.scielo.org/pdf/csp/v12n4/0245.pdf
Acesso em: 12/01/2013

DINIZ, A.M.A. SANTOS, R.O. Fluxos Migratórios e Formação da rede urbana de Roraima. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15, 2006, Caxambú, MG. **ANAIS ...Caxambú: ABEP**, 2006. P. 1- 20.

Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_345.pdf
Acesso em: 28/05/2013

SCOREL, S. **A Reviravolta da Saúde**: Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 213 p.

SCOREL, S. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990**: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 85 -434.

SCOREL, S. et al. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em grandes centros urbanos**: Relatório Final – Camaragibe (PE). Rio de Janeiro:

ENSP/Fiocruz, 2002. 345 p. Disponível em : <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/4%20III.%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20do%20PSF%20no%20munic%C3%ADpio%20de%20Camagibe.pdf> . Acesso em: 08/06/2013

SCOREL, S. et al. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em grandes centros urbanos:** síntese dos principais resultados. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2002. 228 p. Disponível em : <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Implementa%C3%A7%C3%A3o.pdf> . Acesso em: 08/06/2013

FLEURY, S; OUVENEY A.M. **Política de Saúde, uma Política Social.** In: GIOVANELLA, L; SCOREL, S; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C. de; CARVALHO, A.I. de. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FREITAS, A. Geografia e História de Roraima. Manaus: GRAFIMA. 2001. p

IBGE. **Atlas de Roraima.** Fundação Instituto de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 1981. 44 p.

MENDES, E.V. (Org.). **Distrito Sanitário:** O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo: Ed. Hucitec Abrasco, 1999, 310 p.

NORONHA, J.C.; LEVCOVITZ, E. **AIS-SUDS-SUS:** Os Caminhos do Direito à Saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.). Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1994.

NUNES, MO, Trad LB, ALMEIDA, BA, HOMEM, CR, Melo M.C.I.C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saúde Pública** 2002 novembro-dezembro; 18(6):1639-46.

Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf . Acesso em: 12/01/2013

OLIVEIRA, J.A.A; TEIXEIRA, S. M.F.; (Im) **Previdência Social** 60 anos de história da previdência no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes/ABRASCO. 1989. 357 p.

PAIM, J. S.; Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. In: ROUQUAYROL. M.Z; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e Saúde.** 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p 567-86.

PAIM, J. S., **Reforma Sanitária Brasileira:** Contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba. 2008. 356 p.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. On line 2011.

Disponível em: thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf

Acesso em: 20/07/2013

RODRIGUES, E. L. **Análise do processo de implantação da Certificação Ocupacional para Diretor Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo.** 2001, 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 2001

Disponível em:
<http://www.fcmscsp.edu.br/posgraduacao/cursos/down.php?file=201105191032532011-evertonlopesrodrigues.pdf>. Acesso em: 13/05/2013

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C.: Programa Saúde Da Família: A Construção de um Novo Modelo de Assistência. **Rev Latino-am Enfermagem.** São Paulo.v.13. n.6, p. 1027-1034. Novembro-dezembro. 2005. Disponível em:
www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf. Acesso em 29 jan. 2011.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual da Estratégia Saúde da Família. **Relatório de Supervisão das Equipes da Estratégia Saúde da Família no Município de Boa Vista/ Roraima.** 2007.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual da Estratégia Saúde da Família. **Relatório de Supervisão das Equipes da Estratégia Saúde da Família no Município de Boa Vista/ Roraima.** 2008.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos atores e políticas.** São Paulo: Hucitec, 2001. 292 p.

SILVEIRA, I.M.; GATTI, M. Notas sobre a ocupação de Roraima, migração, colonização. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi: Antropologia 4 (1) 43-64. 1988
 Disponível em: <http://repositorio.museu-goeldi.br/jspui/bitstream/123456789/467/1/B%20MPEG%20Ant%204%281%29%201988%20SILVEIRA.pdf>. Acesso em: 07/06/2013

SOUZA, C.M.; GIANLUPPI, M. V. Implantação do Programa Saúde da Família no Estado de Roraima. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília. 2000. v. 53. n. Especial. p. 135-137.

SOUZA, J. S. **Saúde em Roraima: Do parto em casa à assistência de hoje.** 2006, 105 f. Monografia (Curso de Comunicação Social) Universidade Federal de Roraima. 2006.

STAÉVIE, M. P. Migrações e Múltiplas Identidades Dos Migrantes Em Boa Vista –RR. In: ENCONTRO NACIONAL SOBRE MIGRAÇÕES, 7, 2011, Curitiba, PR. **ANAIS...** Curitiba: ABEP, 2011. P. 478 – 486.

Disponível em: e-revista.unioeste.br/index.php/gepec/article/download/6295/4805
 Acesso em: 27/05/2013

TEIXEIRA, S. M. F., **O dilema da Reforma Sanitária Brasileira.** In: BERLINGUER, G., TEIXEIRA, S. M. F., CAMPOS, G. W. S. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. São Paulo. Editora Hucitec. 1988. 113 p.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2005. 15(suplemento). P. 225 -264. Disponível em: www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf . Acesso em: 01/10/2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Como era a Saúde Pública no Estado de Roraima e em Boa Vista na época da implantação do ESF?

Houve alguma pressão ou alguma facilidade do governo federal para a implantação do ESF?

Como foi o processo de implantação da ESF? Houveram discussões? Quem participou? O número inicial de equipes implantadas foi adequado? Pequeno? Grande?

Qual o principal benefício que a implantação da ESF trouxe para a população naquele momento?

Houve prejuízos com a implantação?

Qual era a qualidade dos profissionais contratados na época da implantação? Eram experientes? Tinham qualificação na área?

A implantação da ESF foi discutida com a população?

Na época da expansão das equipes, os profissionais de saúde foram convidados a participar do processo? A população foi ouvida?

Como está o funcionamento da Atenção Básica atualmente, no município de Boa Vista?

Abrir espaço para o entrevistado tecer comentário que achar pertinente sobre o assunto em questão.

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MUNICÍPIO: _____ DATA: ____/____/____

EQUIPE: _____

ENDEREÇO: _____

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

 SIM. NÃO. ATENDE A QUANTOS HABITANTES

APROXIMADAMENTE.....

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

 SIM. NÃO.

PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A EQUIPE

.....
.....
.....

3 -O(s) profissionais(s) da ESF é(são) aquele(s) constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) –?

 SIM. NÃO. DESCREVA O(S) NOME(S) DO(S) MÉDICO(S) QUE NÃO CONSTAM DO CNES

1 -CPF.....

2.....CPF.....

3.....CPF.....

.....
.....
.....

4 - Há algum agente que é responsável por mais de 750 pessoas?

NÃO.

SIM. POR QUANTAS?

.....

5 - A equipe da ESF recebeu treinamento introdutório sobre o programa?

SIM.

NÃO. COMENTE

.....
.....

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

SIM.

NÃO. COMENTE

.....
.....

7 - A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde a equipe está instalada é exclusivamente voltada para atendimento da ESF?

SIM.

NÃO. COMENTE

.....
.....
.....

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

SIM

NÃO SE APLICA, PORQUE A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NÃO É ESPECÍFICA PARA A ESF

NÃO. POR QUE?

.....

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

SIM.

NÃO. POR QUE?

.....

10 - Os agentes comunitários de saúde dispõem de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades? (obs: os agentes devem dispor de meio de locomoção, uniforme, balanças e demais equipamentos, que devem ser fornecidos pela secretaria municipal de saúde)

SIM.

NÃO. POR QUE?

.....

11 - Os agentes comunitários de saúde visitam, no mínimo, mensalmente, as famílias da comunidade?

SIM.

NÃO. COM QUE FREQUÊNCIA?

.....

12 - Quando alguma pessoa ficou doente e/ou impossibilitada de se deslocar até o posto de saúde, o médico ou o enfermeiro visitaram a sua residência?

Sim. Tanto o médico quanto o enfermeiro já visitaram a família.

A família já foi visitada apenas por médico do ESF.

A família foi visitada apenas por enfermeiro do ESF.

A família não recebeu visita de médico ou de enfermeiro.

13 - Quando foi necessário, o agente comunitário de saúde agendou consultas?

SIM.

NÃO. POR QUE?

.....
.....

14 - As pessoas precisam enfrentar filas para receber atendimento?

NÃO.

SIM. COMENTE

.....
.....

15 - Quando alguém da família precisou de atendimento em hospital, a equipe de saúde da família fez o encaminhamento para realização de exames e tratamentos?

SIM.

NÃO. COMENTE

.....
.....

16 - Quando algum membro da equipe de saúde da família visita a família, o profissional pergunta sobre as condições de saúde de todos?

SIM.

NÃO. COMENTE

.....
.....

17 - O médico desta equipe atende por 40 horas semanais?

SIM.

NÃO. POR QUE?

.....
.....

