



UFAM

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO NA REALIDADE
DO BAIRRO MAUAZINHO**

Maria Rute de Souza Luna

Manaus
Outubro de 2011



UFAM

Maria Rute de Souza Luna

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO NA REALIDADE
DO BAIRRO MAUAZINHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Manaus
Outubro de 2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO NA REALIDADE
DO BAIRRO MAUAZINHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

BANCA EXAMINADORA

**Profa. Dra. SIMONE ENEIDA BAÇAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM**

**Profa. Dra. MARINEZ GIL NOGUEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM**

**Prof. Dr. JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE - FIOCRUZ**

Manaus
Outubro de 2011

DEDICATÓRIA

*À Lídia Camila Luna Salazar
Razão de todas as minhas vitórias*

AGRADECIMENTOS

O tempo passou, e este é o momento de agradecer a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, pois na vida não se constrói nada sozinho.

A Deus, por mais uma vitória concedida;

Aos meus pais por terem me concedido o dom da vida. Tudo começou com eles;

Ao meu esposo Líder Salazar pelo apoio sempre presente, por ter sido compreensivo nos momentos de impaciência, ansiedade e ausência, e por ter acreditado em mim quando nem eu mesmo acreditava;

Aos meus irmãos e irmãs Rita e Rose, pelo carinho, atenção e disponibilidade;

À tia Naza e tia Jeruza, sempre presentes em minha vida;

À minha orientadora Simone Baçal de Oliveira, pela contribuição em minha formação por estar ao meu lado compartilhando conhecimentos, amizade, e por me fazer entender que no conhecimento não existem fronteiras.

Ao professor Júlio César Schweickardt e Marinez Nogueira pelas importantes sugestões concedidas no exame de qualificação.

À prof^a. Nair Chase e a Marluce Lima pela contribuição no presente trabalho;

Aos usuários que aceitaram participar deste estudo, que disponibilizaram seu tempo e me receberam com tanto carinho.

À Equipe Saúde da Família L 18, especialmente ao enfermeiro e aos ACS, pelo acolhimento e contribuição.

Às colegas e amigas do Mestrado de Serviço Social – Ufam, Milena, Valmiene, Simone, Thalita, Bianca, e em especial Mirlene e Silvânia.

Aos professores do Mestrado, meu muito obrigada pela contribuição em minha formação.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar a operacionalização da Estratégia Saúde da Família no bairro do Mauazinho, a partir da perspectiva dos usuários sobre os serviços recebidos, dando destaque aos desafios que configuram no seu cotidiano, e estão associadas a uma rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias. Sendo assim, contextualizamos o processo histórico de implementação do SUS em Manaus, mapeando as ações de políticas públicas de saúde a partir desse cenário; Além disso, o trabalho em questão pretende evidenciar como estão sendo realizadas as ações de promoção da saúde no processo de operacionalização da ESF; Revelar a estruturação da atuação da equipe profissional sob o enfoque da interdisciplinaridade; bem como, identificar o processo de participação social na ESF. Para alcançar esses objetivos realizamos um estudo de caso qualitativo, realizado na Unidade Saúde da Família L 18, no Bairro da Mauazinho, onde os dados e informações foram coletados ao longo do processo de estudo, sendo em seguida analisados sempre à luz do referencial teórico. Convém destacar que o referido trabalho possibilitará um melhor entendimento, quanto a operacionalização da Estratégia de Saúde da Família no bairro do Mauazinho, assim como exemplificar o programa em Manaus. Este estudo visa contribuir para a melhoria das políticas públicas de saúde no contexto manauara, nas ciências sociais aplicadas, e nas ciências da saúde, bem como para um melhor desempenho das políticas públicas neste contexto. Outrossim, as abordagens acerca das categorias, promoção da saúde, interdisciplinaridade e participação social, suscitam o entendimento da operacionalização da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no contexto social adequados ao direito à saúde como atenção integral ao cidadão. Na presente pesquisa os principais resultados alcançados apontam que: a atuação dos profissionais na realidade desta pesquisa são ações isoladas, voltadas a uma atenção curativa, onde repercute o modelo tradicional de saúde voltado a cura de doenças, um fator preponderante que aponta o mais baixo nível da interdisciplinaridade, a multidisciplinaridade na equipe. Sendo assim, o contraste entre o discurso e a prática da promoção da saúde e da participação social em saúde, nos mostra uma série de desencontros e contradições nas construções de vínculos entre a comunidade e a equipe de trabalho. Pois, ficou evidente que as ações de saúde realizadas estão concentradas na resolução dos problemas clínicos. E as ações de promoção da saúde que envolvem as palestras educativas, as campanhas de prevenção e as visitas domiciliares, dentre outras atividades, foram avaliadas como formas positivas das ações de saúde, porém o que está deixando as famílias insatisfeitas é a ausência atualmente destas atividades na comunidade. E a participação social através do controle social, ainda é insipiente no contexto analisado, pois as pessoas ainda não estão conscientes de sua importância no processo das políticas de saúde. Finalmente, foi possível concluir neste estudo que saúde da família avançou, mais não transformou, pois nos deparamos com ações que intensificam ainda mais o paternalismo, com ações não emancipatórias. Onde o empoderamento político das famílias não acontece nos espaços democráticos, onde há incluídos e excluídos. Incluídos porque tem acesso aos serviços de saúde, mas surge a exclusão quando não há a participação da comunidade no controle social, ou nas ações de educação em saúde.

Palavras-chaves: Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Família, Amazonas.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the operation of the Family Health Strategy in the neighborhood of Mauazinho, from the perspective of users of the services received, highlighting the challenges that shape your daily life, and are associated with a network of System Unified Health to ensure comprehensive care for individuals and families. Thus, contextualize the historical process of implementation of SUS in Manaus, mapping the actions of public health policies from this scenario; In addition, the work in question intends to show how the actions are being undertaken to promote health in the operationalization FHS, and reveal the structure of the performance of professional staff with a focus on interdisciplinarity and to identify the process of social participation in the ESF. To achieve these objectives we conducted a qualitative case study conducted in the Family Health Unit L 18, in the neighborhood of Mauazinho, where data and information were collected throughout the study process, and then analyzed when the light of the theoretical. It should be stressed that this work will enable a better understanding, and the operationalization of the Family Health Strategy in the neighborhood of Mauazinho, as well as illustrate the program in Manaus. This study aims to contribute to the improvement of public health policies in the context of Manaus, in the applied social sciences, and the health sciences, as well as for better delivery of public policy in this context. Furthermore, the approaches of the categories, health promotion, interdisciplinary and social participation, raise understanding of the operation of the Family Health Strategy from the perspective of users in the social context to the appropriate right to health as integral to the citizen. In this study the main results show that: the performance of professionals in the reality of this research are isolated actions, one aimed at curative care, which echoes the traditional model of health care aimed at curing disease, one major factor which indicates the lowest level interdisciplinarity, multidisciplinary in the team. Thus, the contrast between rhetoric and practice of health promotion and social participation in health, shows us a series of misunderstandings and contradictions in the construction of links between the community and team work. Well, it was evident that health actions carried out are focused on solving clinical problems. And the actions of health promotion involving the educational lectures, prevention campaigns and home visits, among other activities, were assessed as positive forms of health, but what is leaving families unhappy today is the absence of these activities in the community. And social participation through social control, is still incipient in the context analyzed, because people are still unaware of its importance in the process of health policies. Finally, it was possible to conclude from this study that family health forward, not turned over because we are faced with actions that further intensify paternalism, with actions not emancipatory. Where the political empowerment of families does not happen in democratic spaces where there is included and excluded. Included because it has access to health services, but the exclusion arises when there is community participation in social control or the actions of health education.

Keywords: Family Health, Health System, Family, Amazon.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL E NO AMAZONAS: UMA ANÁLISE DA SUA EFETIVAÇÃO NO LIMIAR DOS ANOS 90	20
1.1 A Construção do Sistema Público de Saúde Brasileiro: Do Modelo Tradicional à Reforma Sanitária	20
1.2 O Novo Paradigma de Saúde: Da Constituição de 88 à atualidade no contexto brasileiro.....	26
1.2.1 Desafios e Avanços do Sistema Único de Saúde no Brasil.....	30
1.3 O Contexto de Implantação do Sistema Único de Saúde – SUS no Amazonas	34
1.4 O SUS em Manaus: desafios e perspectivas	40
CAPÍTULO 2 A SAÚDE DA FAMÍLIA: A FAMÍLIA COMO FOCO DE ATENÇÃO	56
2.1 A Família e as Políticas de Saúde: da atenção Familiar à Estratégia Saúde da Família	56
2.2 A Saúde da Família no Contexto Amazonense.....	67
2.3 A Saúde da Família em Manaus	70
2.4 A Saúde da Família no Bairro do Mauzinho	74
2.4.1 Os sujeitos da Pesquisa.....	77
2.5 A Percepção das Famílias quanto à Garantia da Atenção na Estratégia Saúde da Família	78
CAPÍTULO 3 PRESSUPOSTOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA.....	85
3.1 A Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família	85
3.2 Entre a Promoção da Saúde e a Preservação de Doença.....	92
3.3 A interdisciplinaridade na Estratégia Saúde da Família	100
3.4 O Olhar das famílias sobre as práticas de saúde da equipe da Estratégia Saúde da Família.....	102

3.5 Participação Social em Saúde.....	113
3.6 Participação Social na Estratégia Saúde da Família.....	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS.....	130
APÊNDICE.....	139
ANEXOS	148

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

CF – Constituição Federal

CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão

CEBES – Centro Brasileiro de Estudo da Saúde

DAB - Departamento da Atenção Básica

ESF - Estratégia Saúde da Família

IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensão

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS - Programa Agente Comunitário de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SF - Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa do Distrito de Saúde Leste	76
Figura 2: Identificação dos Sujeitos da Pesquisa	77
Figura 3: Distinção entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Organização dos Serviços de Saúde por bairro – Disa Norte	45
Quadro 2: Organização dos Serviços de Saúde por bairro – Disa Sul	47
Quadro 3: Organização dos Serviços de Saúde por bairro – Disa Leste	50
Quadro 4: Organização dos Serviços de Saúde por bairro – Disa Oeste.....	52

INTRODUÇÃO

Este estudo procede da motivação da pesquisadora através de experiências empíricas acumuladas nas áreas da Saúde e da Assistência Social, proponente a trabalhos desenvolvidos nas equipes da Estratégia Saúde da Família nos municípios de Beruri e Coari – AM, com vista a implantação, capacitação e execução do programa.

As experiências das diversas realidades foram cruciais, pois a partir da implantação e operacionalização da Estratégia Saúde da Família, com algumas dificuldades e até mesmo êxito, no que diz respeito ao desenvolvimento das ações executadas pela equipe de profissionais oferecidas aos usuários e seus impactos nas famílias atendidas pelo programa. Surgiram a partir deste contexto algumas inquietações que nortearam as seguintes problematizações: qual a Estratégia Saúde da Família formulada nas instâncias do Ministério da Saúde está sendo operacionalizada em seus diversos contextos, pois, quando nos deparamos com o cotidiano da ESF, sua operacionalização e suas dificuldades nas mais diferentes realidades, assim como em comunidades periféricas, com as devidas orientações do Ministério da Saúde¹, surgem às questões: como este programa está sendo operacionalizado no cotidiano das famílias que o utilizam? De que modo estas famílias percebem os serviços recebidos? Como estão sendo realizadas as ações de promoção da saúde? Houve alguma mudança de comportamento em relação aos cuidados com a saúde? Se não, então quais os fatores subjacentes a esta problemática? Está realmente ocorrendo a participação da comunidade no processo de implantação e operacionalização da Estratégia Saúde da Família?

Foram estes questionamentos que impulsionaram os objetivos desta pesquisa, onde através de estudos verificamos que o bairro do Mauzinho foi um dos pioneiros na implantação da saúde da família em Manaus. Sendo assim, esta reflexão se apoiará no estudo da Unidade Saúde da Família L 18, onde funciona a ESF na periferia deste bairro em Manaus. Dessa forma, o presente estudo faz uma análise da operacionalização Estratégia Saúde da Família - ESF em Manaus no bairro do Mauzinho, sob a perspectiva do usuário.

1 Ver Portaria 648/2006 que dispõem sobre o número de equipe, composição da equipe, objetivos dentre outro.

Assim neste estudo, contextualizamos o processo histórico de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS em Manaus, em que mapeamos as ações das políticas públicas de saúde a partir deste cenário e evidenciamos como estão sendo realizadas as ações de promoção da saúde no processo de operacionalização da ESF.

A pesquisa buscou também revelar a estruturação da atuação da equipe profissional sob o enfoque da interdisciplinaridade. Assim como, identificamos os resultados do processo de participação social na ESF.

No trato da construção teórico-metodológica deste estudo, utilizou-se uma abordagem qualitativa através do estudo de caso, onde priorizamos uma análise objetiva e subjetiva das famílias, no que condizem a teoria e a prática dos serviços da Estratégia Saúde da Família, na percepção do usuário, pois estes são os mais indicados para avaliar os serviços que recebem.

Assim, realizamos uma investigação que contemplou o conhecimento da realidade dessas famílias em relação às práticas de saúde, dos cuidados, e a maneira de como enfrentam os problemas de saúde. E sobre o qual dirigimos o tema desta investigação: A Estratégia Saúde da Família: um estudo no Bairro do Mauzinho, Zona Leste de Manaus, no período de 1999 a 2010. Elegemos neste estudo três categorias analíticas que, nos últimos tempos, vêm adquirindo relevância não apenas nas ciências da saúde, mas vem se tornando objeto de estudo também nas ciências sociais e ciências sociais aplicadas: promoção da saúde, participação e interdisciplinaridade, que nos orientaram a entender a operacionalização da ESF, onde estão entrelaçadas as práticas e as relações de usuários e profissionais no processo saúde – doença, a promoção da saúde é a metodologia adotada pela ESF, com ênfase na realidade social do usuário para desenvolver atividades para alcançar hábitos saudáveis e a autonomia como sujeitos de direitos, a participação da comunidade nas ações de saúde, bem como no controle social. E a interdisciplinaridade como um caminho para orientar a equipe a fim de avançar na assistência à saúde.

O tema da pesquisa justifica-se por sua própria relevância e instigação, onde sugere a atuação dos profissionais de saúde e a realidade das famílias usuárias dos serviços. As análises dos serviços de saúde, sobretudo as que privilegiam a percepção do ator social mais interessado nos serviços da ESF, os usuários, desvelam informações importantíssimas, sobre como está sendo operacionalizado o

programa no cuidado com sua saúde, e ainda como percebem o seu desenvolvimento, oferecendo aos profissionais envolvidos análise de como está sua atuação nos serviços, possibilitando tomada de estratégia capaz de possibilitar para ambas as partes um melhor desenvolvimento dos serviços de saúde.

Os informantes da pesquisa serão os próprios usuários dos serviços de saúde, ou seja, foi analisado se ocorreu ou não mudanças de cuidados com a saúde, assim como a qualidade dos serviços desta política, tendo em vista a análise como um instrumento democrático. Com isso, daremos voz aos sujeitos da pesquisa para melhor entendermos a realidade social, expectativas e percepções desses atores sociais sobre os serviços da Estratégia Saúde da Família, pois, a satisfação do usuário, é entendida na sua conexão com a percepção, e considerada um componente importante de avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

Por meio da busca no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, identificamos cadastradas 1.760 famílias na Unidade Saúde da Família L. 18. Para a identificação das famílias foram utilizados registros realizados pela Estratégia Saúde da Família, como o prontuário do paciente, e também informações verbais fornecidas pelos membros da Estratégia Saúde da Família. Após, identificadas o número de cadastro das famílias que se enquadraram nos critérios para participação na pesquisa procedeu-se a seleção, pois a critério utilizado das famílias a serem entrevistadas, foi o de diversificar o máximo o número de famílias existentes por microrregião, em função do número dos agentes comunitários de saúde. Ou seja, um agente comunitário de saúde, para cada microárea, sendo estas 12 microáreas, onde foram selecionadas duas famílias por área, perfazendo um total de 24 programadas no projeto. Porém, em uma das microáreas não encontramos famílias que se enquadrasse com os critérios de inclusão. Sendo assim, realizamos 22 entrevistas.

Em se tratando de uma pesquisa qualitativa, buscamos em não nos preocupar com quantidade, e sim, com a representatividade, bem como, a disponibilidade dos membros das famílias em seus domicílios onde realizamos as entrevistas. Dessa forma, a validade da amostra na pesquisa qualitativa, corresponde àquelas capazes de responder as questões abordadas, ou seja, sendo suficiente o número de entrevistas quando abordadas as reiteraões, bem como o esgotamento das categorias nas falas dos sujeitos (BOSI & AFFONSO, 1998). Assim, encontramos microáreas em que não havia nenhuma família com os critérios,

e outras que havia mais de duas; então, selecionamos a família moradora mais antiga.

Após, a seleção das famílias participantes da pesquisa, os agentes comunitários de saúde foram a princípio a ponte que nos levaria às famílias, sendo solicitados que estes atribuíssem o endereço correspondente de cada família selecionada de sua microárea.

Consideramos como critérios para inclusão dos sujeitos da pesquisa: moradores da área de abrangência desde a sua implantação do Programa Saúde da Família em 1999, até o momento da pesquisa, e que utilizam os serviços da Estratégia Saúde da Família. Sendo o mais antigo morador, adulto, de diferente sexo e faixa etária, por entender que estes usuários têm melhores condições de avaliar os serviços oferecidos. Como critérios de exclusão foram todos aqueles que não se encaixam nos critérios de inclusão acima apresentados.

O presente estudo foi realizado no período de 2009 a 2011, com pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e observação direta, abrangendo várias situações das ações de saúde e das vivências das famílias. Construímos também um diário de campo no qual registramos informações adicionais ao processo de coleta. O roteiro da entrevista abrangeu ampla gama de questões relativas às categorias.

De posse do conjunto do material da pesquisa empírica, adotamos como técnica a análise de conteúdo, para entender os significados explícitos ou implícitos das falas dos usuários. Assim, realizou-se a transcrição das entrevistas e leituras, repetidas vezes do material empírico, procurando ordená-lo e agrupá-lo em conteúdos semelhantes de forma a atender os objetivos de acordo com as categorias.

Sendo assim, aplicamos os dados na pré-análise, de forma a classificar os resultados em estruturas de relevância e harmonizando temas para ordená-los nos conteúdos. Dessa forma os classificamos como aspectos de análise, tais como, a promoção da saúde, a interdisciplinaridade e a participação social. Porém, no momento da classificação foram percebidos outros aspectos de análises emergidos dos discursos das famílias, que convém chamá-los de categorias secundárias, como o acesso na ESF, caracterizados como barreiras financeiras, barreiras geográficas, barreiras de informação e barreiras organizacionais, assim como a infraestrutura da Unidade Saúde da Família.

Dessa forma, os resultados obtidos foram submetidos à interpretação, para evidenciar as informações coletadas. Sendo assim, realizaram-se as interpretações acerca das dimensões teóricas originárias da exploração dos dados coletados, bem como a harmonização do material empírico, ultrapassando a descrição dos dados, e com isso, estabelecendo relações que possibilitem novas explicações e interpretações a cerca da realidade pesquisada no que concretizou esta pesquisa, estruturada em três capítulos a seguir:

No capítulo I, apresentamos como se deu a implantação e a implementação do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição de 88, bem como seus desafios e avanços a nível nacional. Apresentamos ainda, como ocorreu à organização do Sistema Único de Saúde em Manaus, a partir da abordagem do contexto de implantação no cenário amazônico, e de modo específico Manaus com seus desafios e perspectivas, mapeando as ações das políticas públicas de saúde implementadas a partir deste cenário, a organização dos serviços de saúde por meio dos distritos - bairros na realidade atual da capital amazonense. Objetivamos neste contexto revelar o processo histórico das políticas de saúde em relação ao Estado e as influências do sistema econômico no âmbito da saúde pública a nível nacional e local, para melhor entendermos a Estratégia Saúde da Família que está inserida neste sistema de saúde.

Ao capítulo II cabe inicialmente traçar uma discussão sobre a priorização da família no contexto das políticas de saúde, bem como um debate sobre a política da Estratégia Saúde da Família - ESF, e sua contextualização no cenário amazônico, manauara, e de modo específico no bairro do Mauzinho, *lócus* dessa pesquisa. A partir deste enfoque enfatizamos a caracterização dos serviços de saúde existentes, e o perfil dos sujeitos, abordamos também a percepção das famílias quanto ao acesso na garantia da atenção e na organização dos serviços de saúde.

O recorte aqui apresentado tem como objetivo principal demonstrar as abordagens sobre os resultados da pesquisa empírica, para evidenciarmos as contradições e potencialidades da ESF na realidade de seus usuários.

Finalmente, no capítulo III busca-se analisar a Estratégia Saúde da Família na realidade das famílias usuárias da Unidade Saúde da Família L 18, sob a luz das categorias, demonstrando os resultados apresentados a partir da percepção destas.

Dessa forma, enfatizamos a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família, com os resultados dos dados empíricos, através da percepção das famílias

usuárias; abordaremos também a interdisciplinaridade na Estratégia Saúde da Família, demonstrada pelas famílias usuárias sobre a atuação da equipe e suas ações desenvolvidas no decorrer do processo da operacionalização da ESF no bairro; e finalizamos com a participação social em saúde, e de modo mais específico a participação social na Estratégia Saúde da Família, focalizada na realidade das famílias.

Com isso, esta pesquisa contribuirá para a análise dos serviços de saúde oferecidos para a população de Manaus, bem como, com informações científicas, dadas a escassez deste tipo de pesquisa, relacionadas ao tema que poderão subsidiar o redirecionamento das políticas de saúde no cenário da capital amazonense.

CAPÍTULO I

Mas é preciso ter força, é preciso ter raça,
quem tem no corpo esta marca
tem a estranha mania de ter fé na vida.
(MILTON NASCIMENTO “Maria, Maria”)

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL E NO AMAZONAS: UMA ANÁLISE DA SUA EFETIVAÇÃO NO LIMAR DOS ANOS 90

Analisaremos neste capítulo o processo histórico que antecedeu o Sistema Único de Saúde, assim como sua implantação e implementação, a partir da Constituição de 88, seus desafios e avanços a nível nacional, e de modo particular a organização do Sistema Único de Saúde em Manaus.

1.1 A Construção do Sistema Público de Saúde Brasileiro: do Modelo Tradicional à Reforma Sanitária

Abordaremos aqui como se estruturou o sistema de saúde no Brasil, com seu caráter previdenciário e preventivista, para dessa forma entendermos as raízes da Estratégia Saúde da Família que está inserida no sistema público de saúde brasileiro.

As políticas de saúde e sua organização são resultados de longa trajetória de lutas ideológicas, políticas e econômicas. Sendo assim, o surgimento das políticas sociais na sociedade brasileira, ocorreram na década de 30 como respostas às reivindicações trabalhistas, devido a conjuntura pelo qual o País estava imerso, no que diz respeito ao processo de industrialização.

Neste contexto Bravo (2000) ressalta que, a conjuntura contribuiu para o surgimento de políticas sociais de forma *orgânica e sistemática*, a partir da questão social em geral e as de saúde em particular. Sendo assim, acontece no Brasil um processo de interiorização dos serviços de saúde, onde a participação do Estado na formulação de políticas visava ser uma das estratégias nacionais por intermédio da educação e da saúde pública.

Dessa forma foi constituído, o modelo médico – assistencialista privatista, esse modelo assistencial é baseado no método de intervir diretamente na doença, que se caracteriza em um atendimento de caráter curativo.

Esse modelo tem sua origem na assistência filantrópica e na medicina liberal as quais se expandiram com a urbanização e a industrialização brasileira que ocorreram de forma acelerada, resultando no crescimento de uma classe trabalhadora urbana que necessitava de atendimento médico e individual para a manutenção da força de trabalho. Esse sistema desenvolveu-se a partir do que foi denominado de sistema previdenciário (Iaps, Inps e Inamps), visando cobrir inicialmente apenas as famílias de trabalhadores que estavam inseridos no mercado de trabalho (BRAVO, 2000).

As características das políticas de saúde tornaram-se mais consistente no decorrer das décadas, e no período de 1945 a 1950 houve mais investimentos voltados para a saúde pública. Com isso, foi possível melhorias nas condições sanitárias, mais não foi suficiente. Esse sistema de saúde expandiu-se exclusivamente através do atendimento a demanda dos trabalhadores na sua auto-avaliação de saúde.

Com o predomínio da indústria e das atividades urbanas na economia, este modelo de saúde também se desenvolveu, com mais recursos e consolidou um grande e complexo sistema de atendimento individual, necessitando cada vez mais de investimentos onde esses recursos foram destinados a construção e manutenção de hospitais e a contratação de médicos para atender a população. Estes serviços de saúde não atendiam as demandas da população, pois eram fornecidos pelos serviços dos institutos.

Sob a influência da política do *Welfare State*² na década de 60, em todo o mundo, os serviços públicos de assistência à saúde são ampliados, aumentando de forma significativa o número de hospitais e também dos serviços públicos de saúde.

² Segundo Therborn (1999) a partir desta década houve uma grande expansão do Estado do Bem-Estar Social em todo o mundo, e grande parte dos investimentos do Estado foi destinado à educação, saúde e aos serviços sociais. Nessa perspectiva Boschetti (2009) analisa que o neoliberalismo apoiado no livre mercado assolou os países capitalistas que adotou a expansão do Estado do Bem-Estar Social, orientando programas de governo na Europa e também na América Latina e consequentemente no Brasil. Porém, no caso latino americano de alguma forma foi instituída a seguridade social, e que as teorias keynesianas foi determinante para o desenvolvimento e a expansão das políticas públicas e da seguridade social, devido o Estado exercer função importante em seu desenvolvimento econômico por meio da ampliação das políticas sociais.

Entretanto, a sociedade brasileira pós 1964 passa por um período singular, quando os militares tomam o poder através de um golpe de Estado. E, apesar da pressão à assistência médica até este período, os serviços de saúde continuavam sendo fornecidos pelos institutos. Desenvolveram-se também nesta década os programas de educação em saúde com base no setor privado, e reproduziam-se na política social as novas tendências da política capitalista implantada. O setor da saúde assumia as características capitalistas através da incorporação das mudanças tecnológicas.

Na saúde pública ocorreu uma decadência neste período, enquanto que, a medicina previdenciária cresceu. Neste contexto houve a ênfase na prática médica curativa individual, assistencialista e especializada.

Dizemos, portanto, que o sistema político de saúde historicamente se caracterizou pelo dualismo de tais modelos, ou seja, com grande separação entre as atividades curativas da assistência à saúde e as atividades preventivas. As instituições sofreram divisões de atribuições devido a estes dois sistemas. Pois, de um lado encontrava-se o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde, que eram responsáveis pelas atividades de prevenção e promoção, enquanto que, de outro lado estava o INPS e depois o Inamps, que lhes cabia a responsabilidade pelas atividades curativas, ou seja, as consultas, os exames, as hospitalizações, as cirurgias e etc.

Esses dois modelos geraram disputas pelos recursos, como se fora uma distribuição desigual da oferta com assistência médico-hospitalar, concentrando-se nos grandes centros urbanos, onde se encontrava os beneficiados que eram os trabalhadores de carteira assinada, encontravam-se também os profissionais principalmente os médicos, assim como os medicamentos e equipamentos de saúde e de serviços.

Diante desta realidade, não haviam resultados satisfatórios sobre a saúde coletiva, nem o sistema hospitalar resolvia os problemas individuais com qualidade, o que desenvolveu diversas críticas e assim, foram elaboradas várias propostas de reforma do sistema de saúde a partir dos anos 70. O poder instalado no aparelho estatal em 64, não conseguiu ao longo de vários anos consolidar sua hegemonia, e gradativamente, foi modificando a sua relação com a sociedade civil. Sendo assim, no período de 1974 a 1979 a política social foi à estratégia de autoritarismo

burocrático, que visava obter maior efetividade na questão social a fim de amenizar as reivindicações populares.

Neste momento a política nacional de saúde enfrentou uma grande mudança entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses das coesões burocráticas, advindas dos setores empresarial e estatal, assim como, a emergência do movimento sanitário (BRAVO, 2000).

O modelo sanitaria preventivo da era militar priorizou a medicina preventiva, mas esse modelo não foi eficaz para resolver os problemas de saúde coletiva, entre elas, as epidemias e endemias e, assim os trabalhadores que estavam sem carteiras assinadas encontravam-se excluídos do sistema previdenciário. Foi necessário assumir uma nova postura diante à situação. Com isso, foi definida a formação do Movimento Sanitário em contraposição ao sistema de saúde previdenciário da ditadura militar.

O movimento originou-se em meados da década de 70. Devido às péssimas condições de saúde da população brasileira, alguns intelectuais, profissionais de saúde, organizações populares e sindicatos, assim também alguns burocratas, descontentes com tal realidade, organizaram-se em defesa da profissão e dos direitos dos usuários. Como resultado desse descontentamento organizou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Abrasco e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - Cebes. Foi a partir dessas associações que se desenvolveu o Movimento Sanitário. Esse movimento pretendia a garantia do direito universal da saúde, assim como, um sistema de saúde único e estatal.

O movimento sanitário contribuiu de maneira significativa para o desenvolvimento da democracia na saúde, além do que houve o reconhecimento da saúde como uma obrigação do Estado, onde foi elaborado um documento intitulado *Pelo Direito Universal à Saúde*, que demonstra o Estado comprometido de maneira concreta e definitiva com a assistência à saúde da população.

As ações desenvolvidas nos departamentos de medicina preventiva e social, pelo Movimento Sanitário, apontam no caminho da luta pela transformação das condições de saúde da sociedade brasileira, em direção aos trabalhadores, na construção de valores sociais trabalhistas, na luta por um sistema de saúde com princípios: *universal, equânime, acessível e democrático, quando pensa na saúde como valor universal e se concentra no alvo de impedir a mercantilização da saúde* (SCOREL, 2005, p.190).

As reformas ocorridas na estrutura organizacional de saúde não reverteram à predominância da participação da Previdência Social, através das ações curativas. Assim, o Ministério da Saúde, recuperou as medidas de saúde pública de forma limitada e só aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

Mas a influência da Conferência de Alma – Ata³ no Brasil, constituiu-se em vários programas voltados aos serviços de atenção primária, desarticulada do restante dos serviços de saúde, e aos poucos foram integrados no sistema uma vez que, deslocados do nível de assistência, até então, centralizada nos hospitais.

Dentro dessas medidas, destacamos a interiorização dos serviços de saúde, a implantação da estrutura em saúde básica, e o aumento da cobertura por meio de programas pilotos.

Na década de 80, o Brasil passou pelo processo de democratização política e superou o regime da ditadura militar que ocorreu desde 1964, e sofreu uma grave crise econômica. Com essa transição democrática ocorreram algumas decepções, e nessa transição que ainda permeava o conservadorismo não houve ganhos para a população.

Nesse período, a saúde passou por processos de transformações democráticas, através de um amplo debate que contou com a contribuição da sociedade civil. Os profissionais de saúde representados por suas entidades defenderam questões mais coletivas, como, melhoras para a situação da saúde na sociedade brasileira e o fortalecimento do setor público. O movimento sanitário com o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde – Cebes contribuiu para a ampliação do debate com temas relacionados à saúde e democracia. O processo de mobilização da sociedade teve continuidade na elaboração da nova constituição democrática, que originou com a aprovação de todo um capítulo voltado para a área da saúde. Para Escorel (2005), isso foi um reflexo, em parte, do pensamento e da luta do movimento sanitário brasileiro.

Nessa conjuntura ocorreu a realização, em março de 1986 da 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco que introduziu a saúde como foco de interesse para a sociedade, e assim o governo assumiu a reforma sanitária e tornou possíveis as transformações do sistema de saúde brasileiro. Os pontos principais

³ Vasconcelos (p. 170, 2008), menciona que devido à progressiva valorização de expansão da atenção primária como estratégia de valorização da saúde, resultado da Conferência da OMS e do Unicef realizada em Alma-Ata, na URSS no ano de 1978, sobre atenção primária, ficou considerada um marco político dessa tendência, e alguns países aderiram esta proposta, inclusive o Brasil.

aprovados na Constituição de 1988 foram: o direito universal à saúde; a saúde como um dever do Estado, dentre outros.

Esse processo histórico resultou na criação da Lei 8.142 / 90 do Sistema Único de Saúde - SUS, em uma maneira de legitimar e legalizar, além de operacionalizar os direitos garantidos pela Constituição Federal. Assim, foi designado o universalismo, a descentralização, a integralidade, a equidade e a participação da comunidade, assegurada pelas leis n.º 8080 / 90 sobre a criação das conferências e dos conselhos de saúde, que representou a afirmação do direito à saúde em substituição das ações de saúde curativa.

Com as eleições de 1989, em plena crise econômica, o governo adotando a política econômica neoliberal restringiu a área da saúde, reduzindo o papel do Estado e remeteu a regulação da saúde para o setor privado.

Vale ressaltar que nas décadas de 70 e 80 tivemos no Brasil os precursores da Estratégia Saúde da Família. Eram programas de ações de atenção primária, baseadas na estratégia de visitantes domiciliares e na adstrição da clientela. As ações eram direcionadas para clientes de alto risco em relação a doenças infecto-contagiosa. Esses modelos foram implantados em locais considerados carentes como a região Norte e Nordeste e em periferias dos centros urbanos (MENDES, 2002).

Nesse contexto Bravo (2000), nos diz que houve reformas importantes do Estado no setor da saúde na década de 90, que resultou num sistema hierarquizado, integrado e regionalizado, dividido em dois subsistemas. O primeiro, seria o momento inicial de acesso ao SUS, que visa o controle a prevenção e as doenças básicas ou a *porta de entrada* do usuário nas unidades básicas de saúde, e no Programa Saúde da Família. Estas instituições fariam o encaminhamento dos casos mais graves de doença para o hospital, ou seja, nos casos de mais urgência, o atendimento seria no hospital. O segundo subsistema denominado referência ambulatorial, se caracteriza em um atendimento voltado a urgência, ou a atendimentos especializados.

1.2 O Novo Paradigma de Saúde: da Constituição de 88 à Atualidade no Contexto Brasileiro

Na década de 80 a América Latina estava envolvida em reformas de cunho econômico e político que caracterizava o modelo neoliberal,⁴ com a abertura econômica dos mercados ao capital internacional, diminuição dos gastos públicos, privatizações das empresas públicas e dos serviços sociais. Com o resultado desse modelo econômico foi convertido em mercadoria desde a satisfação das necessidades básicas, entre as quais a saúde e a seguridade social, até então atribuídas ao Estado. E submetendo todas as necessidades básicas as leis da oferta e da procura.

A partir da segunda metade dos anos 80, porém com maior solidez nos anos 90, se iniciou um processo de reconfiguração dos sistemas de saúde sob a pressão de vários fatores que estavam destinados pela versão neoliberal da política e do desenvolvimento econômico e social. Os sistemas de saúde da América Latina não ficaram de lado; foram também incluídos nestas concepções neoliberais.

O discurso neoliberal em saúde tornou-se hegemônico, e houve mudanças nesses sistemas em praticamente todos os países da América Latina, que adotaram as concepções oriundas em particular da Universidade de Harvard e do Banco Mundial⁵ (GÓMEZ, 2002).

O Brasil nesta década passou pelo processo de democratização política e superou o regime da ditadura militar. Com a transição democrática ocorreram

⁴ O neoliberalismo é entendido como um conjunto de idéias políticas e econômicas de cunho capitalista que defende a não participação do Estado na economia. Segundo Frigotto (1995), a concepção central do neoliberalismo é transformar o Estado em uma proporção mínima necessária ao capital e a redução dos direitos sociais, tais como: o direito à educação, à saúde, a estabilidade do emprego dentre outros. E o mercado assim como o setor privado em eficiência, qualidade e equidade.

⁵ As propostas de Harvard revestiram-se em uma emergência do Banco Mundial cuja sigla é Bird (Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento) para o financiamento da saúde em vários países do mundo, entre eles o Brasil. Em 1987 foi publicado o documento *Financial Health Services in Developing Countries: an agenda for reform* onde ditava suas futuras ações de cunho neoliberal no que diz respeito a políticas públicas no campo social. Misoczky *apud* Weber (2006), traz à luz que neste documento apresenta-se a proposta de redução da responsabilidade do Estado no financiamento da saúde. Em 1989, outro documento foi proposto intitulado *Adult Health in Brasil: adjusting to new challengers*, onde se afirmou as propostas do documento anterior. O autor aponta neste documento que a evidência dos direitos de cidadania não funcionam em países em desenvolvimento devido à ineficiência do Estado, em contraponto a eficiente organização do setor privado. O autor ainda menciona que, em 1993 outro relatório foi proposto o *Investing Health*, o qual firmou ainda mais as propostas de 1987, porém propunha controlar várias intervenções técnicas na atenção básica no que diz respeito às doenças assim como, suas consequências em países em desenvolvimento.

algumas decepções, pois ainda permeava o conservadorismo. Até esse período a saúde era de caráter privatista e curativa, ou seja, quem não pagava, estava isento deste serviço ou ficava à mercê das instituições de caridade.

Segundo Elias (2004), é nesse momento da História brasileira que se encontrava indefinida o projeto econômico para o Estado, pois é no processo de saída do período militar que a saúde se torna uma seguridade social sob a legitimação da Constituição Federal.

Nessa década tivemos importante ruptura da cultura de paradigma nas políticas de saúde brasileira. A reforma da saúde trouxe profundas mudanças no modelo de assistência à saúde pública, legitimada e legalizada na Constituição de 1988, um marco de prioridades da política do Estado, garantindo a saúde como direito, partindo do princípio da universalidade, da descentralização municipal, da integralidade, da regionalização e da hierarquização, onde suas ações e serviços pressupõem a promoção, a proteção e recuperação da saúde.

Fleury (1997) aponta que, foram criadas formas de gestão onde a sociedade civil organizada garantiu a presença de um Estado que mudava a concepção da política de saúde. Este novo modelo de Estado se contradiz em vários aspectos com a democracia representativa, quando se cria, formatos de representação setorial direta do executivo.

Sabemos também que esses direitos foram conquistas de cunho histórico, resultados de muita luta dos trabalhadores, profissionais e intelectuais por meio de greves e reivindicações dos Movimentos da Reforma Sanitária, onde seus objetivos seriam alcançados com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, criado em 1988, sob o governo de Sarney, e só foi regulamentado nos anos 90. Porém, é dever do Estado prover as condições indispensáveis para seu exercício, por meio de políticas públicas, pois, trata-se a saúde como uma garantia pública por meio de métodos de cura, prevenção e promoção.

Pela primeira vez, em uma Constituição Federal Brasileira, a Saúde foi assegurada como um direito do cidadão e dever do Estado, e garantida através de políticas sociais e econômicas, Art. 196.

A partir de então, a saúde seria uma política social compondo o tripé da seguridade social brasileira, juntamente com a assistência e a previdência social, um direito universal da população brasileira, garantido por Lei. Portanto, nos convém indagar em que consiste a “saúde como direito de todos e dever do Estado”?

Reportamos-nos para Cohn, Nunes, Jacobi e Karsch (2008), onde afirmam que essa relação:

Implica enfrentar questões tais como: a de a população buscar a utilização dos serviços públicos de saúde tendo por referência a sua proximidade, enquanto para os serviços privados a referência consiste em “ter direito”. (p. 25) E ainda: debruça-se não só pela carência diagnosticada, mas a sentida pela população, e da mesma forma, não só sobre as necessidades de saúde tecnicamente diagnosticada, mas também sobre o processo através do quais essas necessidades se transformam em demandas. (p.26)

Entendemos que essa problemática do direito a saúde se torna uma prioridade do Estado para com a população, pois a saúde deve estar ao alcance de todos com qualidade, e que a demanda de determinado grupo social seja também prioridade, pois, busca-se atender as necessidades da população em todos os níveis de atenção. Pois, a universalidade aos serviços de saúde significa que, todos têm direitos ao seu alcance, nos serviços e ações de saúde que dela necessitar.

Segundo os mencionados autores a problemática atual da saúde, na transição democrática, e também nas demais esferas, é como conciliar as desigualdades sociais arraigadas em nossa cultura democrática que tatuam a realidade da sociedade brasileira em um contexto de desvalorização das políticas sociais.

Escorel (2008) traz à luz que, no período de 1989, as negociações giram em torno das leis que seriam as estruturas operacionais da reforma. Segundo a autora, o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o III Congresso Paulista de Saúde Pública, deram importantes contribuições para as ações operacionais do SUS.

Em janeiro de 1990, Fernando Collor toma posse da Presidência da República, e em seu governo foi interrompida a mediação do Estado onde o Ministério da Saúde, novamente assumiu a administração e o repasse de recursos, estabelecendo relação direta com os municípios, minimizando com isso, a participação dos Estados. Houve também a redução dos recursos da saúde que foi de US\$ 3 milhões entre os anos de 1990 e 1992 (ARRETCHE, 2000), foi legalizado o projeto de formulação da Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080 e a 8.142, que definia o modelo operacional, seus princípios, atribuições e objetivos do novo sistema de saúde brasileiro, com isso começava a construção do SUS.

Assim, podemos dizer que esse novo modelo de saúde se estruturou com três características marcantes, das quais podemos mencionar a criação de um sistema unificado e nacional de saúde, a descentralização, onde o gestor será municipal, e a

criação de novas formas de gestão, onde será envolvida a participação de atores políticos e sociais.

A implementação e regulamentação do SUS, ocorreu efetivamente após a criação da Lei Orgânica de Saúde nos anos 90, e também as Normas Operacionais Básicas (NOB's) que o regulamentavam. Portanto, vale mencionar que houve problemas quanto à sua implantação, pois para ocorrer mudanças de conjuntura é necessário articulação e interesse em todos os setores, porém, há resistência para a permanência em relação ao antigo modelo estruturado e baseado nas doenças, em ações curativas e individualistas.

Os avanços adquiridos pela redemocratização política do país na Constituição de 88, principalmente no setor social, passaram por restrições políticas e econômicas.

Noronha, et al. (2005), comentam que na construção do SUS não foi diferente, pois o direito à saúde legitimado constitucionalmente, e a organização de um *sistema universal e igualitário*, descentralizado e mantido financeiramente por fundos públicos, ocasiona um confronto com as restrições fiscais, assim como uma paralisação social na maioria da população.

Entendemos a construção do SUS como um processo difícil, talvez um ideal de saúde que se esbarrou em profundas relações ditadas pelas forças políticas e econômicas, que ainda impediam sua real consolidação no país e, até hoje, encontramos desafios para sua operacionalização. Haja vista que, no ano 2000, 99%⁶ dos municípios brasileiros já haviam implantado o SUS (ARRETCHE, 2005). Cabe - nos aqui questionar: será que os princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade no acesso, a igualdade e a integralidade na assistência, a participação da sociedade, a descentralização, a regionalização e a hierarquização de ações e serviços de saúde, estão realmente sendo efetivadas em quanto garantia dos cidadãos e dever do Estado? Abaixo buscamos analisar estes fatores através dos avanços e desafios do Sistema Único de Saúde brasileiro.

⁶ Fonte: Marta Arretche (2005) no artigo *A Política da Política de Saúde no Brasil*. Neste artigo a autora se apoiou na pesquisa publicada em *Toward a Unified and More Equitable System: health reform in Brazil* (KAUFMANN e NELSON, 2004).

1.2.1 Desafios e Avanços do Sistema Único de Saúde no Brasil

O processo de construção do SUS se deu nos anos 90 e, este modelo foi diferenciado daquele proposto e seguido durante a ditadura militar.

Segundo Cohn e Elias (2003), o Sistema Único de Saúde é considerado a política pública de saúde mais ambiciosa e abrangente já formulada no País, e surge completamente sitiada pela disposição da relação Estado e sociedade. Porém, o centralismo ainda persiste, pois o Governo Federal continua com o financiamento, bem como a formulação e as diretrizes das políticas de saúde, restando aos municípios pouca autonomia, cabendo a estes o papel de implementar as diretrizes do Governo Federal.

Nessa lógica, Arretche (2005), analisa que foram as raízes de formação do Estado brasileiro, onde as esferas estaduais concentraram atribuições, capacidades e responsabilidades ao Governo Federal, e no SUS atribuiu-se também as funções de financiamento e coordenação ao Ministério da Saúde, onde concentrou-se o poder de mando e desmando da saúde. A presença do setor privado que o Estado paga para a população ter acesso aos serviços de saúde, torna-se também, desafio para um sistema que busca a equidade e a universalidade.

O SUS enfrenta com bons resultados, a lógica neoliberal, no sentido da reorganização do sistema de saúde de cunho privatizante. Porém, no setor privado o Brasil predomina com um percentual de 58% dos gastos em saúde, no ano de 2003 (UGÁ e MARQUES, 2005). Isso se deve ao fato de, na ocasião em que o SUS se estruturava o Brasil estava sob a política macroeconômica neoliberal.

E como consequência ocorreu às distorções no financiamento, porque o acesso à assistência médica se vincula a um contrato com a previdência social, e o Estado se exime da responsabilidade financeira em uma grande parte de investir na saúde (COHN e ELIAS, 2003). Com isso, o avanço do SUS ficou acorrentado às amarras da própria política econômica da qual se destaca a ideia de redução do papel do Estado em relação ao controle dos gastos do setor saúde, e conseqüentemente, ocorreu uma diminuição da capacidade do Estado de formular e executar as políticas sociais.

Os autores acima analisam que, a maioria dos problemas de saúde da população seria resolvido na atenção básica, nos centros de saúde e ambulatórios, assim, criou-se uma estrutura de serviços de alta complexidade e densidade

tecnológica, no qual a população é atendida por serviços onde sua lógica de acesso não corresponde as necessidades de atendimento, mas atende aos princípios do setor privado.

A divisão entre o setor público e o privado é um fator preocupante que, segundo a autora mencionada, cabe ao setor público o caráter coletivo – preventivo, e para o setor privado o individual de maior complexidade, o mais lucrativo.

Um sistema discriminatório e injusto ainda se faz presente no SUS, pois o sistema de saúde se torna seletivo ao fazer distinção entre seus usuários, onde os trabalhadores dispõem de serviços de saúde mais diversificados, devido ao vínculo com a previdência social; e a população em geral fica à mercê dos serviços públicos de saúde, tendo de enfrentar filas de espera para ter acesso aos serviços de saúde mais complexo (cirurgias, tomografias, dentre outros).

Analisamos que as heranças das políticas de saúde anteriores, foram por muito tempo destinado à população de caráter discriminatório e seletivo, persistindo ainda arraigadas no SUS. Assim, convém novamente mencionar Cohn e Elias (2003) quando nos diz que, as políticas sociais brasileiras apresentam como características *a baixa eficiência, o clientelismo, o paternalismo*. E as políticas de saúde não fogem a estas regras, pois, essas heranças culturais se manifestam em todas as esferas da sociedade brasileira.

A descentralização é um ponto crucial a ser analisada, para Noronha, et al. (2008), no Sistema Único de Saúde a descentralização passa por dificuldades de cunho institucionais e de financiamento. O autor analisando Arretche (2000) salienta que, em países heterogêneos a exemplo o Brasil, as políticas projetadas e implementadas pelo âmbito governamental, com interesse na descentralização e que obtenham a aprovação das demais esferas, podem equilibrar obstáculos de estruturas de Estados e municípios, assim como, elevarem a qualidade da ação desses governos, na medida em que se inclina a minimizar custos, ou de certa forma ampliar benefícios no que diz respeito, a assumir novas responsabilidades. Nesse sentido os autores apontam que: *depreende-se a consolidação de um sistema público e universal fortemente orientado pela diretriz de descentralização, em um país federativo, imenso e heterogêneo como o Brasil (p.456)*.

Considerado um dos mais importantes desafios para a consolidação do SUS, é a superação da desigualdade existente no sistema de saúde brasileiro. Os autores mencionados nos dizem que, deve ocorrer a compatibilidade da saúde como um

direito do cidadão brasileiro, porém, respeitando as diversidades regionais e locais, onde deve ocorrer uma mudança no desenvolvimento do papel do Estado nas três esferas de governo, possibilitando o fortalecimento da gestão pública com objetivos diferenciados nas esferas federal, estadual e municipal, e também a divisão de competência e articulação dos princípios com decisões regionais.

Para Noronha (2005) isso se reveste de complexidade, devido à construção do sistema, que foi erguida com bases centralizada no âmbito Federal, por meio do Ministério da Saúde.

Deve-se considerar a desigualdade da distribuição geográfica dos serviços públicos e privados. Com isso, princípios como a regionalização, a hierarquização e a integralidade indicam uma gestão de redes em saúde que não sejam estabelecidos conexão diretas a uma mesma unidade administrativa, ou seja, a gestão deve ter sua própria unidade político – administrativo e que não estejam relacionadas às redes interestaduais, envolvendo outros Estados, e as intermunicipais com os outros municípios. A articulação intersetorial para a implantação e desenvolvimento de políticas que compreenda ações diretamente relacionadas ao atendimento das necessidades de saúde da população.

O Estado deve atuar em outros campos estratégicos, além da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e a assistência, devendo atuar também nas políticas de cunho científico em saúde, de produção industrial e insumos, assim como na formação de recursos humanos. Percebemos, com isso que, há certa limitação do Ministério da Saúde, no que diz respeito à incorporação de outras estratégias e atuações, pois se deve buscar também envolver a saúde em questões de cunho social, econômica e científica dentre outros (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

Depois do caminho até aqui percorrido, buscamos traçar uma concisa avaliação dos avanços e dificuldades do Sistema Único de Saúde - SUS⁷ à luz de Noronha, Lima e Machado (2008) as quais destacamos:

O SUS avançou no setor da **descentralização** com a transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios, e como dificuldades ocorre à imprecisão com pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, o que pode vir a ocorrer

⁷ Fonte: Quanto aos avanços e as dificuldades do SUS foram adaptados de um quadro analítico de Noronha, Lima e Machado (2008).

uma fragmentação do sistema. Outro avanço é o estabelecimento das comissões intergestores (tripartite e bipartite) e instâncias efetivas de decisão. A dificuldade consiste nos conflitos acentuados, assim como a competitividade nas relações entre os gestores nos diversos níveis de poder.

Quanto à relação **público-privado** temos como avanço o aumento da oferta pública dos serviços de saúde. E, o aumento da capacidade gestora em diversos Estados e municípios. Em quanto dificuldades, temos: o crescimento do setor privado subsidiado, com seguimentação da clientela: a regulação continua insipiente sobre os prestadores privados do SUS; o aumento de novas maneiras de articulação público-privado como: terceirizações, fundações de cooperativas dentre outras.

No **financiamento** os avanços foram: o aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde. A elevação progressiva das transferências automáticas fundo a fundo, de recursos federais para os Estados e municípios. As dificuldades apontadas foram: a não implantação do orçamento da seguridade social; instabilidade de fontes durante muito tempo dos anos 90, e a Emenda Constitucional só foi aprovada em 2000: insuficiente volume de recursos para o setor; pouca participação dos recursos estaduais no financiamento da saúde; distribuição de recursos federais que continua seguindo o padrão de oferta; pouca adoção de mecanismos de transferências interestaduais e intermunicipais de recursos para o SUS.

A **atenção aos usuários** avançou em: ampliação do acesso em termos da população assistida, assim como o aumento das ações oferecidas pelo SUS; inovações nas ações de vários Estados e municípios no que concerne a mudança do modelo de gestão (adscrição da clientela, vínculos e integralidades das ações); mudanças nas práticas de atenção em diversas áreas, exemplificando a saúde mental; expansão do programa agente comunitário e da Estratégia Saúde da Família; melhoria dos indicadores de saúde em várias áreas do País. Como dificuldades foram destacadas: a desigualdade no acesso, a persistência de distorções no modelo de atenção, a exemplo: a medicalização, o uso inadequado de tecnologias; e problemas quanto à qualidade da resolutividade da atenção nos vários serviços do SUS.

No setor dos **recursos humanos** temos os seguintes avanços: aumento da capacidade técnica de gestão do sistema de saúde nos âmbitos federal e municipal. As dificuldades apresentadas foram: alterações na formação dos profissionais de

saúde; problemas de Estados e municípios na contratação de profissionais que foram dificultadas ainda mais, pela conjuntura de Reforma do Estado, com pressões para reduzir gastos com recursos humanos; distribuição desigual dos profissionais de saúde no País; aumento da precarização das relações de trabalho entre os profissionais.

No **controle social** houve avanços na constituição dos conselhos de saúde no âmbito nacional, com a participação dos usuários em todas as capitais e na maioria dos municípios brasileiros. As dificuldades apontadas foram: funcionamento efetivo dos conselhos de forma variável e o predomínio consultivo de conselhos no que condiz ao caráter deliberativo em várias situações na política.

Provisão e regulação de insumos: Quanto aos avanços temos: o aumento e a disponibilidade de insumos, e também equipamentos em locais até então desprovida desses recursos; garantia de medicamentos nos programas específicos de Diabéticos e Hipertensos, HIV (Aids) dentre outros; a política de medicamentos genéricos. As dificuldades mencionadas se caracterizam em: desigualdade e insuficiência na distribuição dos insumos; forte presença do setor privado nos serviços de procedimentos de diagnósticos; dificuldades de acesso a alguns tipos de medicamentos e equipamentos; limites na assistência farmacêutica pública; pouca regulação do Estado sobre os mercados nos insumos.

A reforma do sistema de saúde no Brasil vê-se dentro de um contexto social mais amplo, o que necessariamente implicará em um maior gasto público em saúde, com utilização mais eficiente e equitativa dos recursos, e por sua vez, com maior participação dos diferentes autores, sejam eles o Estado, as famílias e ou usuários. Que não deverá ficar só em aspirações da necessidade de dar cobertura na atenção sanitária aos mais pobres e abandonar a exclusão, a seletividade do assistencialismo que atenta contra a equidade, a universalidade e a solidariedade humana em saúde.

1.3 O Contexto de Implantação do Sistema Único de Saúde – SUS no Amazonas.

Após termos analisado a implantação e a implementação do SUS, seus avanços e desafios a nível nacional, buscamos também traçar uma análise do sistema de saúde da cidade de Manaus.

Nessa região, assim como as demais do Brasil, tem suas especificidades, porém, aqui há algo de peculiar devido à convivência entre o homem amazônico e a imensa floresta, a cultura e a natureza, que se transformam em uma só, pois uma é consequência da outra através das relações objetivas e subjetivas entre o caboclo, o índio, a sociedade, a natureza e as relações econômicas.

Embora o desenvolvimento ocorrido pelos ciclos econômicos na região tivesse beneficiado o comércio internacional, não trouxeram modificações abrangentes de cunho social, e no setor da saúde os serviços de políticas públicas para a sociedade como um todo, foi insuficiente.

Albuquerque e Cóvas (1998) analisam que, se estruturou na época uma saúde pública singular, voltada apenas para uma assistência curativa, individual de urgência e emergência, com forte presença das instituições de caridades.

Esse sistema se perdurou por muitos anos na realidade da população manauara. Nesse sentido, Cyrino e Alves (1998) retratam que, foram desenvolvidas ações voltadas para o setor secundário e terciário, ou seja, predominava um modelo assistencial com características centralizada na figura do médico, hospitalocêntrico com bases em uma assistência puramente curativa e individualista.

Esse modelo de assistência resistiu até a década de 70, quando ocorreram várias transformações devido à influência de um novo modelo econômico regional, denominado de Zona Franca.

A Zona Franca de Manaus foi efetivada no governo de Castello Branco, em plena ditadura militar, a partir do Decreto-Lei n.º 288/67 de 28 de fevereiro de 1967, quando foi criado, o Parque Industrial de Manaus na zona Leste da Cidade. Este significaria um novo ciclo econômico para a cidade de Manaus, e de certo modo para a região Norte. Mas, lado a lado desse centro industrial e comercial, de importação e exportação, ocorreu um grande deslocamento de massas populacionais, alterando com isso, a paisagem urbanística e demográfica da cidade.

Nesse sentido, Santana (1984) evidencia que, as populações migrantes eram de baixa renda, e ocuparam as áreas periféricas, os igarapés e os terrenos baldios de Manaus, ocasionando com isso, favelas e becos, dando um nítido contraste social com a modernização que ocorreu por meio dos investimentos federais como a expansão das telecomunicações, o sistema de transporte e a ampliação dos serviços de infra-estrutura da cidade, abastecimento de água, e a coleta de lixo que infelizmente não alcançou a todos.

Diante disso, nos torna indispensável às análises de Karl Marx (1998), onde menciona que a burguesia:

(...) criou cidades enormes; aumentou em grande escala a população urbana se comparada à rural, e assim resgatou considerável parte da população da vida rural (p.15). E ainda: a burguesia coloca obstáculos cada vez maiores à dispersão da população, dos meios de produção e da propriedade. Aglomerou populações, centralizou meios de produção e concentrou a propriedade em algumas poucas mãos (KARL MARX, 1998, p.16).

A atualidade do pensamento marxista quanto ao modo de produção capitalista e suas consequências ao espaço urbano, nos dar parâmetros para entendermos o processo da Zona Franca e seus impactos sobre a sociedade. Convém mencionar que este não é o foco de nosso estudo, mas é indispensável pensar em sistema de saúde sem as condições econômicas e políticas, uma vez que estas mantêm estreita relação.

O crescimento econômico do moderno Polo Industrial na capital amazonense gerou renda, empregos, tributos e concomitantemente foi alvo de um expressivo fluxo migratório de alguns Estados brasileiros a exemplo: o Ceará, o Maranhão, o Pará, e grande parte da população oriunda do interior do Estado atraída pela ilusão de ascender economicamente.

Nesse período em Manaus, houve muitas desigualdades no que diz respeito às zonas de ocupação, onde algumas áreas foram mais valorizadas e, outras ficaram à mercê de situações socialmente vulneráveis, ocasionando com isso, uma nova estrutura urbana na capital amazonense.

Lopes (1998) nos diz que, a ocupação ocorreu no sentido norte da cidade, onde foram construídos os conjuntos residenciais para atender a população que chegavam de todo o País. No centro os terrenos foram valorizados devido o comércio, na zona leste ocorreu à implantação de órgãos públicos administrativos, devido à proximidade com o Distrito Industrial e a grande disponibilidade de terras. E nas margens dos rios foram construídas serrarias e estaleiros com finalidade comercial. A demanda populacional vinda do interior ocupou as margens dos igarapés.

Ao se deparar com a realidade da vida urbana muitos desses migrantes se aglomeraram em zonas periféricas que originou um espaço geográfico e social denominado de ocupação, onde desassistidas as pessoas convivem diariamente com a ausência de direitos básicos, como a educação, a alimentação, a falta de

habitação, saneamento básico, segurança pública e principalmente, ações básicas de saúde. De maneira direta ou indireta, estes fatores socioeconômicos acentuam problemas como o desemprego, a violência, dentre outros fatores que precariza a convivência destes atores sociais, ocasionando com isso, um contraste econômico – social de uma sociedade dualista entre pobreza e riqueza. O mito do desenvolvimento econômico proposto para a região amazônica e de maneira singular para a capital amazonense.

Furtado (1981) se reporta ao desenvolvimento econômico como uma ilusão e nos diz que, para ocorrer o surgimento ou a diferença fundamental, e a origem à linha divisória entre desenvolvimento e subdesenvolvimento é a maneira pela qual é orientada a utilização do excedente criado pela produtividade. Por isso: *a atividade industrial tende a concentrar grande parte do escoamento em poucas mãos e a conservá-la sob controle do grupo social diretamente comprometido com o processo produtivo* (p. 26).

O autor nos mostra com isso que, nos países periféricos os recursos econômicos gerados, ficam restritos nas mãos de alguns, o que gera uma desigualdade regional ou local, onde uma região cresce economicamente, enquanto que outra estagna, e essa renda não avança até a grande população, necessitada de políticas sociais.

A população que fica excluída do acesso a bens e serviços na sociedade amazonense ocasiona um novo e ao mesmo tempo complexo perfil epidemiológico regional. Pois, os determinantes que garantem a produção e a proliferação das doenças, e de modo mais específico às endemias estão relacionadas diretamente aos processos sociais, que não mais como antes, pensava-se que os fatores ecológicos eram considerados determinantes nos surgimentos de doenças.

Nessa perspectiva Djalma Batista (2007) nos revela pontos negativos em consequência da implantação da Zona Franca de Manaus, o grande fluxo migratório, que intensificou a propagação de doenças, com pessoas que portavam características propícias a esse desenvolvimento endêmico:

Sem educação sanitária e vivendo miseravelmente, aumentou em muito os problemas sanitários da terra: distúrbios nutritivos, sobretudo atingindo crianças (com ênfase especial para as venéreas, que se difundem assustadoramente com o desenvolvimento da prostituição feminina e masculina), além da malária, da amebiana e da leishmaniose (DJALMA BATISTA, 2007 p.354).

Isso demonstra a ocorrência de doenças, consequência desse novo perfil econômico, onde nem a cidade, e tampouco o Estado estavam preparados para receber esse contingente populacional. Com isso, não havia estruturas e políticas públicas para recepcioná-los e evitar as problemáticas sociais e patológicas.

Diante disso, com o aumento dos aglomerados humanos nas periferias da cidade e a proliferação das doenças, forçou maior demanda e reorganização do sistema de saúde na capital amazonense.

Galvão (2003) aponta que, na década do governo de João Walter, foram criadas algumas instituições de saúde pública onde percebemos uma grande expansão dos serviços de políticas públicas de saúde no Amazonas. Foi criado o Plano de Implantação de Unidades Médicas no Interior-Piumi, um programa, que dotou a capital de unidades sanitárias com funcionamento de oito horas diárias, com serviços além de atividades básicas. Ocorreu também à implantação do Sistema Estadual de Saúde em 07 de julho de 1971, e através da Portaria n.º18/72, de 24 de fevereiro de 1972 foram fundados e regulamentados vários hospitais como o Hospital Getúlio Vargas, Hospital Infantil Dr. Fajardo, Maternidade Ana Nery, Hospital Colônia Eduardo Ribeiro e o Hospital de isolamento Chapot Prevost.

Em 1974, ocorreu a criação da Secretaria Municipal de Saúde em Manaus, desde então esta instituição passou a dividir responsabilidades com o governo do Estado. E assim, houve uma reorganização das ações de saúde da atenção básica.

Alves e Cyrino (1998) fazem referência que foram construídos postos e centros de saúde, por meio da gestão das ações básicas com baixa e média complexidade, focalizadas para atenção primária voltadas ao atendimento das prevalências de saúde, onde se concentrava o maior número de unidades de saúde nos bairros periféricos da capital amazonense.

Em 1976 o Amazonas possuía 69 instituições públicas de saúde, das quais 23 estavam situadas na capital amazonense. Enquanto que, as instituições privadas totalizavam um total de 24 em todo o Estado, porém, 16 estavam situadas em Manaus. As instituições mantenedoras perfaziam um total de 93 em todo o Amazonas, sendo 22 eram de cunho especializado, e 15 compunham a rede privada, apenas sete estavam vinculadas à rede pública, e todos estavam localizados na capital amazonense (SANTANA, 1984).

A década de 80 demonstra um aumento das instituições de saúde no Amazonas, onde se encontrava um cenário de saúde pública diferenciado, embora

não fosse o ideal, já se contabilizava 123 estabelecimentos de saúde, onde 82 pertenciam à rede pública e 41 eram instituições privadas.⁸

Percebemos que, a expansão dos serviços de saúde foi um fato, no entanto, se deu devido à necessidade da população manauara se encontrar com carência de serviços de saúde pública, e as péssimas condições sanitárias que aumentavam os agravos de doenças e as epidemias.

Esses serviços não foram suficientes, pois não atendiam às necessidades da população e devido às ineficiências dos serviços públicos, entram em cena com toda força a iniciativa privada. Barros (1995) nos diz que, no final da década de 80 houve um aumento da oferta de serviços dessas instituições no que diz respeito à instalação de internações, que revela a presença dos serviços de saúde privado, onde representariam 70% dos serviços de saúde em Manaus.

Santana (1984) nos diz que, embora os serviços de saúde tivessem passado por ampliações alcançando inclusive as periferias, não foi suficiente ou satisfatório, por não oferecer de forma efetiva, programas de prevenção devido às precárias condições de estruturas. E ainda, a expansão dos serviços de saúde, públicos ou privados apresentaram sim, um grau de eficiência voltado particularmente à atenção médica curativa.

Consideramos que a constituição das estruturas de saúde no Amazonas e de modo mais específico em Manaus, baseou-se em uma concepção inserida nas relações capitalistas. A reorganização administrativa e política deste setor fazem surgir um novo espaço de poder estabelecido pelas regulamentações políticas e econômicas, para o cuidado com a saúde e o controle das doenças, onde as intervenções políticas são insuficientes no que concernem as populações vulneráveis.

A cultura é um processo que está em constantes mudanças, pois perde, inova e incorpora. Felizmente, a assistência médica e o uso de remédios industrializados já fazem parte da cultura contemporânea, pois, há instituições que buscam um sistema de saúde mais equitativo, e dessa forma se esbarra em jogos políticos de maneira que causa um paralelismo de ação no caso de Manaus, deixando uma

⁸ Damos destaque ao Sesp – Fsesp inicialmente denominado de Serviço Especial de Saúde Pública e posteriormente de Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública, implantado no Amazonas (1942-1990), com a finalidade de realizar o saneamento, preparar profissionais para atuar na saúde pública, combater a hanseníase e pesquisas sobre a malária. Sua atuação foi de grande relevância no que condiz a contribuição no desenvolvimento da saúde pública em Manaus e no Amazonas.

camada da população em um nível baixo de saúde, emperrando, com isso, um desenvolvimento igual e democrático de direitos na saúde.

É relevante elucidar que realizamos esse panorama histórico do sistema de saúde em Manaus, para melhor compreendermos a construção e a realidade do Sistema Único de Saúde - SUS na capital amazonense, pois desvelando seu processo histórico, podemos entender e apontar características peculiares de sua formação nos dias atuais que se configuram em enigmáticas, ou seja, sua explicação está na raiz histórica de sua formação.

1.4 O SUS em Manaus: Desafios e Perspectivas

Como foi analisado anteriormente na década de 80 e 90, houve muitos avanços no setor da saúde brasileira. Entre essas conquistas destaca-se a legalização da Lei Orgânica da Saúde (8080/90). Manaus, e todo o Brasil buscavam se adequar ao novo paradigma de saúde nacional, com as novas diretrizes e princípios do SUS.

O Sistema Único de Saúde em Manaus se organizou com alicerces de cunho econômico e político, incrementado por desigualdades estruturais e sociais. O primeiro diz respeito aos ciclos econômicos que priorizou e beneficiou os setores econômicos, seguindo a lógica capitalista ampliando e transformando ainda mais, as contradições entre proletariado e o capital. O segundo com estrutura no qual o Estado não definiu como prioridade um sistema de saúde equânime e universal, mas, interesses relacionados a outros fins.

Galvão (2003) nos diz que, o futuro da medicina em Manaus depende de dois fatores: o primeiro e provavelmente o mais importante é o modo direto da organização e mobilização do povo amazonense: a exemplo, temos o próprio hospital universitário que tem dificuldades para renovar-se. Outro fator que merece destaque é a implementação do SUS, que ainda sofre muitas resistências e desafios quanto a sua efetivação na participação social e na municipalização.

Assim, se conjectura que o SUS em Manaus ainda passa por muitas dificuldades e desafios, devido a problemas estruturais, pelas razões de cunho políticos e técnicos, pois ainda se perdura na cultura amazonense resquícios de uma política baseada em interesse patrimonialista, metamorfoseada através do Estado

burocrático, considerado por Holanda (2001) a relação público-privado, que se configura em traço estrutural da sociedade brasileira.

Em razão disso, Galvão (2003) retrata a existência de uma forte resistência a respeito das mudanças por partes de autoridades políticas locais, assim também, a disputa pelos cargos políticos no setor da saúde manauara, tornando-se um grande entrave para a efetivação do SUS. O autor ainda menciona que, o problema número um da Amazônia é a ausência da organização e de lutas da população por seus direitos, pois: *os colonizadores destruíram todas as formas de organização da Amazônia*. E com isso foi retardado, o máximo que puderam os benefícios para suas populações (p.28).

Na década de 90 houve um surto de cólera que demonstrou a fragilidade do sistema de saúde local, bem como as precárias condições de saneamento da região. Nesse sentido Barros (1995) nos diz que, a expansão da cólera evidencia a precarização das políticas públicas de saúde, no que condiz a educação em saúde, saneamento básico, população residentes em periferias, qualidade de vida e certa acomodação por parte dos governantes, pois, a cólera já tinha sido erradicada. Assim, Manaus sendo uma cidade amazônica não ficou de fora desse cenário endêmico. Foi nessa década que foram implantadas as primeiras equipes de agente comunitário de saúde no Estado, e mais tarde as primeiras equipes do programa saúde da família, tema desenvolvido em nosso segundo capítulo.

Com bases nos pressupostos da municipalização da saúde por meio do Sistema Único de Saúde, Manaus passou a implantar mudanças no que diz respeito a estruturas de reorganização do sistema local de saúde, baseado na nova conjuntura emergente do País. Foi estabelecido o processo de zona sanitária espacial,⁹ preconizado por um novo modelo assistencial de cuidados com a população, ou seja, a adoção de distritos sanitários baseados em critérios geográficos e demográficos. Porém, não foi levado em consideração o perfil epidemiológico da população, quanto à distribuição do processo saúde – doença e seus fatores determinantes (ALVES E CYRINO, 1998).

A distritalização da saúde objetiva organizar os serviços, e não aumentar ainda mais a desigualdade no acesso, e no atendimento dos serviços de saúde.

⁹ O sistema de Saúde em Manaus, inicialmente organizou-se estruturalmente, em seis zonas geográficas: Norte, Sul, Centro-Sul, Centro-Oeste, Leste e Oeste, seguindo a divisão estabelecida pelo Instituto Municipal de Planejamento – Implan, no qual em 1995 foi estabelecido um zoneamento sanitário, com os três níveis de atenção (BARBOSA, 2004).

Com o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, foram criadas as NOBs,¹⁰ a NOB 96, foi que orientou a habilitação do estado do Amazonas e de Manaus. A NOB 96 dá prioridade para a atenção básica e institucionaliza o Piso de Atenção Básica – PAB, o programa saúde da família e os agentes comunitários de saúde. Neste sentido, pretende-se priorizar a promoção da saúde ao invés do modelo de assistência curativa.

Manaus então tentou se habilitar na condição de Gestão Plena da Atenção Básica em 1998, seguindo as orientações da NOB/96. Porém, embora tivesse sido programada para 2001, infelizmente não aconteceu. Até 2003, não ocorreu a municipalização de nenhuma Unidade Básica de Saúde estadual em Manaus, apesar das muitas tentativas de ambas as secretarias, inclusive com a intervenção dos Conselhos de Saúde e do Ministério Público. Esses entraves aconteceram devido a problemas políticos e mesmo técnicos de cunho estadual e municipal, inclusive alguns equívocos políticos e gerenciais dos governantes, e também dos gestores quanto aos seus papéis e responsabilidades (BARBOSA, 2004).

Para Alves e Cyrino (1998), houve a intenção das autoridades políticas municipais de assumir as responsabilidades de gestão plena do SUS, visando de certa forma garantir a saúde como direito universal, equânime e integral sob o seu controle. Porém, as dificuldades encontradas para a implantação do SUS na capital amazonense são muitas e necessitam de mudanças, e estas exigem uma remodelagem de nível macroestrutural, e não apenas regional nas práticas sanitárias.

As autoras mencionadas ressaltam ainda que, o Sistema Único de Saúde em Manaus na década de 90 se estruturou nos três níveis de atenção. A primária consiste nas seguintes estruturas; posto de saúde, centros de saúde tipo I, II III, e unidades móvel terrestre e fluvial. Na atenção secundária temos: serviço de pronto-atendimento - SPA, pronto socorro geral, e pronto socorro da criança. A atenção terciária se compõe de: hospitais gerais, hospitais especializados, institutos e

¹⁰ Normas Operacionais Básicas – NOB foram elaboradas nos três respectivos anos (1991, 1993, 1996), com a finalidade de habilitar as redes municipais em condições plena e semiplena (na gestão plena, Estados e municípios obrigatoriamente assumem o conjunto de responsabilidades do SUS, e recebem os recursos financeiros direto do fundoafundo. Na gestão semiplena municípios e Estados recebem recursos financeiros direto do fundoafundo para as despesas). As NOBs, definem as determinações, orientações assistencial, recurso financeiro, cobertura e melhoria da qualidade dos serviços de saúde pelo Ministério da Saúde.

centros regionais de referência, maternidade, centro de atenção materno-infantil e hospital universitário.

Vejamos de forma detalhada a estrutura institucional do Sistema Único de Saúde na cidade de Manaus:

Uma rede de Unidades de saúde, constituída por 60 Centros de Saúde, 17 Postos de Saúde na área rural, 1 Unidade Móvel Fluvial, 8 Serviços de Pronto Atendimento, 3 Ambulatórios de Alta Resolutividade, 1 Pronto Socorro Geral, 1 Pronto Socorro da Criança, 2 Maternidades, 2 Centros de Atenção Materno-Infantil, 4 Hospitais Gerais, 5 Hospitais Especializados (Infantil, Psiquiátrico, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Dermatologia Sanitária e Oncologia), 12 Centros de Referência (Laboratório Saúde Pública, Hemoterapia e Hematologia, Profilaxia de Raiva, Controle de Zoonoses, Controle de Tuberculose, Dermatologia Tropical e Venereologia, Clínica e Cirurgia Geral, Psiquiatria, Doenças Infecto – Contagiosas e Oncologia), 2 Unidades de Terapia Intensiva, 1 Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, 2 Serviços de Urgência em Unidades Móveis (Terrestres e Fluviais), além de estabelecimentos de saúde conveniados, filantrópicos ou privados (ALVES E CYRINO, 1998, p.II. 13.2).

Barbosa (2004) nos mostra ainda que, entre os anos de 1998 e 2002 ocorreram mudanças de cunho quantitativo e qualitativo no que se refere aos estabelecimentos de saúde em Manaus, haja vista que novos tipos de serviços como as Casas de Saúde da Família - CSF, Centros de Atenção Integral à Criança – Caic e os Centros de Referências – CR, todos executando serviços básicos de saúde, foram instalados resultando no aumento de ofertas de serviços à população.

Diante dessa análise percebemos uma reorganização e expansão dos serviços de saúde na capital amazonense, que foram distribuídos em distritos sanitários nos bairros. Porém, percebemos desigualdades com relação à distribuição destas instituições de saúde nos distritos, que deveriam ser difundidas em um processo de mudanças, no que diz respeito ao âmbito social das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.

Mendes (1999) traz à luz que, o distrito sanitário trouxe uma proposta de organização para os serviços de saúde, e implica em uma nova avaliação sobre a municipalização da saúde, pois, a municipalização deve ser seguida em sua vigência, mas não deve ser absoluta, diante de um poder absoluto e autônomo. Deve sim, com a autonomia municipal conviver com a colaboração entre os demais municípios, e as demais esferas de poder, que se designam em estadual e federal para assim, garantir efetivamente o acesso da sociedade a todos os níveis de atenção da saúde.

Embora, o Sistema de Saúde em Manaus tenha passado pela experiência de organização em distritos na década de 90, seguindo as orientações do SUS, este só foi legalizado em 2001, pela Lei Municipal n.º 590 de 23 de março de 2001. A esse respeito Alves e Cyrino apontam que em ocorreu nessa década em Manaus uma organização dos serviços de saúde por zona.

Mas, foi em 2005 no mesmo período da municipalização que houve novamente a reorganização dos serviços de saúde, onde se legalizou a implantação do Distrito Norte (o primeiro a ser implantado), em 2006 foram implantados os Distritos Leste, o Sul que incorporou à Zona Centro-Sul, Oeste que se vinculou a Zona Centro-Oeste, respectivamente. Vale ressaltar que, a legitimação dos distritos de saúde aconteceu tardiamente em Manaus, o que mais uma vez, demonstra a resistência das estruturas governamentais das políticas públicas local, de aderir e efetivar o SUS.

Além da legalização dos distritos sanitários de saúde em Manaus, que preconiza a reestruturação da administração do Poder Executivo e cria os distritos sanitários no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, legaliza-se também a reestruturação organizacional desta instituição de saúde através do Decreto n.º 6008 de 26 de dezembro de 2001 (SEMSA, 2001).

Para a implantação dos territórios - distritos de saúde são necessários algumas exigências tais como: a dimensão territorial, o marco jurídico – legal, o modelo assistencial, e a Estratégia Saúde da Família, porém, Mendes (1991) ressalta que deve ser cauteloso para não reduzir o processo social dos distritos sanitários a uma instância topográfica e burocrática. *Topográfica porque se erige em base territorial de natureza estritamente geográfica e burocrática porque passa a ser espaço de governança de uma tecnocracia adrede constituída* (p. 265).

Os distritos de saúde são denominados atualmente de Disa Norte, Disa Sul, Disa Oeste e Disa Leste, os quais faremos uma caracterização destes na cidade de Manaus, para melhor entendermos a organização do Sistema Único de Saúde na atualidade.

Vejamos nos quadros abaixo os serviços de saúde do SUS oferecidos para a população, distribuídos nos bairros de Manaus através dos distritos sanitários, Norte, Sul, Leste e Oeste, respectivamente:

A Zona Norte possui uma população de 554,723 (IBGE/2009). Esta área caracteriza-se por ser formada por aglomerados populacionais de ocupação e

loteamento clandestinos, e se constitui pelos bairros: Cidade Nova (o maior conjunto populacional da cidade), Colônia Santo Antônio, Colônia Terra Nova, Monte das Oliveiras, Novo Israel e Santa Etelvina. Esta é uma área com uma estrutura urbana desigual, marcada por sérios problemas de saneamento e serviços básicos sociais. Abaixo temos a distribuição dos serviços de saúde do Disa Norte:

Quadro 1: Organização dos Serviços de Saúde por bairro – Disa Norte

Bairro	Pop. 2006	Prestador	Tipo	Nível de hierarquia	Qt de	Estabelecimento de Saúde
Cidade Nova	232.396	SEMSA	POLI	3-M2 e M3	1	Policlínica Ana Barreto Pereira
			UBS-PA	3-M2 e M3	1	UBS-PA Arthur Virgílio Filho
			UBS-PA	2-MI	1	UBS-PA Balbina Mestrinho
			UBS-OS F	1-PAB-PABA	25	UBS-Casa de Saúde da Família
			UBS	2-MI	1	UBS- Armando Mendes
			UBS	2- MI	1	UBS-Áugias Gadelha
		SUSAM	CAIMI	3-M2 e M3	1	CAIMI Dr. André Araújo
			MAT.	8-ALTA HOSP AMB	1	Maternidade Nazira Daou
			POLI	3-M2 e M3	1	Policlínica João Braga
			SPA	4-ALTA AMB	1	SPA Danilo Corrêa
			CAIC	2- MI	1	CAIC Dr. Gilson Moreira
UFAM	HOSP.	8-ALTA HOSP AMB	1	Hospital Universitário Dona Francisca Mendes		
Colônia St. Antônio	14.950	SEMSA	UBS-PS F	1-PAB-PABA	2	UBS - Casas de Saúde da Família
Colônia Terra Nova	32.609	SEMSA	UBS-OS F	1-PAB-PABA	4	UBS - Casas de Saúde da Família
Monte das Oliveiras	21.749	SUSAM	MAT	5-BAIXA M1 e M2	1	Maternidade Alzira Marreiro
			SPA	3-M2 e M3	1	SPA Zona Norte-Eliameme R. Mady
			CAIC	2-MI	1	CAIC Dr. Paulo Xerez
		SEMSA	POLI	3-M2 e M3	1	Poli Monte das Oliveiras

		SEMSA	UBS-PS F	1-PAB-PABA	3	UBS-Casas de Saúde da Família
Novo Israel	17.314	SUSAM	CAIC	2- MI	1	CAIC Dr. Moura Tapajós
		SEMSA	UBS-PA	2-MI	1	UBS-PA Frei Valério di Carlo
			UBS-OS F	1- PAB-PABA	4	UBS - Casas de Saúde da Família
Santa Etelvina	19.788	SEMSA	UBS-PA	2-MI	1	UBS-PA Mj PM Sálvio Belota
			UBS-OS F	1-PAB-PABA	2	UBS - Casas de Saúde da Família
		SUSAM	UBS	2-MI	1	UBS Santa Etelvina

Fonte: Plano Municipal de Saúde - 2006/2009.

O **Disa Norte** atende uma população de 338.806. A tabela acima demonstra como estão organizados os serviços de saúde. Nessa área temos, os serviços do SUS, no que diz respeito às esferas estadual e municipal, a existência dos serviços de saúde especializado é precária, o que faz com que a população se desloque para outros bairros em buscas desses serviços. Percebe-se também a necessidade de ampliar os serviços de saúde, principalmente no que condiz à atenção básica, pois no campo da prevenção, a cobertura é muito baixa.

A Zona Sul e Centro-Sul possuem uma população de 471.276 (IBGE/2009), formada pelos bairros: Adrianópolis, Aleixo, Betânia, Cachoeirinha, Centro, Chapada, Colônia Oliveira Machado, Crespo, Educandos, Flores, Japiim, Morro da Liberdade, Nossa Senhora Aparecida, Nossa Senhora das Graças, Parque 10 de Novembro, Petrópolis, Praça 14 de Janeiro, Presidente Vargas, Raiz, Santa Luzia, São Francisco, São Geraldo e São Lázaro. Esses bairros são caracterizados como os mais antigos da cidade com uma infraestrutura urbana bem desenvolvida. Estas duas zonas formam o Disa Sul, e sua localização geográfica torna essa zona privilegiada com relação aos serviços, abaixo discriminados:

Quadro 2: Organização dos Serviços de Saúde por bairro – Disa Sul

Bairro	Pop. 2006	Prestador	Tipo	Nível de hierarquia	Qt de	Estabelecimento de Saúde
Adrianópolis	10.989	SUSAM	HOSP. PS	6-Média M2 e M3	1	Hospital Pronto Socorro 28 de Agosto
Aleixo	23.182	SEMSA	UBS-PSF	1- PAB-PABA	2	UBS -Casa de Saúde da Família
Betânia	13.046	SEMSA	UBS	2 - MI	1	UBS Lúcio Flávio Vasconcelos Dias
			UBS-PSF	1-PAB-PABA	2	UBS - Casas de Saúde da Família
Cachoeirinha	29.252	SUSAM	SOS	7-MÉDIA M3	1	PS da Criança da Zona Sul
			HOSP	6- MÉDIA M2 e M3	1	ICAM - Instituto da Criança do Amazonas
			POLI	2 - M1	1	Policlínica Codajás
		FUNDAÇÃO O	HOSP	7- MÉDIA M3	1	Fundação Hospital Adriano Jorge
			AMB ESP	3 - M2 e M3	1	Fundação Alfredo da Matta
		SEMSA	UBS-PSF	1-PAB-PABA	3	UBS - Casas de Saúde da Família
Centro	40.319	SUSAM	HOSP	5-BAIXA MI e M2	1	Hospital Infantil Dr. Fajardo
			POLI	4 – ALTA AMB	1	Policlínica Cardoso Fontes
			CEPR A	1 – PAB - PABA	1	CEP Raiva Animal
			LACE N	4- ALTA AMB	1	LACEN-Laboratório Central
		UFAM	HOSP	8 – ALTA HOSP AMB	1	Hospital Getúlio Vargas
		SEMSA	UBS-PSF	1-PAB-PABA	4	UBS - Casas de Saúde da Família
		FILANTRÓPICA	HOSP - MAT	7- MÉDIA M3	1	Soc. Port. Beneficente do Amazonas
		PRIVADO	MAT		1	Maternidade Fleming
Chapada	9.467	PRIVADO	CLÍNICA	6- MÉDIA M2 e M3	1	CEFRAN
Colônia Oliveira Machado	13.602	SUSAM	CAIMI	3-M2 e M3	1	CAIMI Dr. Paulo Lima
			SPA	3-M2 e M3	1	SPA Zona Sul
			CAIC	2- MI	1	CAIC - Enf. Crisólia Torres
		SEMSA	UBS	2- MI	1	UBS – Theodomiro Garrido
			UBS-PSF	1- PAB-PABA	2	UBS- Casas de Saúde da Família
Crespo	9.480	SEMSA	UBS-PSF	1-PAB-PABA	2	UBS - Casas de Saúde da Família
Educando	19.215	SEMSA	UBS	2 - MI	1	UBS – Megumo Kado
			UBS-	1-PAB-PABA	4	UBS– Casas de Saúde da Família

			PSF			
Flores	41.249	SEMSA	UBS	2 - MI	1	UBS – Santos Dumont
			UBS	2 - MI	1	UBS - Dr, Rayol dos Santos
			UBS	2 - MI	1	UBS – Theomário Pinto da Costa
			UBS-PSF	1 – PAB-PABA	4	UBS – Casas de Saúde da Família
		SUSAM	HOSP	7- MÉDIA M3	1	Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro
			CAIC	2 - MI	1	CAIC Dr. Afrânio Soares
FUNDAÇÃO	HOPS	7 – MÉDIA M3	1	Fundação HEMOAM		
Japiim	62.907	SEMSA	UBS	2 - MI	1	UBS – Japiim
			UBS	2 - MI	1	UBS – Lourenço Borghi
			UBS – PSF	1– PAB - PABA	4	UBS – Casas de Saúde da Família
Morro da Liberdade	16.334	SEMSA	UBS	2 - MI	1	Morro da Liberdade
			UBS-PSF	1-PAB-PABA	1	UBS - Casas de Saúde da Família
Nossa Senhora Aparecida	6.639	SEMSA	UBS-PSF	1-PAB-PABA	1	UBS - Casa de Saúde da Família
Nossa Senhora das Graças	16.206	SEMSA	UBS-PSF	1- PAB-PABA	1	UBS- Casa de Saúde da Família
Parque 10 de Novembro	39.417	SEMSA	UBS-PSF	1- PAB-PABA	1	UBS- Casa Saúde da Família
			UBS	2 – MI	1	UBS Castelo Branco
			UBS	2 - MI	1	UBS Luiz Montenegro
			UMT	1- PAB-PABA	1	Unidade Móvel
			UMT	1- PAB-PABA	1	Unidade Móvel Odontológica
Petrópolis	50.395	SUSAM	CAIC	2 – M I	1	CAIC – Alexandre Montoril
		SEMSA	UBS	2 – M I	1	UBS – Petrópolis
		SEMSA	UBS-PSF	1- PAB-PABA	11	UBS – Casas de Saúde da Família
Praça 14 de Janeiro	14.380	SEMSA	UBS	2 - M I	1	UBS Vicente Palloti
			UBS-PSF	1-PAB-PABA	1	UBS – Casa de Saúde da Família
		SUSAM	MART.	7 – MÉDIA M	1	Maternidade Balbina Mestrinho

				3		
		UFAM	AMB ESP	4 – ALTA AMB	1	Ambulatório Araújo Lima
Presidente Vargas	10.925	SEMSA	UBS	2 – M I	1	UBS – Olávo das Neves
		SEMSA	UBS- PSF	1 – PAB - PABA	2	UBS – Casas de Saúde Família
Raiz	21.046	SEMSA	UBS	2 – M I	1	UBS – Frank Calderon
			UBS – PSF	1 – PAB - PABA	2	UBS- Casas de Saúde da Família
Santa Luzia	10.077	SEMSA	UBS	2 – M I	1	UBS- Casa de Saúde da Família
			UBS- PSF	1 – PAB- PABA	1	UBS – São Francisco
São Francisco	19.013	SEMSA	UBS	2 – M I	1	UBS – Casa de Saúde da Família
			UBS- PSF	1 – PAB - PABA	2	UBS- Casas de Saúde da
São Geraldo	8.432	SEMSA	UBS- PSF	1 – PAB - PABA	1	UBS- Casa de Saúde da Família
São Lázaro	12. 856	SEMSA	POLI	3- M2 e M3	1	Policlínica Dr. Antônio Reis
			UBS	2 – M I	1	UBS – Almir Pedreira
			UBS- PSF	1- PAB- PABA	2	UBS- Casas de Saúde da Família

Fonte: Plano Municipal de Saúde – 2006/2009.

O **Disa Sul** atende 500.699 pessoas, e se corresponde aos três níveis de atenção aos usuários. Haja vista, que este distrito, por disponibilizar uma rede de serviço ampliada no que tange às necessidades de saúde dos usuários, atende também a população dos outros distritos e do interior do Estado, que não têm acesso aos serviços de saúde. Isso sugere dizer que esta problemática está associada a uma desorganização na distribuição dos serviços de saúde em Manaus.

A Zona Leste é formada pelos bairros de Armando Mendes, Colônia Antônio Aleixo, Coroadó, Distrito Industrial I e II, Jorge Teixeira, Mauzinho, Puraquequara, São José Operário, Tancredo Neves e Zumbi dos Palmares. Possui uma população de 555.649 (IBGE/2009) hab. Esta área se caracteriza por uma zona de ocupação, onde concentra grande parte de sua população de baixo nível econômico que

dispõem de péssimas estruturas de saneamento básico. As condições desordenadas de ocupação, associadas à pobreza ocasiona uma grande incidência de doenças nesta área.

Quadro 3: Organização dos Serviços de Saúde por bairro – Disa Leste

Bairro	Pop. 2006	Prestador	Tipo	Nível de hierarquia	Qt de	Estabelecimentos de Saúde
Armando Mendes	24.028	SEMSA	UBS	2- M I	1	UBS- Geraldo Magela
			UBS-PSF	1-PAB-PABA	3	UBS- Casas de Saúde da Família
Colônia Antônio Aleixo	14.984	SEMSA	UBS-PSF	1-PAB-PABA	1	UBS –Casa de Saúde da Família
			UBS	2- M I	1	UBS- Nova Esperança
			UBS	1-PAB-PABA	1	UBS- Lago do Aleixo
		SUSAM	POLI	2- M I	1	Policlínica Antônio Aleixo
			HOSP-MAT	6 -MÉDIA M2 e M3	1	Hospital Chapot Prevost
			HOSP	6-MÉDIA M2 e M3	1	Hospital Geraldo da Rocha
Coroado	54.185	SEMSA	UBS-PSF	1-PAB-PABA	7	UBS- Casa de Saúde da Família
			POLI	3- M2 e M3	1	Policlínica Enf. Ivone Lima dos Santos
		SUSAM	SPA	3- M2 e M3	1	SPA Coroado
Distrito Industrial I e II	18.579	SEMSA	SOS		1	SAMU – CENTRAL
			UBS	2 – M I	1	UBS- Bianca Aguiar de Carvalho
Jorge Teixeira	94.444	SUSAM	CAIC	2- M I	1	CAIC Dr. José Contente
		SEMSA	UBS-SF	1-PAB-PABA	6	UBS- Casas de Saúde da Família
			POLI	3- M2 e M3	1	Policlínica Avelino Pereira
			Clínica Especializada	3- M2 e M3	1	Clínica Especializada de Saúde da Mulher Dr. Waldir Bugalho
				2- MI	1	UBS-PA Gerbes

			UBS-PA			Medeiros
Mauzinho	18.050	SEMSA	UBS-PSF	1-PAB-PABA	1	UBS- Casa de Saúde da Família
			UBS	2- M I	1	UBS- Mauzinho
			UBS	2- M I	1	UBS- Luiza do Carmo Pereira
Puraquequara	3.767	SEMSA	MSF-PSF	1-PAB – PABA	1	Módulo de Saúde da Família Platão Araújo
São José Operário	101.480	SUSAM	HOSP-OS	8- ALTA HOSP AMB	1	Hospital Pronto Socorro João Lúcio P. Machado
			MAT	6 MÉDIA M2 e M3	1	Maternidade Ana Braga
			CAIC	2- M I	1	CAIC Dra. Corina Batista
			SOS	7- MÉDIA M3	1	OS da Criança da Zona Leste
			POLI	3 – M 2 e M3	1	Policlínica Dr.Antônio ComteTelles
		SEMSA	UBS	2- M I	1	UBS- José Amazonas Palhano
			UBS	1- PAB-PABA	1	UBS- Cacilda de Freitas
			UBS	1- PAB-PABA	1	UBS- Guilherme Alexandre
			UBS-PSF	1- PAB-PABA	7	UBS- Casas de Saúde da Família
			Tancredo Neves	42.964	SEMSA	UBS-PSF
UBS	2- M I	1				UBS- Leonor Brilhante
SUSAM	POLI	3- M2 e M3			1	Policlínica Zeno Lanzini
Zumbi dos Palmares	36. 432	SUSAM	CAIC	2- M I	1	CAIC Dr. Edson Melo
		SEMSA	UBS-PA	2- M I	1	UBS- PA Alfredo Campos
			UBS	2- M I	1	UBS- João Nogueira da Mata
			UBS	2- M I	1	UBS- Casas de Saúde
			UBS-PSF	1- PAB – PABA	3	UBS- Casas de Saúde da Família

Fonte: Plano Municipal de Saúde - 2006/2009.

O **Disa Leste** abrange uma população de 408,913 e diante do quadro acima verificamos que os serviços de saúde não são suficientes para atender esta demanda, pois, esta zona necessita de maior cobertura de serviços especializados e atenção básica de saúde para o seu contingente populacional.

A Zona Oeste e Centro-Oeste têm uma população de 359.553 (IBGE/2009) hab. É composta pelos bairros de Alvorada, Da paz, Compensa, Dom Pedro I, Glória, Lírio do Vale, Nova Esperança, Planalto, Ponta Negra, Redenção, Santo Agostinho, Santo Antônio, São Jorge, São Raimundo, Tarumã e Vila da Prata. Esta área se caracteriza pela ocupação dos leitos de igarapés (São Raimundo e São Jorge), possuindo um problema de infraestrutura no que corresponde aos serviços básicos, o contraste social desta área é marcante, pois esta zona possui também bairros da Ponta Negra que possui uma concentração de população de classe alta e com uma ótima estrutura de saneamento, em contraponto com a Compensa e Vila da Prata dentre outros que é caracterizada por possui a maioria de sua população pobre, com uma precária infraestrutura de saneamento básico, local propício para o desenvolvimento de doenças. Os serviços da saúde estão distribuídos em:

Quadro 4: Organização dos Serviços de Saúde por bairro – Disa Oeste

Bairro	Pop. 2006	Prestador	Tipo	Nível de hierarquia	Qtde	Estabelecimento de Saúde
Alvorada	79.864	PRIVADO	MAT	6-Média M2 e M3	1	Clínica Materno Infantil Planalto
		SEMSA	UBS-PSF	1 – PAB – PABA	6	UBS-Casas de Saúde da Família
			UBS	2 – M I	1	UBS-Mansur Bulbol
			UBS	2 – M I	1	UBS-Ajuricaba
		SUSAM	MAT	6-MÉDIA M2 e M3	1	Maternidade Alvorada
			SPA	3- M2 e M3	1	SPA Alvorada
Da Paz	14.763	SEMSA	UBS	2- M I	1	UBS- Bairro da Paz
			UBS-PSF	1-PAB-PABA	2	UBS-Casas de Saúde da Família
Compensa	90.713	SEMSA	UBS-PSF	1-PAB-PABA	9	UBS-Casas de Saúde da Família
			UBS	1-PAB-PABA	1	UBS- Leonor de Freitas
			UBS	2- M I	1	UBS- Djalma Batistas
			CECOZ	1-PAB-PABA	1	Centro de Controle de Zoonozes

		SUSAM	MAT	6-MÉDIA M2 e M3	1	Maternidade Moura Tapajós
			CAIC	2- M I	1	CAIC- Alberto Carreira
			SPA	3 – M2 e M3	1	SPA- Joventina Dias
			OS	7-MÉDIA M3	1	PS- Joventina Dias
			PAIMI	3-M2 e M3	1	CAIMI- Ada Rodrigues Viana
Chapada	9.467	PRIVADO	CLÍNICA	6- MÉDIA M2 e M3	1	CEFRAN
Dom Pedro I	19.055	FUNDAÇÃO	HOSP	8-ALTA HOSP AMB	1	Fundação CECON
			HOSP	7 – MÉDIA M 3	1	Fundação de Medicina Tropical
Glória	10.122	SEMSA	UBS	2- M I	1	UBS -Deodato de Miranda Leão
			UBS-PSF	1-PAB-PABA	2	UBS- Casas de Saúde da Família
Lírio do Vale	23.248	SEMSA	UBS	2 – M I	1	UBS- Dr. Luiz Montenegro
			UBS-PSF	1-PAB-PABA	2	UBS- Casas de Saúde da Família
Nova Esperança	21.314	SEMSA	POLI	3-M2 e M3	1	Policlínica Raimundo Franco Sá
			UBS-PSF	1-PAB-PABA	2	UBS– Casas de Saúde da Família
Planalto	16.037	SUSAM	CAIC	2 – M I	1	CAIC-José Carlos Mestrinho
			CAIC	2 – M I	1	CAIC Dr. Rubim Sá
Ponta Negra	1.758	SEMSA	PA	3-M2 – M3	1	PA. Ponta Negra
Redenção	39.657	SEMSA	UBS	2- M I	1	UBS- Redenção
			UBS-PSF	1-PAB-PABA	3	UBS-Casas de Saúde da Família
Santo Agostinho	15.754	SEMSA	UBS	2 – M I	1	UBS- Dom Milton Corrêa
			UBS-PSF	1-PAB-PABA	2	UBS-Casas de Saúde da Família
Santo Antônio	23.183	SEMSA	UBS	2- M I	1	UBS- Santo Antônio
			UBS-PSF	1-PAB-PABA	3	UBS- Casas de Saúde de Família
São Jorge	30.198	SEMSA	UBS	2 – M I	1	UBS- José Rayol dos Santos
			UBS	2 – M I	1	UBS- Ida Pontes Mentoni

			UBS-PSF	1-PAB-PABA	4	UBS- Casas de Saúde da Família
São Raimundo	18.03	SUSAM	UBS	2 – M I	1	UBS- São Raimundo
		SEMSA	UBS	2 – M I	1	UBS- São Vicente de Paula
			UBS-PSF	1- PAB-PABA	2	UBS- Casas de Saúde da Família
Tarumã	8.758	SEMSA	UBS	1- PAB-PABA	1	UBS- Lindalva Damasceno
			UBS-PSF	1- PAB-PABA	1	UBS- Casa de Saúde da Família
Vila da Prata	13.250	SEMSA	UBS	2 – M I	1	UBS- Vila da Prata
			UBS-PSF	1- PAB-PABA	1	UBS- Casa de Saúde da Família

Fonte: Plano Municipal de Saúde - 2006/2009

O **Disa Oeste** atende uma população de 426.477, e como demonstra o quadro acima, tem uma razoável estrutura de serviços de saúde, porém, necessita ampliar seus serviços de saúde com relação às unidades básica de saúde e as casas de saúde da família.

Ao analisarmos o Sistema Único de Saúde em Manaus, está constituído de serviços públicos, privados e filantrópicos percebemos que este se caracteriza pela desigualdade institucional e espacial, com forte presença do setor privado (cooperativas¹¹ e instituições), pois apesar de avanços no sistema de saúde local, ainda há uma grande insuficiência dos serviços em todos os níveis de atenção.

Sendo o modelo do SUS é pluriinstitucional, ainda é ineficiente quanto aos paralelismos de ações desenvolvidas pelo Governo do Estado e pelo município, ou seja, nos torna aparente que o sistema de saúde em Manaus foi realizado de forma irracional e desigual, voltado apenas para um determinado momento e uma determinada classe de ciclos econômicos, onde se privilegiou grupos aliados a uma boa estrutura urbana, em detrimento de outras áreas menos privilegiadas e

¹¹ A presença das cooperativas no sistema de saúde em Manaus é tão forte que segundo Barbosa (2004), do total de recursos para 2002, o pagamento das cooperativas foi de 20,5% dos recursos para profissionais de saúde. O processo de transferência das unidades básicas estaduais para Manaus envolvia 142 médicos que custavam ao Estado 4.096,0 milhões ao ano, ou seja, para um contingente de 153 médicos cooperados, na SES orçou o desembolso em 49.752,8, uma diferença doze vezes superior.

periféricas, sem ou com pouca infraestrutura urbana. E a seletividade ou a focalização devem estar restritas nos direitos do cidadão usuário de saúde.

A distribuição dos serviços de saúde nos distritos é marcada pelas desigualdades de serviços, com o privilegiamento de algumas áreas em detrimento de outras. Exemplo: as zonas Sul e Centro-Sul, que compõem o Disa Sul e Centro – Sul, no passado foi estruturado para atender determinada população. Nas populações periféricas, é de fundamental importância haver uma redimensão das unidades básicas de saúde e que sejam implantadas novas, pois, nos primeiros meses de 2010 a Diretoria de Vigilância em Saúde - Dvisa informou que foram encontradas em 400 fiscalizações nas instituições de saúde públicas e particulares, tais irregularidades: infiltrações, macas enferrujadas, banheiros em condições precárias de higiene, lençóis sujos e falta de manutenção em ar-condicionados. Os problemas sanitários estão entre as principais causas de infecções hospitalares.¹²

E ainda no início de 2011, Manaus passou por um surto de dengue, considerado pelas autoridades locais como uma epidemia, o que mais uma vez demonstra a ausência efetiva de uma saúde pública local, voltada para a informação e educação em saúde.

O controle social e a avaliação devem ser regulados nos três níveis de atenção com a efetiva participação da população usuária, pois, a própria legislação do SUS preconiza que a participação da sociedade deve ser indispensável, na elaboração e no controle dos serviços de saúde. Os programas de educação em saúde devem ser *a priori* intensificados no que diz respeito à sua implantação e implementação no Estado amazonense para com isso, construir uma consciência sanitária na população. Outro ponto que não devemos deixar de destacar e é de extrema relevância, seria a inserção da cultura do saber popular nas questões de saúde local, pois deve-se considerar o conhecimento das parteiras, rezadeiras, agentes de saúde, incentivar à pesquisa na área da saúde, estabelecer um sistema de saúde voltado para as problemáticas regional e adotar o conhecimento local de forma efetiva para o alcance da população no SUS em Manaus e no Amazonas.

¹² Fonte: Jornal Diário do Amazonas, *Dvisa flagra unidades de saúde com graves problemas sanitários*, Manaus, 03 de maio de 2010, p.6.

CAPÍTULO II

A SAÚDE DA FAMÍLIA: A FAMÍLIA COMO FOCO DE ATENÇÃO

Por um momento parecia que estávamos sós frente a um imenso desafio: “saúde para todos”. mas logo percebemos que a vida conspirava conosco: os sonhos de igualdade, a esperança dos traídos, a alegria dos seres que comemoram cada amanhecer: uma grande corrente do bem da qual somos elos. (LÍLIAN WHITACKER)

Este capítulo realiza uma discussão sobre a priorização da família nas políticas de saúde, traça também um debate sobre a política da Estratégia Saúde da Família - ESF, sua contextualização no cenário amazonense, manauara e de modo particular no bairro Mauzinho.

2.1 A Família e as Políticas de Saúde: da Atenção Familiar à Estratégia Saúde da Família

A família tem assumido o foco estratégico de atuação das políticas públicas, compreendida a partir de seu espaço físico e social, através de suas especificidades locais e de sua sociabilidade, por isso, faremos uma reflexão sobre o tema para entendermos sua relevância e seus significados, referentes à priorização desta nas políticas de saúde.

A família foi pensada na modernidade dentro dos seus aspectos políticos, econômico e social. O capitalismo ocasionou mudanças nas relações familiares, no que diz respeito aos trabalhos desenvolvidos por homens e mulheres, afetando direta ou indiretamente as relações afetivas e as sociabilidades existentes. Outro aspecto são as críticas ao patriarcalismo nos movimentos feministas, que fez ocorrer mudanças ou desprendimento da mulher do contexto doméstico.

Na década de 70 a família tornou-se estratégia de atuação do Estado, com uma política que objetivou atingir os indivíduos dentro de seus contextos, ou seja, quem encontrava-se em situação desfavorecida econômica e socialmente. Daí passou a ser relevante sua inserção na organização de uma vida socialmente saudável.

O Brasil, e também, outros países da América Latina no período de 90 aderiram ao projeto de desenvolvimento econômico, sob a orientação da ideologia neoliberal. Naquela época, as políticas públicas voltadas para a proteção social foram atingidas diretamente, como a previdência social, com mudanças na política previdenciária que influenciou de maneira negativa a vida dos trabalhadores. Com isso, a proteção social nos moldes neoliberal fez ocorrer reformas no setor da seguridade social.

Vasconcelos (2008) menciona que, na assistência social tivemos programas de transferências de renda e na saúde a criação do Programa Saúde da Família. Naquela década ocorreu também o ressurgimento do tema da família no cenário político brasileiro. Isso se deu em parte devido aos problemas sociais como, a criminalidade das crianças e adolescentes, que viviam nas ruas e sofriam reações violentas de alguns setores da sociedade. As epidemias de cólera e dengue também ajudaram a contribuir para a reorientação das políticas de saúde.

O autor acima traz à luz que, o Ministério da Saúde em 1993, reuniu vários profissionais com experiência na atenção primária da saúde centradas nos âmbitos da família e da comunidade, com o objetivo de discutir um projeto a nível nacional para reorientar os serviços básicos de saúde, baseado em novas bases e critérios. Nessa perspectiva:

A família passa a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive além de uma delimitação geográfica. É nesse espaço que se constróem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhora das condições de vida permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre estes espaços representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado (...) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p.8).

A priorização da família no setor saúde a partir do novo paradigma de saúde brasileiro ocorreu a partir de uma estratégia para a reorganização do sistema de saúde, onde a concepção da atenção tradicional era focada nas ações individuais e curativas. Para reverter esse modelo, foi necessária a reorganização da atenção e dos serviços priorizando não apenas o indivíduo, mas a família em seu espaço comunitário e nas suas vivências cotidianas.

Segundo Ribeiro (2004), a família vem sendo abordada nas políticas públicas dentro do contexto domicílio – família em diversas formas:

Nessa perspectiva o indivíduo se torna o principal foco na atenção, podendo a criança, a mulher e o idoso, ou seja, a família ser apenas o cliente nominal, e não a centralidade do cuidado. Com isso, a família desempenha deveres e responsabilidades com seus membros, mas para que isso ocorra são necessários orientação e treinamento, sendo capaz de interferir de forma negativa ou positiva no processo saúde-doença das pessoas.

O domicílio ou o ambiente, o espaço e ou o contexto físico da família, e também as condições de cuidados no que diz respeito a este ambiente são o principal foco que merece atenção.

O domicílio torna-se destaque para o lançamento de dados estatísticos e epidemiológicos do processo saúde-doença¹³. Pode-se também analisar a partir da percepção do domicílio aquelas famílias que não têm necessidades econômicas, e, aquelas que são carentes economicamente.

Quanto à abordagem da família na Estratégia Saúde da Família o Grupo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Família em seu artigo intitulado *As várias abordagens da família no cenário do Programa Saúde da Família* (1990), abordam a família nos seguintes contextos:

Família-indivíduo-domicílio: nesta abordagem está presente um indivíduo doente em seu contexto domiciliar. Diante dessa situação, se intensifica quanto desempenho de papéis, deveres e responsabilidades da família, assim como, a educação em saúde, no que diz respeito ao tratamento, recuperação e cuidados do paciente.

Nesse contexto, a família tem o dever de cuidar de seus membros, ou seja, parentes de pessoas acamadas que necessitam de cuidados diários, têm a responsabilidade de agilizar o que for necessário para a realização de tais procedimentos, tendo em vista que essa assistência não é responsabilidade do sistema de saúde.

A família – comunidade: nesse contexto a família se caracteriza em aspectos universais provenientes do ambiente físico e social da comunidade. Aqui o

¹³ Fontes e Martins (2006) apontam que a concepção de família-domicílio foi adotada para definir programas de saúde sendo a família dentro de seu ambiente no qual se estabelece portadora de atenção no que diz respeito ao cuidado, a prevenção de doenças e a promoção de saúde.

específico é desconsiderado, e os problemas da comunidade são de responsabilidades dos membros familiares, o Estado torna-se neutro, ou não se responsabiliza pelos problemas socioeconômicos da comunidade.

A família–risco social: nessa percepção a atenção é voltada para as condições de um determinado tipo de família, de certa forma são aquelas vulneráveis economicamente, que estão em situação de exclusão social e vivem em comunidades periféricas.

Família-família: nesse contexto a família se torna o principal foco da atenção em sua identidade, que possui simbolismo, emoções, racionalidades, saberes e necessidades inseridas nas suas organizações e dinâmicas de seu contexto social.

Diante dessas análises podemos verificar que em muitos casos a equipe da Estratégia Saúde da Família, não tem uma preparação adequada para trabalhar a família em contexto sistêmico, ou seja, nos âmbitos socioeconômico e cultural. Há, porém, a ausência de entender seus significados no modo de viver e entender o processo saúde-doença nos seus aspectos culturais que se faz presente em suas relações do cotidiano, e suas ações se restringem apenas no indivíduo, focalizando apenas nos tratamentos curativos, como é o caso específico de Manaus.

Pesquisa realizada por Nair Silva (2010), traz à luz que a centralidade da Estratégia Saúde da Família em Manaus está voltada para o indivíduo e não na família em seu contexto sistêmico. Portanto, no que se refere à centralidade da família desenvolvida na ESF a autora analisa que na concepção dos profissionais atuantes na estratégia, a família é identificada como família – indivíduo, indivíduo no contexto familiar e família–ambiente.

Baseada nos estudos de Rocha et al (2002), Moraes (2003) e Ribeiro (2004) a autora mencionada aponta que a respeito da família–indivíduo se centraliza aquelas pessoas que recebem ações do Ministério da Saúde e, aquelas que estão impossibilitadas de se locomover à USF, por alguma dependência física. Quanto à concepção de indivíduos no contexto familiar ocorre quando há uma pessoa enferma e nesse caso a família também é alcançada. A família-ambiente está voltada para ações sobre o ambiente para controle de endemias, onde a ESF se mobiliza para um contato mais próximo com os domicílios com a finalidade de fiscalização. Porém, a autora ressalta que quanto à concepção família–família, sendo a mais indicada para a atuação da estratégia, não foi mencionada no caso particular dos profissionais da ESF da capital amazonense.

Os profissionais de saúde, por sua vez, devem estar preparados e capacitados para atuar na Estratégia Saúde da Família. Entender a família a partir de várias dimensões, e não focalizar apenas no indivíduo como um corpo doente, precisando de cuidados curativos. Outro ponto que podemos mencionar é que há falha do Estado e dos sistemas educacionais, no que diz respeito em não dar condições para ser trabalhada à interdisciplinaridade no âmbito dos programas de saúde.

Outro ponto a ser destacado é que a família se configura em uma centralidade na Estratégia Saúde da Família. Porém, indagamos se esta centralidade é apenas nominal ou se a preocupação está apenas voltada para o indivíduo isolado, a exemplo; do diabético, da mulher que realiza o pré-natal, da criança desidratada, do hipertenso. Percebe-se, portanto, que, para avançar nas políticas públicas é necessário trabalhar a família em todo o seu contexto, relacionando o seu modo de viver, suas crenças intrínsecas e suas relações de sociabilidades.

Para as políticas públicas tradicionais as famílias são meros dados estatísticos. Por isso, Martins (2006) avalia um importante avanço teórico a noção de família-domicílio, no qual se considera a família, homens, mulheres e crianças como seres pensantes, que devem ser abordadas nos programa de saúde visando o todo, para assim, se obter um espaço democrático e participativo.

A família é adotada como conceito pela Estratégia Saúde da Família designada pelo Sistema de Atenção Básica – Siab (2000), em um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, assim como dependência doméstica ou normas de convivência que vive no mesmo domicílio. Designa-se assim, a concepção de família–domicílio, adotada pelo Sistema Único de Saúde.

A composição e suas formas de constituição da família tornam-se secundárias, frente aos objetivos da Estratégia Saúde da Família. Pois, há composição idealizada de pai, mãe e filhos, ou outras configurações em nossas sociedades, porém o que é realmente relevante é a concepção da família que reside em sua intencionalidade (WEBER, 2006).

O autor acima, nos diz que as famílias sobre a qual a Estratégia Saúde da Família se destina, são aquelas classificadas como pobre e tais condições se apresentam como vulnerável, portanto, o combate aos riscos sociais e de doenças,

no qual estas famílias estão inseridas é o que coloca sua configuração em segundo plano.

A família vulnerável torna-se um desafio a ser superado, pois, esta representa um potencial que significa a transmissão de saberes, de prevenção e promoção, assistência e reabilitação. Ou seja, a família entendida é como um meio capaz de produzir cuidados de saúde, ou uma unidade de cuidados. E ainda, essa superação tende a ser através das políticas públicas de saúde, direcionadas à população respeitando suas especificidades culturais.

Portanto, podemos dizer que a Estratégia Saúde da Família não deve ser voltada apenas para as famílias vulneráveis. É evidente que essas devem ter prioridade quanto ao acesso, mas sendo a ESF a porta de entrada para o SUS, deve ser direcionada para todas as famílias em um sentido universal, haja vista, que seu foco de atenção é a família.

A garantia dos direitos sociais ocorreu dentro dos moldes individualistas da sociedade capitalista globalizada. Os direitos foram distribuídos separadamente, e o indivíduo fragmentado de acordo com as suas carências.

Sendo assim, a família é tida como um ponto fundamental na formulação e aplicabilidade das políticas sociais. Na organização da atenção primária a família tomou lugar de destaque. Nesse sentido, vejamos como se estruturou a saúde da família.

A Medicina Familiar tem sua origem na Inglaterra, onde foi edificado esse modelo de atenção voltado para a saúde da família, com base no relatório do lord Bertrand Dawson, que tinha por objetivo organizar os serviços de saúde. A atenção foi organizada em três níveis: os centros primários de saúde, os centros secundários e os hospitais. A partir de então, alguns países aderiram esta organização do sistema de saúde (STARFIELD, et al. in SILVA 2007).

Vasconcelos (2008) aponta que, foi nos Estados Unidos que a proposta Médico da Família mais se expandiu no seu início, e em 1969 a medicina familiar foi reconhecida como especialidade médica, e no ano seguinte foram aprovados 54 cursos de residência na área. Já na década de 70, essa nova concepção da medicina familiar foi aderida por países como o Canadá, e alguns países europeus.

No Canadá temos um modelo de saúde que é fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade, gestão pública e acessibilidade, garantindo dessa maneira, o direito à saúde em todos os níveis de atenção. Segundo Mendes (1999),

o modelo de sistema de saúde canadense, tem inspirado vários países, dentre eles o Brasil, no que diz respeito à vigilância e a promoção de saúde.

Na América Latina, Vasconcelos (2008) menciona que OMS (Organização Mundial de Saúde) em conjunto com instituições estrangeiras entre elas a Fundação Kellogg organizaram na década de 70, seminário, consultorias e algumas publicações, objetivando a divulgação da proposta nestes países.

No Chile o modelo de Saúde da Família, iniciado em 1980, foi baseado no cuidado para toda a família, no que diz respeito a todas as etapas da vida, enfatizando a promoção e a prevenção (SEGOVIA & DEPAUX, 1998 in SILVA, 2007).

Em Cuba a adesão do novo modelo de atenção primária à saúde ocorreu com o Programa Médico da Família em 1984. Essa experiência em Cuba estabeleceu interfaces de fortalecimento nos níveis secundários e terciários. Segundo Silva (2007), os profissionais da atenção secundária e terciária denominam a atenção primária como parte de uma totalidade do qual estão inseridos, e avaliam as ações do médico da família como o principal responsável pelos resultados positivos da saúde de sua população.

Silva (2007) nos diz ainda que, os reflexos do Médico da Família na experiência internacional contribuíram de maneira significativa por meio da atenção ambulatorial, uma porcentagem de 95% de problemas da população em consultas. E a assistência oferecida pelos médicos da família capacitados em medicina familiar está diretamente relacionada com a melhoria dos serviços oferecidos às comunidades. A autora traz à luz uma pesquisa realizada em oito estudos por Frank et. al. (1992), onde importantes resultados na atenção à saúde foram acompanhados em todas as idades: *melhor peso ao nascer, diminuição da morbidade infantil e redução das hospitalizações de criança e adultos* (p. 33).

No cenário brasileiro, Bravo, et al. (2007) salientam que, as experiências bem-sucedidas anteriores ao Programa Saúde da Família a níveis, estaduais e regionais inspiraram sua realização, no qual se destaca o programa de agentes comunitários de saúde - Pacs, que já estavam em experiência desde 1987 no Ceará.

Resultado de um intercâmbio técnico - científico entre profissionais de saúde brasileiros e cubanos, na cidade de Niterói em 1991, originou o Programa Saúde da Família, quando a cidade vivenciava epidemias de dengue e meningite. Este programa contou com uma grande influência dos pressupostos elaborados pelo

Ministério da Saúde de Cuba (Silva, 2008). E como parte do processo da reforma do setor da saúde desde sua constituição, teve a intenção de aumentar a acessibilidade do sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde para a população.

Neste contexto se expande o Programa de Agente Comunitário de Saúde para alguns municípios, sobre a atenção primária à saúde, centralizadas não mais nos hospitais, e sim em reorientação nas dimensões da comunidade e da família. A inovação deste programa ocorreu pela escolha dos ACS serem moradores de sua própria comunidade.

Fatores como, as experiências acumuladas pelos profissionais envolvidos na saúde da família e descontentamento com o modelo tradicional, foram relevantes para desenvolver novas formas de atuação sobre um novo modelo para pensar e fazer políticas públicas de saúde. Daí, a importância do Pacs como antecessor do Programa Saúde da Família no Brasil.

Nessa conjuntura foi oficializado e publicado em 1994, o Programa Saúde da Família e constituído, um importante instrumento através do qual o Estado desenvolve estratégia de políticas voltadas à atenção básica para a população, visando melhorar sua qualidade de vida.

Esse programa foi criado para a substituição das unidades básicas tradicionais, que visam à assistência curativa e hospitalocêntrica. Com a finalidade de promover saúde e prevenir doenças, o PSF centralizou o foco na família para a atuação dessa política. Segundo Giovanella e Mendonça (2008), o interesse da implantação do PSF, e, sua expansão de maneira correta se tornou elemento crucial permanente para a consolidação do SUS.

A reforma do Estado no âmbito da saúde está regulamentada na NOB – Norma Operacional Básica- 96, que prioriza a desarticulação da atenção básica, da atenção secundária e terciária. O Estado continua com a responsabilidade sob a atenção básica e se configura em: *conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação* (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Enquanto, que os hospitais ficarão à mercê do setor privado, porém, com alguns hospitais públicos credenciados.

O Programa Saúde da Família foi destinado inicialmente para comunidades de baixa renda, mas se consolidou como uma estratégia de organização da atenção

básica do Sistema Único de Saúde (SUS),¹⁴ e foi legalizada na Portaria Ministerial n.º 648, de 28 de março de 2006, que considera a transformação do PSF em uma estratégia para todo o território brasileiro. Essa nova estratégia prioritária visa, sobretudo, mudar o paradigma de atenção básica no Brasil, até então voltada na cura de doenças e no atendimento hospitalar, através de inovações nas práticas de atenção integral a saúde e também, no compromisso com a promoção à saúde da comunidade, buscando mudanças nos hábitos e padrões de vida, mediante a educação, a prevenção e a cura das doenças, partindo do indivíduo até alcançar todos os membros da família (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA, n.º 648/2006).

A equipe da Estratégia Saúde da Família é estruturada de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde quanto à composição da equipe, à relação da equipe/ números de famílias dentre outras recomendações. A equipe é geralmente formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro ou mais agentes comunitários de saúde, quando ampliada é incluído um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental, a incorporação de outros profissionais depende da política de saúde dos municípios. Uma equipe da ESF abrange em média 3.000 e no máximo, 4.000 habitantes em sua área, o que significa a cobertura de 600 a 1.000 famílias. As principais responsabilidades do programa reúnem várias especialidades, entre elas: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, controle de diabetes *melittus*, controle da hipertensão, controle da tuberculose, controle da desnutrição infantil, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal. Além dessas áreas de atuação, outras devem ser inseridas de acordo com as necessidades e especificidades regionais (BRASIL, PORTARIA 648/2006).

A Estratégia Saúde da Família deve atuar na comunidade realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de

¹⁴ Em março de 2006 o Governo Federal emitiu a Portaria n.º 648, onde estabelece a mudança de nomenclatura da saúde da família de Programa para Estratégia a fim de reorganizar a atenção Básica em todo o Brasil de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. Assim, o programa ficou definido como Estratégia Saúde da Família. Mendes (1999), já apontava que um sistema de saúde que adota a universalidade e a integralidade como princípio não deve interpretar a atenção primária como programa, por com isso, estaria negando seus próprios princípios, pela institucionalização de um tratamento discriminatório aos excluídos. O autor ainda enfatiza que, adotar a atenção primária como estratégia pelo fato de não reordenar o sistema de saúde, e sim a atenção primária. Pois, ao reformular a atenção primária como estratégia, através da saúde da família acelera o reordenamento dos níveis secundários e terciários, mediante estratégia complementar.

saúde de acordo com o planejamento e a participação da comunidade e da equipe, priorizando cuidados dos indivíduos e da família, desenvolvendo atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional, busca parcerias com instituições e organizações sociais focalizando a família.¹⁵

Segundo o Ministério da Saúde a centralidade da atenção básica no Brasil está na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que faz as equipes buscarem uma compreensão do processo saúde – doença, além das práticas curativas. Desse modo, são estabelecidos os princípios operacionais da ESF: definição territorial/adscrição da clientela, organização do processo de trabalho para a resolução dos problemas identificados no território, à noção de família como foco da assistência, o trabalho em equipe interdisciplinar, os vínculos de corresponsabilidade entre os profissionais e as famílias assistidas, assim como, a importância do estímulo à participação social (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Programa Saúde da Família no Brasil, surge como resposta à crise estrutural no setor político de saúde, a fragilidade dos resultados das políticas públicas de saúde, o que gerou um vácuo entre os direitos sociais constitucionais garantidos e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos do setor. Desde sua implantação (1994), este programa tem sido uma das prioridades do governo federal e de alguns governos estaduais e municipais como estratégia de reorganização dos serviços de saúde do SUS e da municipalização. Sua implantação priorizava áreas de risco social, (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Em 1995, a gestão do Pacs e do PSF foi transferida para a Funasa, onde permaneceu até meados de 1999, quando foram remanejados para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde. E em 1996, o PSF passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS). Em 1999 foi estruturado o Sistema de Informação a Atenção Básica - Siab para acompanhar a implementação e o monitoramento dos resultados do PSF.

¹⁵ Idem. Das especificidades da Estratégia de Saúde da Família. Portaria n.º 648/2006.

Em 2002, até a atualidade o PSF está vinculado ao Departamento de Atenção Básica (DAB), estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, no Ministério da Saúde, que tem a missão de operacionalizar essa política no âmbito da gestão Federal do SUS. A execução dessa política é compartilhada por Estados, Distrito Federal e municípios.

As responsabilidades de cada nível de governo estão direcionadas na Portaria Ministerial n.º 648/2006, que dispõem dentre outras as seguintes responsabilidades:

Quanto às responsabilidades das secretarias municipais de saúde e do Distrito Federal estão entre elas:

Inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde; definir no plano de saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da Estratégia de Saúde da Família; garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das equipes de saúde da família, de saúde bucal e das unidades básicas de referência dos agentes comunitários de saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

As responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde são dentre outras:

Pactuar com a Comissão de Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão à saúde da família no Estado, mantido os princípios gerais regulamentados nessas portarias; estabelecer no Plano de Saúde Estadual metas e prioridades para a saúde da família; analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios, referentes à implantação e ao funcionamento das equipes de saúde da família, de saúde bucal e agentes comunitários de saúde; responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da saúde da família transferidos aos municípios no território estadual; prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação da SF; acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantido suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados;

Quanto às responsabilidades do Ministério da Saúde:

Definir e rever, de forma pactuada a Comissão de Intergestores Tripartite, as diretrizes e as normas da saúde da família; garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da atenção básica organizada por meio da Estratégia Saúde da Família; apoiar a articulação de instituições, em parcerias com secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da saúde da família; articular com o Ministério da Educação estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em saúde da família e em educação permanente;

Estas diretrizes designam o estabelecimento de vínculos de compromisso e responsabilidades técnico-político, compartilhada entre o Governo Federal, governos estaduais e municipais no que diz respeito à execução de papéis que serão desenvolvidos na implementação da Estratégia Saúde da Família. Porém, cabe considerar a efetivação dessas responsabilidades orientadas pelas especificidades de epidemiologia regional, e orientações cabíveis para a execução da ESF.

No caminho das competências encontramos dilemas onde alguns governos não cumprem ou se omitem em cumprir, ocasionando desafios como aponta Souza e Hamann (2006), a expansão da cobertura nos grandes centros urbanos; a corresponsabilidade do financiamento da atenção básica, assim como, do PSF; a política de capacitação, formação e educação permanente para os profissionais da equipe; que designa um entrelaçamento na necessidade de um investimento no que diz respeito, à produção e inovação tecnológica, voltada ao monitoramento, assim como, na avaliação dos resultados da estratégia.

2.2 A Saúde da Família no Contexto Amazonense

A Estratégia Saúde da Família possui uma crescente expansão de sua implantação nos Estados brasileiros, pois temos atualmente, 5.241 equipes de Saúde da Família, implantadas em mais de 29.896 municípios, o que corresponde à cobertura de 75% dos municípios do País.¹⁶

¹⁶ Fonte: Datasus – Agosto de 2009.

Entretanto, essa expansão designa uma aceleração da implantação da ESF, nos municípios de pequenos portes que se encontram com baixa ou até nenhuma estrutura para a instalação. Embora, nos centros urbanos a implementação tenha ocorrido de forma lenta, devido às problemáticas de cunho demográfico, carência de acesso aos serviços de saúde, agravos, e também, serviços de saúde inseridos em uma rede assistencial mal distribuída e desarticulada (ESCOREL, et al., 2002).

Diante de tantas experiências, encontram-se dificuldades para a implementação da ESF em seus vários contextos, pois ao deparar-se com diversas realidades e particularidades, valores e fenômenos sociais, regionais e locais, que se não forem levados em consideração, tornam-se empecilhos para o desenvolvimento efetivo da ESF.

A Estratégia Saúde da Família teve como precursor no Estado do Amazonas, os agentes comunitários de saúde. Em agosto de 1991 ocorreu à implantação do programa. Mendes (1999) menciona que, esses programas visavam ações de atenção primária, direcionadas para áreas onde havia população em risco de doenças infecto-contagiosa, diarreia e desnutrição. O programa contava com a presença de visitantes domiciliares em uma área adstrita dos usuários.

Devido ao surto de cólera na qual a população amazonense estava enfrentando, foram implantadas trezentos e quarenta equipes de agentes comunitários de saúde no Estado, e treinados para atuar nos municípios mais atingidos pela epidemia, entre eles: São Paulo de Olivença, Tabatinga, Santo Antônio do Içá, Tonantins, Benjamin Constant, Amaturá e Atalaia do Norte.

Com os avanços da cólera no Médio Solimões, em setembro do mesmo ano, mais de quinhentos e trinta e seis agentes comunitário de saúde iniciaram suas atividades nos municípios de Tefé, Coari, Uarini, Jutáí, Fonte Boa, Maraã, Juruá e Alvarães, e posteriormente mais de mil e quinhentos ACSs, foram contratados e receberam treinamentos para atuar no município do Baixo Amazonas e rio Amazonas. Nos municípios de Codajás, Anori, Anamã, Manaquiri, Beruri, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, Iranduba, Caapiranga, Itacoatiara, Silves, São José de Amaturá, Urucurituba, Autazes, São Sebastião do Uatumã, Itapiranga, Maués, Urucará, Boa Vista do Ramo, Barreirinha, Parintins e Nhamundá, perfazendo assim, trinta municípios no Estado (AMAZONAS, 2008).

O processo de expansão foi gradativo, e em 1995, sofreu intervenção pelo Ministério da Saúde, sendo reiniciado apenas em 1998, com a habilitação de mais

25 municípios na Gestão Plena da Atenção Básica, conforme a NOB/96. O Amazonas foi destaque como o único Estado a utilizar os dados informatizados no Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab.

Em 1999, o Programa Saúde da Família foi implantado no Estado com trinta e oito equipes, divididas em 16 municípios: Coari, Codajás, Envira, Fonte Boa, Itacoatiara, Itapiranga, Manacapuru, Manaus, Maués, Nova Olinda do Norte, Novo Aripuanã, Presidente Figueiredo, Santa Izabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, Silves e Uruará (AMAZONAS, 2008).

Como percebemos, a implantação do PSF no Amazonas, se deu de forma lenta, onde foram privilegiados apenas alguns municípios do Estado, ou seja, a maioria de grande porte; os outros ficaram à mercê da gestão municipal, para atender as exigências de implantação. Entretanto, pode se dizer que problemas de cunho regional como população dispersa nas diversas comunidades ribeirinhas, e o difícil acesso a essas comunidades através dos rios amazônicos foram características determinantes na implantação do programa local.

Seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, e da Superintendência do Estado de Saúde, o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde passaram a ser prioridades de implantação nos municípios, e com isso, ocorreu uma fase de expansão no Estado.

E em 2002, seguindo as orientações de implantação o Amazonas já contava com os 62 municípios atuais, onde encontravam-se implantados o Pacs, ou seja, um total de cinco mil e trinta e nove agentes comunitários de saúde. E 44 municípios com equipes do PSF, perfazendo um total de duzentos e oitenta e três equipes de saúde da família no Estado do Amazonas (AMAZONAS, 2002). Constituindo assim, uma cobertura com mais de 60% nos municípios amazonenses.

Diante disso, analisamos que além da especificidade geográfica no Amazonas que muitas das vezes se torna um empecilho para o acesso dos usuários à saúde, dentre outros direitos básicos. Outro problema que merece destaque é a falta de profissionais médicos e enfermeiros (uma das exigências para a implantação da Estratégia Saúde da Família) no interior do Estado que aumenta nos municípios mais longínquos da capital.

2.3 A Saúde da Família em Manaus

As experiências da Estratégia Saúde da Família diante das diversas realidades *vis-à-vis* às disparidades e especificidades regionais, tem demonstrado diferentes formas de implantação, implementação e operacionalização em seus diversos contextos.

Na capital amazonense a implantação do Programa Saúde da Família - PSF ocorreu a partir da legalização no Conselho Municipal de Saúde, perante a Resolução n.º 016/98, em 4 de maio de 1998. Mas, apesar da aprovação no referido ano, o programa ficou apenas na legislação e não foi implantado de fato na realidade dos usuários de saúde manauara, contudo o município continuou recebendo os recursos do Ministério da Saúde (MANAUS, 2002).

Diante desse fato percebemos que as autoridades políticas de saúde em Manaus, demonstravam estar resistente à implantação desse novo modelo de assistência à saúde, porém outro problema tinha de ser enfrentado para o funcionamento do programa; a falta de estrutura do qual o município não disponibilizava na época. O Programa Saúde da Família em 1999, se baseou no modelo do Programa de Cuba e recebeu o apoio técnico de profissionais de Niterói. Contudo, inicialmente foi denominado de Programa Médico da Família, pelo fato de o profissional enfermeiro não fazer parte da composição da equipe, ou seja, esta se constituía em um médico, dois auxiliares de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde.

Em maio de 2000, com a Lei n.º 531, o programa foi reconhecido como Programa Médico da Família, através da Portaria Ministerial GM/MS n.º 484 de 06 de abril de 2001. Manaus a partir de então, foi contemplada a receber incentivos financeiros, porque o Programa Médico da Família foi aceito como projeto similar ao Programa Saúde da Família. Mas, para o Ministério da Saúde ter reconhecido o Médico da Família em Manaus com suportes financeiros, teve de cumprir com a exigência de contratar enfermeiros para compor as equipes de saúde da família (MANAUS, 2002).

O Ministério da Saúde preconiza uma equipe de saúde da família interdisciplinar, onde sua composição pressupunha médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde dentre outros profissionais.

Manaus vai de encontro com essas prioridades, e mais uma vez demonstra a falta de interesse das instituições locais de implantar o programa de forma organizada com a contratação de profissionais para compor as equipes. Percebemos, então que desde sua implantação houve percalços para sua consolidação e efetivação.

A esse respeito Galvão (2003), enfatiza que os problemas fundamentais da saúde pública em Manaus, é a escassez de recursos e a resistência por parte das autoridades técnicas da semsa em relação ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. E ainda argumenta que, o maior exemplo é o Programa Saúde da Família, pois não levam em consideração os objetivos recomendados pelo Ministério da Saúde.

Documentos apontam que, desde sua implantação em 1999 até 2001, a Prefeitura não recebeu nenhum recurso financeiro federal, por não cumprir as normas ministeriais de implantação do programa. Isso demonstra uma desorganização da atenção básica, onde se encontrava enraizado o modelo de assistência tradicional centralizado na figura do médico.

No primeiro momento de sua implantação foi contemplada a Zona Leste da cidade, com os bairros São José dos Campos, Buritizal, Nova Floresta e Mauzinho na localidade Parque do Mauá. A seleção desses espaços urbanos ocorreu pelo fato de representar áreas de inexistência e ou dificuldade de acesso a bens e serviços essenciais, inclusive de saúde. E ainda, por serem consideradas áreas de risco ambiental ou expansão urbana, e que possuíssem populações em condições socioeconômicas desfavoráveis.

Alguns documentos da Prefeitura Municipal de Manaus apontam que essas áreas foram as que mais cresceram nos últimos anos, o correspondente a 60% da população da capital amazonense, e devido a isso ocorreu a ausência de infraestrutura urbana, como falta de água encanada, luz elétrica dentre outros problemas indispensáveis à permanência humana, os que as tornam consideradas áreas vulneráveis e de risco (MANAUS, 2000).

O Programa Saúde da Família tem recebido inúmeras críticas ao ser direcionado prioritariamente para populações desassistidas, aos quais se argumentam que seria *um sistema de saúde pobre para os pobres*. Uma forma reducionista de ver um programa que foi instituído como estratégia para reorganizar a atenção básica.

Porém, Araújo (2005) analisa que o PSF tem desenvolvido alguns avanços no que diz respeito ao acesso relacionado aos serviços de saúde para uma população que convive constantemente, com a ausência do Estado e de suas intervenções através de políticas públicas. Entretanto, esse avanço não está de acordo com a saúde como um direito de todos, e não é capaz de promover efetivamente a inclusão social.

O Programa Médico da Família foi se expandindo e se organizando por agrupamento zonal: Zona Leste, Zona Norte, Zona Oeste e Centro-Oeste e Zona Sul e Centro-Sul. Com uma meta inicial de implantação de cem Unidades de Saúde da Família e com 120 equipes para atuar nas Zonas Leste, Norte e Oeste (MANAUS, 1999).

As ações objetivas do Programa Saúde da Família da cidade de Manaus, segundo o Plano de Ação constituem-se em dentre outras ações: prestar assistência às necessidades de saúde da população adscrita; priorizar a família como espaço social e de atuação no atendimento; humanizar as ações de saúde com vínculos entre profissionais e população; desenvolver parcerias através de ações intersetoriais; incentivar a comunidade para o desenvolvimento de cidadania; intercâmbio entre os profissionais das equipes de saúde da família com os profissionais das unidades básicas de saúde; incentivar a participação da comunidade no processo de discussão, preparação e implantação das “casas de saúde”; possibilitar mecanismo para o adequado funcionamento do programa (MANAUS, 2000).

Nessa perspectiva Escorel et al, (2005) aponta que a Estratégia Saúde da Família aderiu aos princípios básicos do SUS como: a descentralização, a integralidade, a participação da comunidade e a universalização, para ser desenvolvidos a partir das ações da ESF.

No documento acima, Manaus busca priorizar esses princípios através do Plano de Ação da Estratégia da Saúde Família. Pois, esse modelo de atenção pressupõe, um direcionamento sanitário e preventivo como prática social, e mudanças na organização do sistema municipal de saúde. Caso contrário, a ESF se resumirá apenas em um programa focalizado para população carente intensificando ainda mais as desigualdades existentes.

Atualmente temos na capital amazonense, uma população de 1.738,641. Quanto à Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, tem-se um teto de 4.359

para ser implantados, credenciados temos pelo Ministério da Saúde 3.500 (não há produção por falta de estruturas), porém implantados temos: 1.206 equipes trabalhando o qual está recebendo verba. A proporção de cobertura é de 693.450. O teto para a Estratégia de Saúde da Família é de 724 equipes para serem implantadas, credenciadas pelo Ministério da Saúde temos, 200 equipes, e implantadas temos apenas 155 trabalhando nos bairros. A proporção de cobertura é de 30.076. Quanto à Estratégia de Saúde Bucal Modalidade I, credenciadas pelo Ministério da Saúde o teto é de 55 equipes, credenciadas temos 55 e implantadas temos 51 equipes. Modalidade II, nenhuma está credenciada pelo Ministério da Saúde, perfazendo assim, uma cobertura muito baixa de apenas 33, 31% de cobertura da Estratégia Saúde da Família em Manaus (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - DAB, 2011).

Diante dos dados acima a baixa cobertura da ESF em Manaus aponta para a restrição de acesso à saúde da população. Nessa direção Souza et al. (2000) nos diz que as dificuldades encontradas em municípios de pequenos e médios portes são mais acentuadas nos grandes centros urbanos, pois, são encontrados grandes índices de exclusão do acesso nos serviços de saúde.

As Unidades de Saúde da Família, construídas para serem a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, em Manaus foram simplificadas denominadas de “casinhas”, onde não oferecem credibilidade e conforto para seus usuários. Pode-se dizer que seriam um dos motivos que as estatísticas nacionais¹⁷ apontam à capital amazonense com baixa proporção de procura das equipes de saúde da família, ficando atrás de Brasília e Goiânia.

Ocorreram nessas cidades, maior procura das famílias nas Unidades Básicas de Saúde, isso significa que as Unidades de Saúde da Família não são pelo menos nestas cidades e de modo específico Manaus, a porta de entrada para o SUS. Predominando a procura de serviços nas Unidades Básicas de Saúde tradicional e, nos serviços de urgência em hospitais, que corresponde a um percentual de 22%. Destaca-se também, a procura dos serviços privados que corresponde uma procura de 5 % e 12% na capital amazonense (SCOREL, et al., 2005).

¹⁷ Fonte: núcleo de Estudos Políticos e Sociais em Saúde, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Mencionada no artigo O Programa de Saúde da Família e a Construção de um Novo Modelo para a Atenção Básica no Brasil, 2007.

Portanto, a estrutura das Unidades de Saúde da Família – USF, que foram construídas de forma paralela à Unidade Básica de Saúde - UBS e não de maneiras integradas, demonstram a permanência de paralelismo nas ações e serviços de saúde em Manaus, um empate de poder entre Estado e município que interfere diretamente no acesso dos usuários ao sistema de saúde local.

2. 4 A Saúde da Família no Bairro do Mauzinho

Diante desses aspectos, convém darmos início à reflexão relacionada às nossas entrevistas com as famílias da Estratégia Saúde da Família na Unidade L. 18.¹⁸ Para isso, iremos enfatizar o *lócus* de nossa pesquisa no Bairro Mauzinho, para melhor entendermos seu contexto e analisarmos os serviços desenvolvidos pela ESF.

O bairro do Mauzinho está situado na Zona Leste do Município de Manaus. Seu surgimento se dá concomitante à implantação da Zona Franca de Manaus, que provocou mudanças neste espaço geográfico, a partir de uma ocupação, em janeiro de 1968, em uma área de seringal nas áreas próximas ao rio Mauá. Perto de 30 famílias já habitavam o local, moradores de outros municípios e bairros vizinhos se reuniram para iniciar a habitação. Meses depois, a Suframa (Superintendência da Zona Franca de Manaus), se opôs à ocupação e pressionou os moradores a saírem

¹⁸ No dia 9 de dezembro de 2010, foi realizada minha entrada em campo na Unidade Saúde da Família L – 18 no parque Mauá - Bairro do Mauzinho, onde fui recebida pela médica e pelos agentes comunitários de saúde, os quais expliquei os objetivos da pesquisa. Após a seleção das famílias, os agentes comunitários de saúde se disponibilizaram a me levar às residências das famílias que estão desde a implantação da ESF. Assim, dei início às entrevistas, e acompanhei a agente comunitária de saúde, e fui às residências de duas das famílias que preenchiam os critérios de seleção. Porém, diante de alguns empecilhos fui obrigada a encerrar a participação dos agentes comunitários de saúde, pois a minha imagem na área estava associada ao da Estratégia Saúde da Família. Ao ponto de uma senhora me parar na rua e perguntar o que era bom para tosse do seu filho. Outro motivo e ainda mais forte, foi o fato de perceber certo incômodo dos usuários ao responder as questões, pois eles me ligavam aos ACS, até o momento de me perguntarem se eles (os profissionais da ESF) iriam saber o que eles estariam falando. Sendo assim, optei por fazer uma abordagem mais direta as famílias. E nesse momento, eu explicava aos usuários que não fazia parte da equipe da ESF, para que estes se sentissem mais a vontade para responder aos roteiros de perguntas. Assim sendo, foi possível obter certo *bem-estar* tanto para a pesquisadora quanto para às famílias usuárias o que tornou possível realizar as demais entrevistas. Ultrapassados os limites cotidianos, e a partir de minha insistente presença no local, foi possível realizar as entrevistas e também observar os usuários na fila de espera e o atendimento na recepção da USF. Foram realizadas também observações quanto aos serviços prestados e algumas conversas com os profissionais, que a princípio pensaram que eu fosse funcionária da semsa que estivesse lá fazendo uma fiscalização. Mas, aos poucos fui me aproximando e com conversas os profissionais foram falando dos trabalhos desenvolvidos.

do local, alegando a posse de terra, em meio a este conflito, a presença da Igreja Católica foi marcante ao lado dos moradores.

Em 1984, a SUFRAMA voltou a revidar, utilizando desta vez tratores e com o auxílio da polícia tentou novamente a retirada dos moradores, que por sua vez, persistiram na permanência, e em 1986 a Prefeitura Municipal decidiu acatar as reivindicações dos moradores e reconheceu a existência do bairro Mauazinho, por meio da Lei n.º 1.840, assim os moradores conquistaram serviços básicos entre eles, água encanada, energia elétrica, escolas e o primeiro posto de saúde.

Atualmente, há 10.713 mil habitantes no bairro que corresponde uma das áreas mais pobres da cidade, e abrange uma área geográfica de 732.73 hectáres que está dividido em Mauazinho I, Mauazinho II e Parque Mauá.¹⁹

A pobreza faz parte da realidade de uma parcela significativa de sua população, pois apesar das proximidades da Zona Franca, os problemas de infraestrutura são evidentes em toda a extensão do bairro, como falta de água encanada, coleta de lixo, ausência de serviços básico de saneamento, segurança pública e lazer, dentre outros. Em algumas localidades esses problemas se intensificam ainda mais, como a falta de asfalto, profundos problemas ambientais e habitacionais, com domicílios próximos a igarapés e barrancos, essas áreas foram proibidas pela defesa civil com risco de desabamentos, porém, a população permanece no local, por não dispor de outra opção de moradia.

Essa realidade apontada acima²⁰ são reflexos de um crescente processo de urbanização desordenada, que traz consigo algumas problemáticas de ordem social, ocasionando com isso, populações em estado de pobreza e exclusão a bens e direitos sociais. Um lugar propício para o desenvolvimento de doenças.

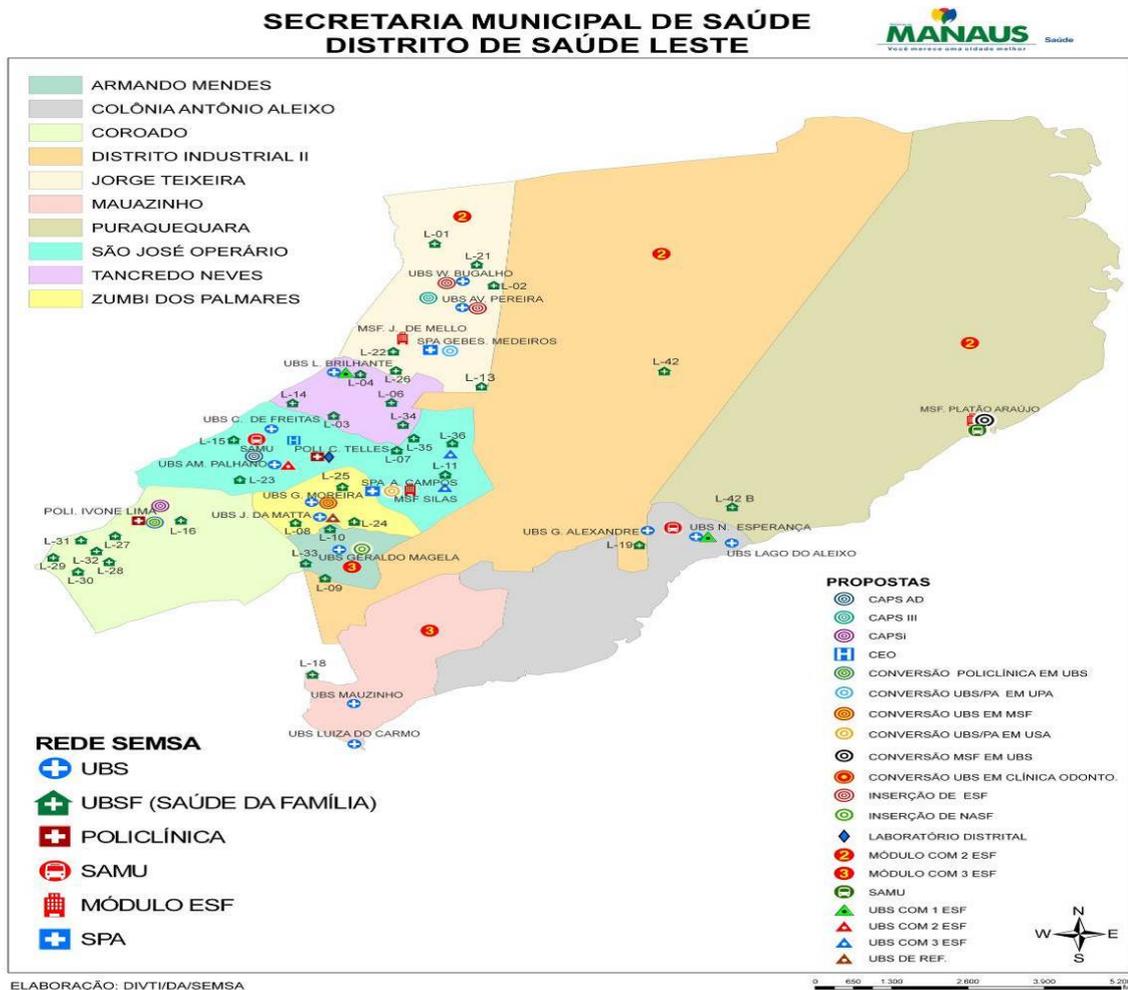
A escolha do bairro Mauazinho, justifica-se por ser um dos pioneiros quanto à implantação do Programa Saúde da Família na cidade de Manaus-AM., que ocorreu em março de 1999. Sendo um dos bairros pioneiros, ainda é o único do Distrito Leste com apenas uma Unidade Saúde da Família implantada, sua área de cobertura abrange todo o Parque Mauá e parte do Mauazinho II, estas áreas cobertas apresentam várias disparidades sociais econômicas e culturais, exigindo ainda mais uma abordagem abrangente e ao mesmo tempo diferenciada e particularizada, o que se torna impossível com apenas uma equipe.

¹⁹ Dados do IBGE, 2008.

²⁰ Dados da Pesquisa de Campo realizada em dezembro de 2010 a Janeiro de 2011.

A atenção básica do bairro Mauzinho está dividida em duas Unidades Básicas de Saúde – UBS (modelo tradicional). A Luiza Maria do Carmo localizada na Vila da Felicidade, Mauzinho localizada na avenida Rio Negro e a Unidade de Saúde da Família – USF n.º 18, localizada no Parque – Mauá, onde funciona a Estratégia Saúde da Família. Nesta unidade funciona uma equipe da ESF com uma área de abrangência de hab. 3.000, dividida em 12 microáreas, para cada área há um agente comunitário de saúde. Os serviços oferecidos para a população atendida são: atendimento médico, odontológico, enfermagem e programas do Ministério da Saúde como: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, tuberculose, hanseníase, hipertenso, diabéticos e saúde bucal, nessa Unidade de Saúde da Família são atendidas mensalmente 250 pessoas (Dados da Pesquisa de campo realizada no período de 9.12. 2010 a 24.1.2011).

FIGURA 1: MAPA DO DISTRITO DE SAÚDE LESTE



No mapa apresentado acima, localiza-se de forma mais visível a distribuição dos serviços de saúde da Zona Leste, bem como do bairro Mauzinho.

2. 4.1 Os Sujeitos da Pesquisa

Antes de apresentar a percepção das famílias entrevistadas em relação à Estratégia Saúde da Família, julga-se importante traçar um perfil destas, haja vista que, a população possui características próprias que determinam a maneira de procurar, utilizar e perceber os serviços de saúde. Sendo assim, os sujeitos da pesquisa foram caracterizados mediante as seguintes variáveis: sexo, idade, profissão, escolaridade, tipo de moradia, tempo de residência na área.

FIGURA 2: IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Identificação	Sexo	Idade	Profissão	Escolaridade	Tipo Moradia	Tempo/ Residência
C. S. V.	F	36 a	Doméstica	8. ^a Série	Mista	14 anos
R. R. C.	F	48 a	Doméstica	4. ^a Série	Mista	20 anos
V. M. P.	F	39 a	Doméstica	8. ^a Série	Alvenaria	14 anos
S. C. V.	F	32 a	Doméstica	4. ^a Série	Mista	16 anos
L. P. L.	F	29 a	Estudante	8. ^a Série	Alvenaria	29 anos
T. S.	F	41 a	Doméstica	Ens. Médio Compl.	Alvenaria	Mais de 20 anos
J. R. F.	M	71 a	Aposentado	1. ^a Série	Alvenaria	Mais de 30 anos
J. P. M.	F	36 a	Dona de casa	5. ^a Série	Alvenaria	18 anos
S. B.	F	47 a	Cozinheira	5. ^a Série	Madeira	Mais de 20 anos
P. A. L.	F	31 a	Marítimo	5. ^a Série	Madeira	18 anos
R. L. V.	F	47 a	Doméstica	5. ^a Série	Mista	Mais de 20 anos
C. C. S.	F	63 a	Doméstica	2. ^a Série	Mista	Mais de 40 anos
Z. S. S.	F	58 a	Dona de Casa	4. ^a Série	Alvenaria	Mais de 30 anos
T. M. N. P.	F	33 a	Dona de Casa	2. ^o ano E. Médio	Mista	Mais de 19 anos
J. S. O.	F	35 a	Dona de Casa	5. ^a Série	Madeira	17 anos
A. B. S.	F	36 a	Doméstica	4. ^a Série	Madeira	Mais de 20 anos
M. O. P. S.	F	38 a	Doméstica	5. ^a Série	Mista	20 anos
D. R. C.	F	44 a	Autônoma	5. ^a Série	Alvenaria	Mais de 20 anos
M. C. N. S.	F	79 a	Aposentada	3. ^a Série	Mista	Mais de 40 anos
G. M. S.	F	45 a	Doméstica	4. ^a Série	Mista	Mais de 20 anos
A. G. S.	F	37 a	Vendedora	4. ^a Série	Mista	Mais de 16 anos
J. G. F.	F	41 a	Autônoma	4. ^a Série	Madeira	25 anos

Fonte: Pesquisa de campo 09.12. 2010 a 24.01.2011.

Como percebemos no quadro a idade de nossos entrevistados²¹ variam de 29 a 79 anos, a profissão em sua grande maioria é doméstica ou dona de casa, a escolaridade também varia de 1.º ano do primário ao ensino médio completo, entretanto, sua grande maioria é o primário. Em relação ao tipo de domicílio que é uma variante para analisar o perfil socioeconômico, encontramos em madeira, alvenaria e mista. O tempo em que está residindo no local de abrangência da ESF encontra-se de 14 ou mais de 30 anos. Como porta – voz das 22 famílias, 18 foram mulheres, pois para Minayo (2000), a relação entre mulher/ família / cuidado, a mulher se torna o principal sujeito usuária e interlocutora, dos serviços de saúde, o que vem reforçar a cultura tradicional. E ainda, nesse sentido a autora aponta ainda que há dificuldades da ESF para lidar com todo o sistema familiar, e não apenas com as interlocução das mulheres, pois a interlocução com os homens também seria relevante para uma atuação de equidade na Estratégia Saúde da Família.

2.5 A Percepção das Famílias quanto à Garantia da Atenção e à Organização dos Serviços de Saúde

Neste estudo, percebemos que emerge nos depoimentos das famílias alguns aspectos relacionados ao acesso. Segundo Travassos e Castro (2008) o termo acesso indica: *o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde* (p.218). Para esses autores, além da estrutura física e dos recursos humanos há outras características: geográfica, financeira, organizacionais, informacionais, dentre outras que são relevantes ao acesso dos usuários nos serviços de saúde.

Alguns aspectos negativos relacionados ao acesso dos serviços e ações da Estratégia Saúde da Família, foram destacados pelas famílias, dentre os quais a infraestrutura da Unidade Saúde da Família, aparece a todo o momento da

²¹ Um aspecto importante a ser considerado é em relação ao porta - voz da família que, a princípio era um membro que estivesse inserido nos critérios de inclusão. Porém, quando chegávamos às residências toda a família que estava presente no domicílio, se reunia conosco e participava da conversação, por esse motivo é que no decorrer deste trabalho no que condiz às falas da pesquisa sempre me reporto às famílias e não ao usuário. Haja vista que, é na família, onde se reproduz às relações afetivas, as crenças, a cultura e como bem menciona Silva (2010) compartilham responsabilidades entre si. Daí a importância de aceitar a opinião de todos os membros da família para avaliar os serviços de saúde disponíveis da ESF, pois a forma de cuidar da saúde também é uma relação familiar de solidariedade, onde a saúde da família está incluída a saúde de todos os seus membros.

entrevista, como motivo de descontentamento, tais como: o espaço pequeno, a falta de água, a ausência de ar-condicionado, e demais problemas apontados como deficiência que deveriam ser superadas:

Infraestrutura	Transcrição das Entrevistas
Espaço pequeno	(...) a gente fica no sol esperando, e lá é muito pequeno , (...) (usuária S.C.S.) grifos nosso.
Ausência de ar-condicionados	(...) Que tenha mais espaço, ali é pequeno demais, antes não tinha nem o ar-condicionado, era quente, quente lá dentro, nem água para beber tem. (...) (usuária C.C.S.) grifos nosso.
Ausência de bebedouro e cadeiras	(...) ali tem que melhorar tudo, não tem nem banco pra gente sentar, a gente é que fica no sol. Agora que colocaram um ar-condicionado lá dentro. Mais é muito pequeno e não cabe todo mundo lá, (...) a água também, que não tem, é muito ruim. (...) <i>porque aqui todo mundo usa a casinha, só quando é caso de emergência é que a gente procura outro lugar.</i> (usuária G.M.S.) grifos nosso.

Documentos retratam que as Unidades de Saúde da Família foram construídas com o objetivo de aumentar o acesso da população aos serviços de saúde. Em Manaus, as USFs foram construídas como *minipostos* de saúde e com coordenação própria. Ou seja, *as Casas de Saúde (...) foram pensadas como ponto de encontro da equipe e não como local de atendimento, priorizando-se a realização de atividades na comunidade* (ESCOREL et al, 2005).

O que se presencia na realidade das famílias do Mauazinho, é que o *miniposto* se torna a única opção de acesso aos serviços de saúde da população local voltada para a prevenção, que sofre com a falta de estrutura.

A Unidade de Saúde da Família L. 18, está estruturada com três ambientes: uma sala de espera, um consultório e uma sala dividida para farmácia/almojarifado e cozinha, um banheiro que não dispõe de água, os trabalhadores de serviços gerais são os que carregam água do vizinho para a limpeza do local²². Uma realidade com carência de estrutura física tanto para seus profissionais, quanto para seus usuários

²² Dados obtidos da pesquisa de campo através da observação participante direta realizada no período de 12/2010 a 1/2011.

no que diz respeito à disponibilidades de recursos, é um verdadeiro descaso por parte das autoridades de saúde local.

Ainda nessa perspectiva, Travassos e Castro (2008) apontam as *barreiras de acesso* e mencionam que dentre estas as mais relevante nos serviços de saúde é a disposição de estrutura física e de recursos humanos e que estejam em boas condições de serem utilizadas. Porém, esses recursos não são suficientes para garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, há outras características que também são apontadas pelos autores como importantes ao acesso dos usuários, e foram identificadas nas falas dos sujeitos deste estudo.

Barreiras financeiras: Para os autores, as barreiras financeiras aumentam ainda mais as desigualdades de acesso aos serviços de saúde, e se intensificam aos mais pobres, que tem dificuldades para pagar, ou no caso deste estudo dificuldade de locomoção para outros centros de saúde.

Acesso	Transcrição das Entrevistas
<p><i>(...) e que a gente possa fazer o tratamento aqui (na USF) pra gente não sair para outro lugar às vezes, a gente não tem dinheiro nem pra comer.</i> (usuária R.L.V.) grifos nosso.</p>	

Barreiras geográficas: estas atribuem o espaço geográfico sendo um dos obstáculos aos usuários nos serviços de saúde. E representa uma significativa barreira de acesso aos serviços de saúde aos menos favorecidos economicamente.

Acesso	Transcrição das Entrevistas
<p><i>A gente tinha acompanhamento deles aqui embaixo, depois que subiu a gente não tivemos, eles não apareceram mais (usuário se referindo à equipe)</i> (usuária S.B.) grifos nosso.</p> <p><i>Que venha na minha casa para verificar a pressão é muito ruim subir a ladeira.</i> (usuária A.B.S.) grifos nosso.</p>	

Barreiras de informação: a divulgação de informações dos sistemas e serviços de saúde é considerada como um dos aspectos de grande importância ao

acesso. Pois, a informação causa impacto no modo das famílias perceberem a saúde, assim como no acesso de seus serviços.

Acesso	Transcrição das Entrevistas
<p>(...) <i>que eles venham mais vezes nas casas, que trazem informações, e que trabalhe mais nas famílias.</i> (usuária L.P.L.) grifos nosso</p> <p><i>Que eles façam o serviço deles, visitar mais a gente, e trazer informações para gente, nos manter informados. Dizer olha tão planejando isso, vamos fazer aquilo e passarem pra gente (...).</i> (usuária S.B.) grifos nosso</p>	

Percebe-se nessas falas que, determinada realidade de operacionalização da ESF, são direcionadas às barreiras que impedem o acesso das famílias na utilização dos serviços de saúde. Ou seja, há um paradoxo entre oferta, a necessidade e a utilização de serviços de saúde. Outro aspecto que devemos dar atenção é que as famílias não são orientadas quanto o objetivo da ESF, que é a prevenção, a promoção e a assistência, voltada para a atenção básica e não para tratamento mais complexo. Portanto, é preciso conhecer e identificar os fatores sejam eles políticos, econômicos, geográficos ou culturais que resultam em uma complexidade específica de cada realidade onde ocorre a implantação da ESF, para com isso, reorientar as políticas de saúde em seus diversos contextos de acordo com as especificidades locais.

Sendo assim, à medida que fomos conhecendo a operacionalização da Estratégia Saúde da Família no bairro do Mauzinho, tornou-se evidente nos relatos das famílias a insatisfação quanto à organização dos serviços da Unidade Saúde da Família L. 18. Denominadas por Travassos e Castro (2008) como *barreiras organizacionais* estas expressam as características de organização dos serviços, bem como, a qualidade dos recursos humanos, que podem vir facilitar ou diminuir o acesso na utilização dos serviços de saúde.

No caso particular deste estudo foram identificados alguns aspetos: demora no atendimento, quantidade de fichas, funcionamento de apenas um horário para consultas, cronograma de consultas, número restrito de profissionais, assim como constante atrasos destes, são os mais destacados pelos entrevistados.

Barreiras Organizacionais	Transcrição das Entrevistas
Atendimento	<p>(...) Seria muito bom se o atendimento fosse constante a semana toda, porque se é para ir a um hospital desse aí, o pessoal faria todo o atendimento aqui, porque nem todo mundo que mora aqui na comunidade tem condições de sair, (...). (usuário P.A.L.) grifos nosso</p> <p>(...) E sempre deve ter atendimento, por que a gente não adoece quando eles querem, (...) porque a doença não diz quando vai aparecer (...). (usuária D.R.C.) grifos nosso</p>
Cronogramas de consultas	<p>Que a médica viesse mais vezes, de manhã e à tarde, ficaria melhor para nós e folgaria mais os hospitais. (usuária M. O. P. S.) grifos nosso</p>
Atrasos dos profissionais	<p>(...) O que eu não gosto é que ela chega muito tarde, nove ou dez horas da manhã, e as pessoas chegam lá, às vezes às cinco e meia e fica até nove ou dez horas, sem tomar café, aí as pessoas reclamam muito, né? (usuária S.C.S.) grifos nosso</p>
Quantidade de fichas	<p>(...) só tem dezesseis fichas por dia, e a gente chega cedo e espera muito, e às vezes não conseguimos ser atendido. (usuária A.G.S.) grifos nosso</p> <p>(...) , mais melhora no atendimento, ter mais fichas, mais médico, mais dentista, mais visitas dos agentes. (usuária C.S.V.) grifos nosso</p>

Percebe-se pelos depoimentos das famílias que a ESF não está funcionando de forma adequada, pois oferece precárias condições de serviços de saúde, e não estão adequados às necessidades da população adscrita, tampouco desenvolvendo confiança e satisfação aos usuários com os serviços oferecidos.

Foi constatado que, as consultas só são realizadas pela manhã, e o horário da tarde é reservado para entrega de medicamentos, aplicação de injetáveis, e marcar consultas ou exames. Neste horário fica uma técnica de enfermagem e um agente comunitário de saúde na USF. O atendimento funciona com o seguinte cronograma de consultas:

Às segundas-feiras: os hipertensos; às terças-feiras e quarta-feiras: as crianças; às quintas-feiras: as gestantes; às sextas-feiras: os adultos.

Os curativos e as inalações são realizados de manhã e à tarde. Para esse tipo de atendimento os usuários não necessitam de fichas. O planejamento familiar é

realizado às quartas-feiras às 14h da tarde. Já o Programa Bolsa Família / Peso são realizados pela manhã e à tarde.²³

Diante desses fatos percebemos o descumprimento em relação à Legislação da Estratégia Saúde da Família, onde menciona que o atendimento da ESF deve ser de quarenta horas semanais para todos os seus integrantes, ou seja, toda a equipe²⁴, o que não acontece com a realidade das famílias aqui estudadas, pois o funcionamento é apenas de um horário, e essas demonstram insatisfação com os serviços.

Portanto, é evidente uma operacionalização restrita no acesso aos serviços de saúde e uma organização dos serviços que não atende de forma satisfatória as famílias, pois, todas essas problemáticas apresentadas apontam para uma desigualdade social, e ausência de universalização do acesso.

Quando perguntados se os medicamentos oferecidos pela USF atende as necessidades dos usuários, foi apontado o seguinte: *sempre tem quando as famílias procuram*, portanto, houve desacordo, embora sendo a minoria. Foram indicados também aspectos positivos como a entrega de medicamentos para os programas.

Disponibilidade dos Medicamentos	Transcrição das Entrevistas
Aspectos negativos	<p><i>Algumas vezes tem, mas não temos dinheiro para comprar remédio quando falta, e isso existe para nos ajudar e por que falta? (usuária A.G.S.) grifos nosso.</i></p> <p><i>Às vezes tem e às vezes não, mas quando não têm eles mandam a gente comprar. (usuária L.A.L.)</i></p>
Aspectos positivos	<p><i>Minha filha tá grávida e ela recebe o medicamento quando vai fazer o pré-natal. (usuária Z.S.S.) grifos nosso.</i></p>

²³ Esses dados foram obtidos a partir de observações direta, realizadas no cronograma da Unidade Saúde da Família n.º 18, e de informações prestadas pela médica e pelo enfermeiro da unidade. E mencionam ainda que essa foi a melhor alternativa de organização, pois as outras tentativas deixavam os usuários insatisfeitos.

²⁴ Vide Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006: da Infraestrutura e dos Recursos Necessários.

Analisando as falas das famílias, observou-se que a cultura do “ganhar remédios” ainda se perdura fortemente como forma de ajuda, uma dádiva, com resolutividade para os problemas de saúde da população estudada.

A partir da opinião das famílias usuárias percebemos que, ainda não ocorreu na realidade dos usuários da USF L. 18 uma mudança de paradigma como é proposto pela Estratégia Saúde da Família. Foi demonstrado um distanciamento entre o discurso e a prática o que vai de encontro com a experiência do cotidiano dos serviços de saúde, onde diante de tantas dificuldades vivenciadas por estas famílias percebemos claramente sua insatisfação quanto aos serviços recebidos.

CAPÍTULO III

PRESSUPOSTOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA.

...São casas simples com cadeiras na calçada;
e na fachada escrito em cima que é um lar.
Pela varanda flores tristes e baldias. Como a alegria
que não tem onde encostar. E aí me dá como uma
inveja no meu peito, feito um despeito de não ter como
lutar. E eu que não creio, peço a Deus por minha
gente. É gente humilde, que vontade de chorar.

(CHICO BUARQUE E VINICIUS DE MORAES. "Gente Humilde")

O presente capítulo traz à luz uma reflexão acerca da Estratégia Saúde da Família, no sentido de analisar o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, a atuação da equipe, assim como, identificar os resultados do processo de participação social na realidade das famílias da USF L. 18 no bairro Mauzinho.

Para isso, propõe-se uma análise crítica dos dados empíricos coletados junto às famílias usuárias da ESF. O viés desta pesquisa é analisar a perspectiva dessas famílias em relação aos serviços recebidos.

3.1 A Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária, serviu de referência para a 8.^a Conferência Nacional de Saúde em 1986, e designou conquistas de direitos na saúde brasileira legalizado na Constituição Federal de 88, e a regulamentação desses direitos na Lei Orgânicas de Saúde, a 8.080 e a 8.142, que legalizou e legitimou o Sistema Único de Saúde. Ou seja, a reorganização do modelo de atenção à saúde, teve sua gênese na Reforma Sanitária, onde foi organizado um sistema de saúde, que priorizou a atenção básica, com ações de caráter preventivo, promocionais e a reorganização do modelo de atenção, através de programas planejados para executar as ações básicas de saúde.

Nesta perspectiva, Paim (2008) traz à luz que, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), lança a Carta de Fortaleza onde

fornece experiências para novos modelos na atenção dos serviços de saúde, priorizando as seguintes propostas de promoção da saúde²⁵: *ação intersetorial e municípios saudáveis; este evento representa um marco de confluência dos processos de implantação do SUS e do movimento de promoção da saúde* (p.162).

Em seguida, a X Conferência Nacional de Saúde, os Programas Agente Comunitário de Saúde e Saúde da Família, foram determinantes para a inserção da Promoção da Saúde nas políticas de saúde no Brasil.

Buss (2000) aponta que, a mudança na legislação, e as inovações dos programas de Agente Comunitário de Saúde e o Programa Saúde da Família aliados à ampliação do PAB - Piso de Assistência Básica propõem um estímulo que motiva à qualidade de vida e o estado de saúde da população brasileira, sob a ótica da promoção da saúde.

Nesse contexto em março de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, através da Portaria n.º 687, onde menciona que a estratégia de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde, significa intervir em aspectos determinantes no processo saúde – doença da população tais como:

Violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e / ou ausente dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada, e ampliar formas mais amplas de intervir em saúde. (BRASIL, MS – POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, p.7, 2006).

²⁵ Com a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, Alma-Ata (URSS), inaugura-se um novo paradigma de saúde público em nível mundial. Esta conferência tomou por base dentre outros o *Informe Lalonde* (1974). Este relatório abordou cinco propostas para o enfrentamento dos problemas na área da saúde do qual se destaca a promoção da saúde. Segundo Buss (2002), as recomendações da Conferência de Alma-Ata significou a necessidade de uma assistência à saúde que priorize a equidade dos serviços, a integralidade na atenção, priorizando as ações de atenção básica de saúde, dando ênfase na promoção e na prevenção, além de seus determinantes. A Carta de Ottawa ofereceu em nível mundial pressupostos e referência para o desenvolvimento da promoção da saúde. Na América Latina a Conferência de Bogotá realizada em 1992, analisou a promoção da saúde na América Latina, onde se procurava implantar a promoção da saúde nestes países e adequá-la à realidade local, através de programas e políticas públicas. Buss (2003) aponta cinco princípios considerados desafios da promoção da saúde na América Latina, o de transformar e desenvolver novas alternativas de ações para políticas públicas, desenvolvimento de habilidades sociais para atitudes mais saudáveis reafirmando laços de solidariedades, serviços de saúde e superar as desigualdades sociais, o acesso e a cobertura dos serviços de saúde para todas as pessoas.

A estratégia de implementação da promoção da saúde, está na inserção de atividades em todos os níveis de atenção do SUS, dando ênfase principalmente à atenção básica com ações voltadas para: *o cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção e controle ao tabagismo e bebidas alcoólicas dentre outras* (BRASIL - MS-POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2006).

As ações da ESF devem ir além de práticas curativas objetivando as ações de promoção e proteção das famílias, conduzindo as alterações nos determinantes sociais no processo saúde - doença.

Para o Sistema Único de Saúde – SUS a promoção da saúde, designa uma estratégia capaz de produzir saúde: *ou seja, um modo de pensar e operar articulado às demais políticas e tecnologias acessíveis, para assim contribuir na construção de ações que possibilitem responder às determinações sociais em saúde* (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Sendo assim, percebemos a promoção da saúde como uma estratégia social, política, cultural e econômica que implica diretamente no indivíduo, para isso, esta deve estar articulada a outras políticas, munida dentre outras, a alternativas de intervenções educativas e preventivas por ações das políticas públicas de saúde, modificando o modo de pensar e agir em saúde, proporcionando as pessoas uma autonomia de hábitos saudáveis.

Logo, nesta análise a concepção de promoção da saúde, designa um instrumento onde o indivíduo será capacitado para aumentar o controle sobre os determinantes de sua própria saúde. Neste contexto as ações educativas tomam um novo rumo dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde, sobretudo, no que condiz o direito à saúde, assim como, o processo de escolha do usuário em seus determinantes no processo saúde – doença (CHIESA E VERÍSSIMO, 2001).

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família tem como foco de assistência o cuidado centrado na família, sendo uma forma de atuação e enfrentamento dos determinantes sociais. Esta estratégia tende a atuar nos fatores de riscos, e busca desenvolver consciência sanitária e atitudes participativas dos usuários no processo de planejamento e na intervenção das políticas de saúde.

Dessa forma, a promoção da saúde está associada dentre outros valores ações de estratégias que envolvem a atuação do Estado, assim como da

comunidade, do sistema de saúde, famílias e demais instituições sociais na construção de parcerias intersetoriais.

Diante do exposto analisamos que a Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família, aponta caminhos para os usuários terem sua capacidade de escolhas sobre fatores relacionados à sua saúde. Ou seja, atuando, sobretudo no controle de determinantes para intervir na saúde, pressupõem-se intervenções orientadas para uma crescente de hábitos saudáveis e qualidade de vida como: educar as famílias para assumirem o controle sobre sua saúde, em cuidados específicos como a realização de exercícios físicos, higiene, cuidado com o meio ambiente, orientação para uma alimentação saudável, orientações sobre os malefícios do cigarro, do álcool além de diagnóstico de alguma doença crônica dentre outros. Através de ações educativas em saúde guiada para uma transformação de hábitos saudáveis e melhor expectativa de vida.

A atuação do Estado nas políticas públicas é primordial para realizar este trabalho, onde, não apenas o indivíduo, mas a articulação com as políticas públicas é responsável para atuar nos espaços físico, social e simbólico das famílias e das comunidades, ou seja, a construção da capacidade de escolhas, bem como a utilização do conhecimento para distinguir e atuar no processo amplo de cuidado – saúde - doença.

Nessa abordagem encontramos equívocos ou diferenças quando se fala em promoção e prevenção, porém a prevenção de doenças ocorre através das ações preventivas e são orientadas para evitar doenças ou reduzir sua incidência em determinada sociedade.

Mendes (1999) ressalta que, a prevenção com base epidemiológica passou por algumas limitações da qual é considerada como incapaz de causar algum impacto na saúde, haja vista que, não trabalha com condicionantes políticos e sociais, e se resume em intervir nas condições de riscos epidemiológicos.

Enquanto que, a promoção de saúde é definida de forma mais ampla que a prevenção. E designa medidas que não se voltam a uma determinada doença ou desordem, mas aumentam a saúde em seu contexto pleno, e suas condições de vida e de trabalho, nos fatores sociais exteriores determinantes dos problemas de saúde (CZERESNIA, 2003).

Desse modo o quadro abaixo esclarece as diferenças existentes entre a promoção de saúde *versus* prevenção de doença.

FIGURA 3: DISTINÇÃO ENTRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Promoção da Saúde	Prevenção de Doenças
Saúde: conceito positivo e multidimensional	Saúde: ausência de doença
Modelo participativo de saúde	Modelo médico
Direcionado à população no seu ambiente total	Direcionado principalmente aos grupos de alto risco na população
Envolve uma rede de questões de saúde	Envolve patologias específicas
Estratégias diversas e complementares	Estratégia única
Abordagens facilitadoras e integradoras	Estratégias diretivas e persuasivas
Medidas incentivadoras são oferecidas a população	Medidas diretivas são fortalecidas em grupos – alvos
Mudanças no dos homens e de seu ambiente são buscadas aos programas	Programas focalizando principalmente tópicos individuais e de grupos
Organizações não profissionais, grupos cívicos e governos municipais, regionais e nacionais são necessários para se atingir às metas de promoção da saúde.	Programas preventivos é assunto dos grupos profissionais das disciplinas de saúde.

Fonte: Stachtchenko & Jenicek apud Freitas (2003).

Portanto, analisamos que a promoção da saúde designa atividades de mudanças que orientam o comportamento dos sujeitos e famílias, direcionados pelas políticas públicas em todo o seu contexto. Dessa forma, entendemos que está vinculada apenas nos usuários, mas acontece através da mediação dos profissionais nas políticas públicas, como a Estratégia Saúde da Família que designa um instrumento de transformação para se obter hábitos saudáveis, participativos e democráticos, apesar de outros fatores determinantes, sendo um conjunto adequado de atitudes saudáveis básicas de condições que estão estreitamente relacionadas à saúde, como um bem-estar físico, mental e social, para se estabelecer um estilo de vida sustentável e saudável.

Destacamos, portanto, que a saúde não se limita apenas em ausência de doença, pois os sujeitos sociais, sem enfermidades poderiam avançar em capacidade objetivas e subjetivas de bem-estar individual e coletivo.

Assim sendo, este estudo afere as ações de promoção da saúde desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, pois se tratando em analisar a ESF na perspectiva da promoção da saúde, nos remetemos para uma dinâmica abrangente e reflexiva, envolvendo atores sociais, interesses e necessidades. É importante analisar como os objetivos do programa se modificam *pari passu* com o seu desenrolar na prática das ações aplicadas as famílias.

As especificidades do programa no bairro do Mauzinho nos remetem a uma reflexão sobre as mudanças ocorridas no processo saúde – doença das famílias atendidas pelo programa. A promoção da saúde como um processo para desenvolver a capacidade de manter a saúde, bem como controlar seus determinantes, direciona a uma análise centralizada em seus comportamentos em relação a saúde e o bem – estar das famílias usuárias do programa. Ou seja, os efeitos das ações da promoção da saúde e sua intervenção no decurso da Estratégia Saúde da Família na realidade das famílias assistidas.

Sendo a promoção da saúde um dos principais objetivos da Estratégia Saúde da Família, analisamos como estão os efeitos e o alcance de seus objetivos em relação à população assistida. Pois, o que convém para este estudo é saber dos sujeitos envolvidos se as ações de promoção da saúde estão sendo realizadas no cotidiano das práticas da ESF, através do processo de escolha de hábitos saudáveis e do empoderamento social que designa a capacidade dos sujeitos em intervir na tomada de decisão no processo de participação e escolhas democráticas das políticas de saúde.

O estilo de vida envolve o desenvolvimento de habilidades pessoais, onde a família se torna um espaço propício, de ações educativas, informativas, orientações e de comunicação em saúde. A ESF possui amplo campo de atuação nesta dimensão, a respeito das ações promocionais de incentivo ao aleitamento materno, controle do tabagismo, atenção à hipertensão e aos diabetes, estímulo à atividade física, higiene, dentre outras formas de cuidar da saúde (BUSS, 2002).

Frente ao material empírico das entrevistas referente às práticas desenvolvidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família da USF L. 18, constatou-se que são ações individuais, e raramente acontecem ações coletivas, sendo que as orientações individuais são realizadas durante as consultas, pois as orientações coletivas ultimamente não estão sendo realizadas pela equipe.

Educação em Saúde	Transcrição das Entrevistas
Ausência de palestras educativas	<i>Que tenha mais palestras, sobre as DSTs, preventivo, gravidez em um lugar maior, com a presença da dra. para a gente tomar mais cuidado com a nossa saúde. (usuária T.M.N.P.) grifos nosso</i>
Descontinuidade das ações	<i>(...) Que façam palestras sobre saúde. Eu não sei por que parou. (usuária Z.S.S.) grifos nosso</i>
Necessidade de orientações	<i>(...) mais orientação de saúde para a comunidade (usuária M.C.N.S.)</i>

No caso em particular deste estudo as ações de educação em saúde²⁶ ocorrem de forma resumidas. Um dos pontos mencionados como causa de insatisfação é a descontinuidade dessas ações na comunidade que percebemos diante dos depoimentos acima a valorização das informações transmitidas por parte das famílias. Pois, foi mencionado também problemas com relação ao local onde é realizado com mais frequência às orientações, que é a recepção da USF, e a ausência de alguns profissionais, inclusive da médica.

Em relação às palestras educativas raramente acontecem, e o enfermeiro é o responsável por essas atividades. Diante de observações e relatos realizados durante a pesquisa, foi constatado que o profissional médico não realiza atividades de educação em saúde; apenas faz orientações quando o usuário está no consultório, porque, segundo o profissional a Semsa – Secretaria Municipal de Saúde, através do Distrito Leste exige produção diária de consultas. E se faz palestra ou visitas, não terá produção de atendimento.²⁷

Nesse contexto apresentado acima é possível notar que, as ações desenvolvidas pelos profissionais são voltadas para uma atenção curativa, com orientação individual e, raras às vezes, ocorre a realização de ações de educação em saúde, com palestras, trabalhos de grupos, dentre outros, e quando ocorre não há a presença de toda a equipe. O que demonstra que as ações realizadas estão ocorrendo de forma restrita voltada à prevenção, transmissão e risco de doenças, e

²⁶ Para Candeias (1997), a Educação em Saúde designa todas e quaisquer combinações de experiências de aprendizagens que objetiva a facilidade de atividades voluntárias relacionadas à saúde.

²⁷ Dados do Diário de Campo obtido através de observação direta da pesquisa realizada no período de 12/2010 a 1/2011

não de forma ampla na comunidade, no sentido da saúde ser de fato o direito do cidadão na assistência, na prevenção e na promoção.

Na saúde pública tradicional, a educação em saúde estava voltada para a finalidade de prevenção de doenças. Porém, com a nova abordagem, se desvincula do modelo biomédico de saúde, e com isso, ampliam-se seus objetivos no sentido de preparar as pessoas para escolher formas de vidas mais saudáveis e participativas.

3.2 Entre a Promoção da Saúde e a Prevenção de Doença

A atuação da ESF não é voltada apenas para a promoção da saúde, prevenção de doenças, ou práticas curativas de forma desarticulada e sim, o conjunto dessas medidas de forma associadas, aliada a intervenção social, a inclusão de outros saberes, e a participação da comunidade também são fatores, contribuintes para que as famílias sejam protagonistas de seu processo saúde-doença e o despertar da consciência sanitária, para uma atenção integral a saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica dá relevância ao desempenho da Saúde da Família à luz da Promoção da Saúde, onde suas ações buscam desenvolver a autonomia dos sujeitos sociais, e das famílias. Porém, para que isso ocorra, são necessárias ações educativas, assim como, orientações à população, para com isso, ampliar formas de escolhas saudáveis, e diminuir os riscos de doenças (BRASIL, 2009).

Sendo assim, a promoção da saúde tem se tornado um eixo fundamental da ESF, pois, aponta para um novo paradigma de saúde no SUS, revertendo o modelo tradicional, e priorizando novas formas de intervenção na saúde.

Quando perguntados das famílias se houve mudanças em relação aos cuidados com a saúde, depois que recebeu as orientações da ESF estes relataram medidas importantes entre as quais: higiene dos alimentos e dos domicílios, cuidados com o lixo, adoção de alimentação saudável, cuidados com a água, importância à amamentação, cuidados com os dentes, controle da obesidade e da hipertensão, foram algumas medidas desenvolvidas pela equipe. Contudo, percebemos também nos discursos das famílias a seguir, algumas mudanças que aparecem como influenciadores de comportamentos.

Ações preventivas	Transcrição das Entrevistas
<p>Cuidados com o lixo</p> <p>Cuidados com a água</p>	<p><i>Cuido da água, não deixo as crianças andar descalço para não pegar vermes, separo o lixo.</i> (usuária M.O.P.S.) grifos nosso</p> <p><i>Passei a cuidar mais da água para beber, do lixo.</i> (usuária R.R.C.) grifos nosso</p> <p><i>Antes eu não estava nem aí para a minha saúde, tomava água da torneira, e vivia com dor de barriga, com verme, aquela ameoba e é o mais que a dra. fala tem que ferver a água, colocar aquele remedinho, que tem para a água.</i> A dra. o enfermeiro, e o agente sempre fala da comida pra mim, né, não sei para os outros por que cada caso é um caso, mas para mim eles orienta. (usuária J.P.M.)</p>
<p>Cuidados com os dentes</p> <p>Cuidados com a alimentação</p>	<p><i>Aprendi e agora ensino o meu filho escovar os dentes ter cuidado para ficar como eu, asseio mais a casa.</i> (usuária S.C.S.) grifos nosso</p> <p><i>Eu era obesa e eles me ajudaram, e passei a fazer dieta.</i> Cuido da alimentação de todo o mundo daqui de casa, muita coisa que comia, não como mais, cortei o óleo, o açúcar, o refrigerante. (usuária G.M.S.) grifos nosso</p> <p><i>Cuido do alimento, aqui ninguém fuma, nem bebe, e depois que eles disse que fazia muito mal para a saúde, a gente passou cuidar melhor da alimentação.</i> (usuária V.M.P.) grifos nosso</p>
<p>Cuidados com a imunização,</p> <p>Amamentação</p> <p>Preventivo</p> <p>Hipertensão</p>	<p><i>Tenho mais cuidados com as crianças, levo para tomar vacina, dei mais importância para o leite do peito.</i> (usuária L.P.L.) grifo nosso</p> <p><i>Tento prevenir mais das doenças, faço todo o ano o preventivo.</i> (usuária T.S.) grifo nosso</p> <p><i>Me cuido porque tenho pressão alta .</i> (usuária E.R.C.) grifos nosso</p>
<p>Higiene</p> <p>Caminhada</p>	<p><i>Cuido mais da higiene da minha família.</i> (usuária A.G.S.)</p> <p><i>Tenho mais higiene com a água, cuido do lixo, faço caminhada e cuido da comida.</i> (usuária J.G.F.)</p>

Dessa forma, a promoção da saúde preconiza o aperfeiçoamento na prática de cuidar da saúde possibilitando o controle sobre os determinantes em saúde. Mas, apesar de termos relatos positivos de prevenção, percebemos a utilização em práticas tradicionais de educação e saúde, ou seja, o desenvolvimento de um

modelo onde a ausência de doenças é a centralidade, com ações individuais, reducionista, desvinculada da realidade participativa e cidadã da população. Onde não há a participação das pessoas como promotora de saúde, e sim meros receptores de informações.

Nesse sentido houve mudanças no comportamento de cuidar da saúde por parte dos usuários; isso representa ações de intervir no processo saúde-doença das famílias. Entretanto, observa-se também que, as ações de promoção da saúde ficam restritas a intervenções preventivas, a ausência de doença e, a procedimentos considerados prioritários para o Ministério da Saúde, dentre eles o preventivo, vacina, e o controle da hipertensão, dentre outras medidas consideradas importantes para a produção. E não são trabalhadas formas de conscientização voltadas para os direitos dos cidadãos.

Reconhece ainda que persistam traços de um modelo cartesiano nas práticas educativas de saúde. Onde, por um lado, desenvolve melhorias das condições de saúde, da perspectiva de vida da população, e por outro, desenvolve uma sociedade culturalmente medicalizada, voltada para um reducionismo, onde busca respostas às doenças produzidas pelo modo de organização da vida social, Vaitsman (1992).

Diante das evidentes complexidades culturais consideradas reflexos de um modelo tradicional, ainda existente em algumas formas de intervenção de educação em saúde, os usuários apenas reproduzem em suas vivências as múltiplas ações que recebem, sendo estas pouco inovadoras. É explícito que há realmente pontos positivos de hábitos saudáveis na população pesquisada, o que queremos que fique evidente, são as formas pelas quais são executadas essas ações, onde não abrange a todos da comunidade, e são realizadas de forma não participativas e esclarecedoras, pois, essas ações devem responder aos princípios da acessibilidade e da universalidade das famílias.

As ações de promoção da saúde que estão sendo desenvolvidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família, encontradas nas falas das famílias se refere à superação de fatores de ordem física e psicológica de um nível individual e familiar. Nesse sentido, houve mudanças na forma de cuidar da saúde na realidade das famílias pesquisadas, e aponta para um potencial quanto à promoção da saúde, ainda que, falta muito a ser alcançado a esse respeito.

Mudanças de Comportamentos	Transcrição das Entrevistas
<p>Só cuido da comida porque tenho pressão alta e sou diabético. (usuária D.R.C.) grifos nosso</p> <p><i>Eu cuido da minha alimentação, o médico de antes quando vinha nas casas me orientou. Tenho pressão alta e evito o sal, a gordura, o açúcar.</i> (usuária C.C.S.) grifos nosso</p> <p>O meu marido fumava e ainda fuma, cuido muito por causa do sal, que ele é doente. (usuária R.L.V.) grifos nosso</p> <p>Não fumo mais e cuido mais dos meus filhos, para eles terem saúde e estudarem bem. (usuária T.M.N.P.) grifos nosso</p> <p>Antes eu fumava, não fumo mais, e eu era obesa fui nas palestras, e o dr. de antes mostrou como fazia muito mal, fui nas palestras na casinha e aqui na Igreja Católica, sobre o fumo, a DSTs. Me alimento melhor, faço salada e meus filhos querem, eles adoram verduras, mudou muito a minha saúde e dos meus filhos. (usuária S.C.S.) grifos nosso</p>	

Percebemos que as práticas destinadas à saúde, identificadas pelas famílias, indicam proposta das ações de promoção da saúde na realidade das famílias, que ocorrem nas palestras e orientações individuais, não há ações em grupos, onde há maior interação entre seus participantes, deixando as ações restritas, apenas a uma parcela da comunidade.

Nesse sentido, Souza et al (2005) aponta que, para ter a promoção da saúde são necessárias abordagens mais amplas, e o trabalho em grupo possibilita a quebra da relação vertical, existente entre os profissionais e as famílias, sendo esta um meio que facilita suas necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que têm impacto na saúde de indivíduos e famílias.

Figueira et al (2009), salienta nessa perspectiva a existência de dificuldades para se operacionalizar as intervenções de promoção da saúde, de forma ampla e mais abrangente nas atividades intersetoriais. Portanto, há o uso inadequado do conceito de promoção da saúde para designar restritamente programas com enfoque individualista e preventivo.

Percebe-se, a existência de preocupação com cuidados de saúde, por que já existe um portador de doença na família. Ou seja, a aceitação dessas ações por

parte dos usuários não é em si através de um sentido conscientizador e sim, uma forma de fuga, e as ações de educação em saúde em muitos dos casos, se transformam em uma reação, devido a uma doença que já se encontra instalada em um dos membros de sua família.

Entretanto, houve também relatos de famílias que não realizam essas medidas em seu cotidiano:

Dificuldades de Mudanças	Transcrição das Entrevistas
<p><i>Não consigo, porque eu fumo e às vezes tomo umas cervejinhas, acho que é só isso, parei de comer mais e já consegui emagrecer.</i> (usuária T.S.) grifos nosso</p> <p><i>Não faço nada, nem exercícios físicos.</i> (usuário J.S.O.) grifos nosso</p> <p><i>Sinto vontade de comer alimentos proibidos, e não consigo controlar.</i> (usuária J.G.F.) grifos nosso</p>	

As dificuldades em seguir hábitos saudáveis estão postas de forma clara nos depoimentos. Frases como *parei de comer* e *alimentos proibidos* são pontos que não demonstram hábitos saudáveis, e sim, medidas que favorece a um adoecer futuramente. O que mais uma vez demonstra o desenvolvimento de ações biocêntricas com orientações preventivistas.

A promoção da saúde e a qualidade de vida estão entrelaçadas, e é impossível pensar em promover saúde na comunidade sem o acesso a condições de medidas saudáveis. Assim, o trabalho em equipe é essencial, para desenvolver juntamente com a comunidade formas de enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade, bem como promover ações de bem-estar e cidadania.

Em relação às famílias seguirem as recomendações da equipe sobre as medidas de cuidar da saúde, foram apontadas os reais motivos que favorecem esta adaptação de estilo de vida em sua realidade.

Fatores para seguir as recomendações da equipe	Transcrição das Entrevistas
Medo	<i>Eu sigo, porque tenho medo de ficar doente. (usuária Z.S.S.) grifo nosso</i>
Medidas importantes	<p><i>Tenho mais cuidado com a higiene pessoal, me sinto melhor. (usuária J.R.M.) grifos nosso</i></p> <p><i>Por que é importante cuidar da saúde, para melhorar a saúde das crianças e a nossa também. (usuária S.B.) grifo nosso</i></p>
Medidas saudáveis	<p><i>São medidas saudáveis e tenho mais dias de vida. (usuária M.O.P.S.) grifo nosso</i></p> <p><i>Eu fumo e ainda não deixei de fumar, a médica sempre me orienta, fala para eu parar de beber mais só de vez enquanto, fala para eu comer menos, e conseguir diminuir minha comida, estou mais magra, não como muito doce, sou mais saudável, né. (usuária D.R.C.) grifo nosso</i></p>

Diante das falas apresentadas acima, se evidencia o autocuidado em saúde, correlacionando-o com o conceito de promoção da saúde. Percebemos que há preocupação das famílias em cuidar de sua saúde e de seus familiares.

Bub, et al. (2006), apontam que as ações de autocuidado representam à prática de ações que as pessoas desenvolvem em seu próprio benefício com o objetivo de manter a saúde, o bem-estar e a vida, como um meio de obter a promoção da saúde.

As famílias apresentaram cuidados essenciais à saúde, como formas conscientizadoras de aprendizagem da higiene e da alimentação, do tabagismo e do estilo de vida, dessa forma atingem o nível de adesão aos tratamentos prescritos pela equipe da ESF, como a medicação, as dietas e as medidas preventivas.

É evidente ainda, a égide do pensamento positivista, e a redução da concepção de saúde como ausência de doença, e o medo de adoecer se resume em ações biocêntricas, desarticuladas da perspectiva da promoção da saúde.

Dessa forma, promover saúde, visa estimular condições necessárias e proporcionar meios para que a comunidade como um todo possa realizar

amplamente seu potencial que conduzem à saúde (BUSS, 2000). Assim, torna-se necessário uma consciência crítica de sua realidade com a participação dos sujeitos sociais nesse processo, a fim de, entender o que vai lhe proporcionar, bem como formas de expor suas necessidades para ser compreendidas e analisadas através das equipes de saúde.

Quando abordados para expor sobre o que as famílias entendem sobre a promoção da saúde. As respostas variaram no sentido de *eu não sei, não. Nunca ouvir falar disso* e outros não responderam nada.

Diante dos relatos, percebe-se que, a maioria dessas famílias tem dificuldade em falar sobre o tema, pois o entendimento do processo da ação, o envolvimento dos sujeitos, a percepção e os valores envolvidos, formam uma cadeia de significados do processo saúde-doença de cada grupo social. Nessa situação Figueiró, et al (2004), apontam que, os profissionais e gestores da área da saúde demonstram um restrito conhecimento sobre as ações de promoção da saúde, o que envolve um amplo entendimento das necessidades das realidades das famílias envolvidas em seu contexto.

Dessa forma, foram demonstrados como necessidades apontadas pelas famílias deste estudo, os serviços de promoção de saúde na comunidade pesquisada. Os depoimentos abaixo revelam tal exigência:

Necessidades de Serviços	Transcrição das Entrevistas
Promoção da saúde	<p><i>De promoção da saúde, que promova saúde para nós. (usuária G.M.S.) grifos nosso</i></p> <p><i>(...) ações de promover saúde, é mais importante. (usuária C.C.S.) grifos nosso</i></p> <p>Serviços que promova a saúde. (usuária T.M.N.P.) grifos nosso</p>

Os serviços curativos também foram apontados como necessidades das famílias, demonstrando, uma valorização destes, onde o foco é a ausência de enfermidades e não ações para promover uma assistência integral para a população como preconiza os documentos da Estratégia Saúde da Família.

Necessidades de Serviços	Transcrição das Entrevistas
Serviços curativos	<p><i>Do jeito que estamos aqui precisamos mais de serviço de curação.</i> (usuária R.R.C.) grifo nosso</p> <p>Serviços curativos. (usuário J.P.M.) grifo nosso</p> <p><i>Prefiro curar as doenças.</i> (usuária S.C.S) grifo nosso</p> <p><i>Eu acho que curar, né?</i> (usuária J.G.F.) grifo nosso</p>

A promoção da saúde e a prevenção de doenças foram apontadas como sinônimos pelas famílias.

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças	Transcrição das Entrevistas
	<p><i>Que trate e evite a doença, precisamos cuidar mais de nossa saúde também.</i> (usuária V.M.P.)</p> <p><i>Sinto mais necessidade de orientação para evitar a doença.</i> (usuária T.S.)</p> <p><i>Prefiro prevenir é melhor, porque é muito ruim ir para o hospital.</i> (usuário P.A.L.)</p>

Visualizamos nas falas dos usuários a valorização entre as necessidades de ações de promoção, prevenção, e de assistência, pois essas atividades associadas podem diminuir o risco de doenças, e controlar seus determinantes para alcançar melhores níveis de saúde. Nesse contexto, o foco das ações não se concentra apenas em diminuir as doenças, e sim, promover a saúde e a cidadania, entretanto, a não distinção entre promoção da saúde e prevenção da doença se torna inadequado, e o limite entre esses conceitos se alia à ausência de ações que promova saúde e cidadania.

Para Santos (2008) a baixa adesão das ações de promoção da saúde merece reflexão e análise quanto à efetividade das mesmas e adequação as demandas da população.

Percebe-se a necessidade de ampliar essas ações, envolvendo a intersectorialidade, visando não apenas a informação, ocupação e recreação, mas que estes momentos se constituam em espaços que qualifique, bem como, possibilite, perspectivas de novas condições de vida, uma condição capaz de capacitar as famílias num sentido amplo para o exercício da cidadania, e se tornarem agentes de transformações em seu ambiente físico, social, político e cultural. Através de políticas que favoreçam o desenvolvimento de saúde e o *empowerment* ou empoderamento social, o processo de capacitação, do poder político das famílias, da comunidade na tomada de decisão, e implementação de políticas para alcançar melhores níveis de qualidade de vida.

3.3 A Interdisciplinaridade na Estratégia Saúde da Família.

A interdisciplinaridade²⁸ é um dos pilares da equipe para a operacionalização da Estratégia Saúde da Família. Por isso, nos debruçamos nesta análise para revelar como estão sendo desenvolvidas as práticas de saúde pelos profissionais.

Analisar a interdisciplinaridade na prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, se torna prioritário, pois para desenvolver um trabalho em equipe, esta é indispensável no que condiz a relação entre os conhecimentos e a prática na realidade do processo saúde - doença das famílias.

Entretanto, encontra-se muita polêmica a respeito da conceituação da interdisciplinaridade, é o que a torna como menciona Minayo (1994), uma *constante epistemológica*, pois esta representa ora uma *panaceia epistemológica*, criada para ser a cura da fragmentação da ciência moderna, ora como um ceticismo radical, e muita das vezes como resultado inerente do desenvolvimento técnico e científico.

Para a autora acima, é tarefa quase impossível conceituar a interdisciplinaridade, e evidencia duas vertentes: na primeira condiz a existência de uma *interdisciplinaridade implícita*, ou seja, está no interior inerente a racionalidade científica onde o desenvolvimento do conhecimento origina as várias especialidades.

²⁸ Entendemos a interdisciplinaridade como um processo com três modalidades, que são designadas como multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade: a primeira retrata o nível mais baixo da interdisciplinaridade, que designa a redução de comunicação e cooperação entre as disciplinas. Já a pluridisciplinaridade acontece quando há um desenvolvimento de um processo dinâmico, articulado, integrado e dialógico. Quanto a transdisciplinaridade é considerada o mais alto nível da interdisciplinaridade, pois é a união de todas as contribuições de conhecimento voltado para a compreensão da realidade, bem como a descoberta de suas potencialidades, com o intuito de transformá-las. (OLIVEIRA, 2010).

Na segunda, há uma interdisciplinaridade explícita, construída externamente para a operacionalidade da junção entre a ciência, à técnica e a política, principalmente *através de intervenções sociais*, no caso da saúde.

Embasando nesta análise, considera-se a interdisciplinaridade um princípio para a construção de uma prática com conhecimento de vários profissionais, articulados dentro das várias ciências, sejam elas, as sociais ou naturais, na superação de problemáticas sobre a qual objetiva-se, uma transformação de determinado contexto social.

Nessa perspectiva Frigotto (1995) analisa que a interdisciplinaridade na produção do conhecimento se constrói na dialética da realidade social, que é concomitantemente una e diversa, e as partes se constituem num todo, por isso, não devemos ignorar as partes que os constituem, assim: *ao produzirem sua existência mediante as diversas relações e práticas sociais, o fazem enquanto, uma unidade que engendra dimensões biológicas, psíquicas, intelectuais, culturais, estéticas, etc.* (p. 29). Sendo assim, a interdisciplinaridade está implícita nos determinantes econômicos, históricos e culturais, sejam elas objetivas ou subjetivas. Ou seja, o conhecimento não pode ser único, mas universal, e, ao mesmo tempo particular, pois no entendimento da totalidade se melhor analisa suas particularidades.

No âmbito da saúde coletiva, Vilela e Mendes (2009) analisam que a interdisciplinaridade, é designada como proposta ampliada entre o conhecimento científico e a realidade do cotidiano, objetivando a compreensão da relação teoria e prática, que ainda é operacionalizada de forma dicotômica. A interdisciplinaridade na saúde envolve o biológico, e o social, o indivíduo e a comunidade, a política social e econômica, pois o processo saúde - doença está relacionado às condições socio-histórica e cultural nas inter-relações de grupos e indivíduos dentro de seus contextos.

Na Estratégia Saúde da Família, a interdisciplinaridade significa uma ferramenta para avançar na assistência à saúde, na satisfação do usuário em relação ao serviço recebido. Portanto, torna-se necessário uma equipe de profissionais que possuam conhecimentos diversificados e que tenham disciplinas teórico-metodológicas, que contemple o conhecimento clínico, o epidemiológico, e o social da comunidade (TEIXEIRA E NUNES, 2009).

Assim, atribuem às equipes de ESF o conhecimento sobre os determinantes de saúde, os riscos e vulnerabilidades da população, (indivíduos, famílias e

comunidades), para com isso, focalizar suas intervenções em características específicas, regionais e locais, associadas com atividades coletivas, educativas e participativas. A esse respeito Gomes e Deslandes (1994) mencionam que, a interdisciplinaridade se torna uma exigência que é vinculada devido a sua complexidade o qual se integram fatores biológicos, culturais, econômicos, psicológicos e sociais. Pois, se faz necessária à articulação entre *as ciências sociais, epidemiologia, planejamento em saúde e psicologia buscando-se a discussão de teorias, conceitos e métodos e a aproximação dos serviços, políticos e programas de saúde* (p. 110).

Na equipe da Estratégia Saúde da Família, há a exigência da interdisciplinaridade nas ações dos profissionais, onde devem ser articulados os diversos saberes que integram a equipe para uma melhor aproximação com as famílias atendidas, bem como uma atuação articulada e coesa, e com atividades que vão além das curativas.²⁹

As ações desenvolvidas pela equipe da ESF preconizadas pelo Ministério da Saúde, são de realizar cadastro domiciliar, diagnóstico epidemiológico da área, com ações voltadas aos problemas de saúde com a participação da comunidade, manter vigilância quanto ao processo saúde-doença, desenvolver atividades conforme planejamento e programação para o enfrentamento dos problemas identificados na área de abrangência, focalizando a família, assim como a comunidade (PORTARIA, n.º 648/2006).

3. 4 O Olhar das Famílias sobre as Práticas de Saúde da Equipe da Estratégia Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família busca atuar na prevenção das doenças, na atenção curativa e, sobretudo, na promoção da saúde, sua equipe permite uma ação na construção mútua de saberes, o que possibilita o trabalho em equipe, a fim de

²⁹ A interdisciplinaridade está inerente ao novo modelo de atenção e organização à saúde do SUS, que foi criado através de lutas e uma visão ampliada da saúde, conquistada como direito e focada não apenas na doença, mas com a preocupação em promover a saúde e enfocando como determinantes aspectos políticos, econômicos e, sobretudo o social, assim a saúde, não é apenas um enfoque isolado, mas necessita dos diversos saberes para se construir através da ESF um modelo de saúde equânime e integral, capaz de tomar novos rumos, que não o tradicional, objetivando a formar o usuário participativo, sujeito de direitos, ou seja, o usuário – cidadão.

solucionar a complexidade do processo saúde – doença, vivenciada nas práticas do cotidiano das famílias.

Sendo assim, Jantsch e Bianchetti (1995) apontam que, a interdisciplinaridade só se desenvolve no trabalho em equipe quando se configura em *sujeito coletivo*, que designa os sujeitos interligados por um mesmo trabalho constituindo uma equipe coesa, capaz de construir e, solucionar os problemas relacionados ao conhecimento.

Veremos então, como está sendo desenvolvida à atuação dos profissionais da ESF, da Unidade Saúde da Família L. 18. Comparando-a com a Legislação Municipal e o cotidiano das famílias que recebem os serviços.

Quando perguntados sobre as atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde, foi mencionado:

Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde	Transcrição das Entrevistas
	<p><i>Orientação sobre a água para beber, para evitar a dengue. (usuária R.L.V.)</i></p> <p><i>Orienta sobre a importância da vacina. (usuário J.P.M.)</i></p> <p><i>Marca consulta, traz remédio, dá orientação sobre o cuidado com a água, com a dengue. (usuária T.S.)</i></p>

Porém, há discordâncias de algumas famílias sobre as ações dos agentes comunitários de saúde.

Discordâncias	Transcrição das Entrevistas
	<p><i>Fazia triagem das crianças, acompanhamento com os idosos, dava remédios, orientação sobre a água. Mas agora, não vem ninguém. (usuária Z.S.S.)</i></p> <p><i>O agente só vem aqui para entregar a ficha e o exame, quando eles não consegue entrar em contato com a gente, aí eles vem, só para entregar exame. (usuária S.C.S.)</i></p> <p><i>Quando começou eles vinha aqui pra saber se agente estava precisando de médico, agora eles não vem nenhuma vez. (usuário J.G.F.)</i></p>

Os agentes comunitários de saúde devem realizar o cadastro e a coleta de dados da população, fazer o acompanhamento da área de sua responsabilidade para identificar fatores de risco, alterações nas condições de vida e intercorrências, devem também desenvolver ações de promoção, prevenção de doenças, são o elo, entre a equipe e a comunidade (Manaus, 1999). Sobre os serviços de enfermagem foi relatado pelas famílias:

Atuação da equipe de Enfermagem	Transcrição das Entrevistas
	<p><i>O enfermeiro veio uma vez para avaliar meu filho que tava com bronquite, só uma vez, e não veio mais. (usuária S.C.S.)</i></p> <p><i>Às vezes quando chamamos ele vem verificar a pressão e fazer exames de diabetes.(usuária D.R.C.)</i></p> <p><i>Ele atende bem, na casinha, o que eu não sei é o trabalho deles fora da casinha. (usuária M.C.N.S.).</i></p> <p><i>Vem aplicar injeção e fazer curativo de algum corte. (usuária J.R.F.)</i></p> <p><i>(...) na casinha eles atende bem, de manhã quem dá a fixa é o técnico de enfermagem, e ele e o enfermeiro atende a gente bem (...). (usuária G.M.S.)</i></p>

Aos enfermeiros cabe prestar assistência de enfermagem aos indivíduos e sua família na área; devem também, fazer acompanhamento das atividades realizadas pelo auxiliar de enfermagem, orientando-o tecnicamente. Realizar também ações de promoção e prevenção de doenças; Quanto aos auxiliares de enfermagem, devem realizar procedimentos técnicos de sua competência, acompanhando o agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares, desenvolver ações de promoção e prevenção de doença e participar do processo de programação e planejamento das ações, bem como contribuir na organização do processo de trabalho da unidade básica (MANAUS, 1999).

Quando instigados a falar sobre o papel que o médico desempenha nas famílias foi relatado:

Atuação do Médico (a)	Transcrição das Entrevistas
	<p><i>Porque ela examina bem, passa exame (...) meu filho já fez tratamento com ela (...). (usuária T.M.N.P.)</i></p>

Só **consulta** é? O que é? (usuária S.C.S.) grifo nosso

Quando tem alguém enfermo **o médico deve ir até o local para atender o doente quando ele não pode andar**, mas ninguém vem, quando começou todos eles vinha. (usuária R.L.V.) (grifo nosso)

Geralmente a gente vai lá né, e ela atende bem, mas não vem nas casas não. (usuário P.A.L.)

O médico segundo documentos da semsa - Manaus (1999) deve prestar assistência integral humanizada aos indivíduos sob sua responsabilidade, desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e gerenciar a unidade básica;

Sobre os serviços da odontóloga foi relatado:

Atuação do Odontólogo (a)	Transcrição das Entrevistas
	<p>Aí não tem. Eles só orienta, entregam escova e pasta, e manda a gente procurar a Vila da Felicidade para fazer tratamento. (usuária T.M.N.P.)</p> <p>Ela me tratou bem, e sempre me orienta como escovar os dentes dos meus filhos. (usuária G.M.S.)</p>

Na Unidade Saúde da Família L. 18 não há tratamento odontológico, devido não disponibilizar espaço físico, portanto, são realizadas ações preventivas. E as famílias são encaminhadas para fazer tratamento na Unidade Básica de Saúde Maria do Carmo, na Vila da Felicidade.

Diante dos relatos das famílias percebemos que há contradições entre a Legislação da ESF e a realidade das famílias, pois, percebe-se a partir de vivências destas sobre as práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais que, as ações desenvolvidas, são voltadas para a atenção biocêntrica, ou seja, uma atenção individual e biológica, sem ações direcionadas a família e aos aspectos socioculturais da comunidade. Em quase todos os relatos percebemos que, as atividades são restritas e desarticuladas das ações educativas, com poucas ações do trabalho da odontóloga, do enfermeiro e dos agentes comunitários de saúde que esporadicamente desenvolvem ações educativas, isoladas com a comunidade.

Percebemos então, uma equipe que realiza ações individualizadas de forma fragmentada e não um trabalho em equipe.

Sendo assim, nos deparamos com uma atuação fragmentada dos profissionais, de forma *per si* de saberes. Nesse sentido Gomes e Deslandes (1994) argumentam que há uma fragmentação da percepção humana, e ocasiona um distanciamento onde a existência humana se reduz a um estatuto de objetividade. E ainda um fazer interdisciplinar implica desenvolver recortes no conjunto do conhecimento, porém um recorte que não substitua o todo, onde não se anula as especificidades de cada campo de saber, pois implica prioritariamente em uma consciência dos limites e das potencialidades de cada disciplina para assim, desenvolver um fazer coletivo. Neste estudo foi demonstrado pelas famílias que as ações são individualizadas e não se faz abordagens da família em contexto sistêmico.

Outro ponto que merece destaque é que as famílias demonstraram não conhecer os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais, com raras exceções, e quando disseram conhecer, mencionam que não acontece com frequência.

Estudos de autores como Vasconcelos (2008), Bravo, et al. (2007), demonstram que em algumas realidades a ESF desenvolve qualquer tipo de intervenção considerada familiar e, não distingue o que deve ser abordado pelo indivíduo, a família ou distintos grupos familiares, isso porque, as políticas de saúde são planejadas nas instâncias superiores. Com isso, a intervenção do profissional se torna restrita ou nula, e não se trabalha as manifestações locais dos problemas de saúde. E por ser um programa recente seu futuro será definido pela política local e pelos atores envolvidos.

Constatamos em vários relatos a necessidade de ações voltadas para as famílias, onde é priorizada uma atenção que seja entendida e atendida em todo seu contexto, e não de forma individualizada.

Necessidades das Famílias	Transcrição das Entrevistas
<p><i>Para fazerem mais visitas, virem mais vezes nas casas, e que trabalhe mais nas famílias.</i> (usuária L.P.L.) grifos nosso</p>	

Foi analisado também à necessidade dos atendimentos domiciliares, ou seja, uma aproximação entre comunidade e profissionais, um dos princípios fundamentais da ESF, para o despertar de uma consciência sanitária. Portanto, essa aproximação não deve ocorrer apenas nos domicílios, e sim, em outros espaços da comunidade que não sejam apenas a Unidade de Saúde da Família, para que não se reduzam os serviços de saúde apenas no âmbito da USF. Detectamos que os resultados apontam para um distanciamento entre a comunidade e a equipe de saúde.

A expectativa dos usuários quanto maior proximidade com os profissionais foi unânime nos depoimentos:

Proximidade entre Equipe e Usuários	Transcrição das Entrevistas
<p><i>Que a equipe se desempenhe mais para melhorar o atendimento e visitar mais as famílias. (usuária M.O.P.S.)</i></p> <p><i>Visitar mais as famílias para ver como as pessoas vive, (...) sobre a nossa higiene. Por que se ele nos ajudar, nós também vamos ajudar eles. (usuária R.R.C.) grifos nosso</i></p>	

Os agentes comunitários de saúde exercem papel importante na equipe, pois representam um elo entre os serviços de saúde e a comunidade. Porém, as ações de vigilância em saúde não devem se limitar apenas nos ACSs, mais em toda a equipe:

Visitas Domiciliares	Transcrição das Entrevistas
Agentes comunitário de saúde	<i>(...) a gente tem mais contato com os agentes, a gente sabe a função deles na casinha, mais fora a gente não sabe, se eles têm que vim na casa da gente (...). (usuária G.M.S.) grifos nosso</i>
Médico (a)	<i>Quando vamos aí somos bem-tratados. O problema é quando alguém adoce, tem que trazer o doente aí por que a médica não vem na casa. (...) (usuária J.R.F.) grifos nosso</i>
Enfermeiro	<i>(...) o enfermeiro só vem quando tem algum doente, o agente vem mais vezes. (usuária R.L.V.) grifos nosso</i>

Ficou evidente entre os relatos das famílias que os agentes são os que mais realizam visitas domiciliares, o enfermeiro de forma esporádica, e a médica atualmente tem dificuldades em deixar o consultório e realizar visitas domiciliares. Um dos aspectos percebidos através das falas dos usuários é o trabalho em equipe que está sendo realizada de forma isolada, e há a constante ausência de um trabalho recíproco entre os membros da equipe.

Nesse sentido Bastos (2003), em estudo realizado recentemente aponta que, o trabalho desenvolvido pela equipe é desigual, entre os integrantes de seus membros, pois a hierarquia entre os profissionais, e não profissionais é inexistente, apesar do discurso igualitário entre os membros da equipe.

Assim a interdisciplinaridade, preconiza uma postura solidária e coerente entre o pensar e fazer dos membros da equipe, pois introjetando novos conhecimentos implica em trabalhar com o outro que seja membro da equipe e não tenha nível superior, criando novas práticas para atuar de forma inovadora na totalidade, não somente nas ações curativas assistenciais, e sim, na promoção da saúde, abrangendo também o social, possibilitando desenvolver vínculos de confiança, respeito e compromisso entre a equipe de saúde e a comunidade.

Dessa forma, Teixeira e Nunes (2009) apontam que, devido à ausência de uma formação para uma prática interdisciplinar, emergem as dificuldades entre os profissionais que compõem as equipes básicas da ESF, em entender ou até mesmo de aceitá-la, apesar de estar presente nos discursos, a realidade ainda não demonstra está prática. Porém, segundo as falas dos usuários houve pouca mudança em relação a esse sentido deixando os insatisfeitos com os serviços, como é percebido nos seguintes relatos:

Relação entre Profissionais e Usuários	Transcrição das Entrevistas
Humanização	<i>Eles têm que dá mais atenção para os pacientes. E vim nas casas, que dê mais orientação para as famílias.</i> (usuária Z.S.S.) grifos nosso
	<i>Que melhore o atendimento, que tenham mais tempo na consulta (...).</i> (usuária A.G.S.) grifos nosso

Nesse sentido, percebemos uma desarticulação entre as ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde, com muitas dificuldades para desenvolver um trabalho voltado para uma atenção integral à saúde, ou seja, problemas dos usuários que a equipe da ESF não está respondendo de forma, humanizada, articulada e coesa. Outro ponto muito mencionado foi a rotatividade da equipe, principalmente o médico, pois diante desse problema não há vínculo, nem conhecimento entre a equipe e os profissionais. E o que se percebe é que atualmente a equipe está deixando a comunidade insatisfeita com os serviços, com a descontinuidade das ações, um desacordo, pois um dos princípios da interdisciplinaridade é a satisfação das famílias.

Rotatividade da Equipe	Transcrição das Entrevistas
Descontinuidade Das ações	<p><i>Que eles visitem, porque quando começou eles visitavam todos os meses (...). (usuária R.L.V.) grifos nosso</i></p> <p><i>Que venham nas casas. Eles passaram aqui há uns três anos. (usuária S.B.) grifos nosso</i></p> <p><i>Gostaria que o médico fizesse visitas nas casas. Como antes. (usuária T.M.N.P.) grifos nosso</i></p> <p><i>O médico antigo passava nas casas, mas essa não. (usuária R.R.C.) grifos nosso</i></p> <p><i>Que venha nas casas fazer visitas como era no início. (usuária Z.S.S.) grifos nosso</i></p>

Conforme mencionado pelas famílias a rotatividade de profissionais é constante, principalmente o médico. Isso faz com que não se crie um vínculo entre a comunidade e a equipe.

A implementação da Política Nacional de Saúde, segue alguns condicionantes de intervenções, o social, o econômico, o cultural dentre outros, mas para isso, se deve inserir e trabalhar a interdisciplinaridades dos profissionais, pois a assistência à saúde tradicional ainda repercute de forma metamorfoseada, daí a dificuldade de construção da interdisciplinaridade como integradora dos diversos

saberes dos profissionais de saúde,³⁰ e do saber popular das famílias. E ainda ter que superar as ideologias impostas pela contradição neoliberal, que prioriza o individualismo e a competição, que assola e precariza a inter-relação dos profissionais.

A Estratégia Saúde da Família sugere que as ações das equipes ultrapassam os muros das unidades de saúde da família, e, crie vínculos no meio onde às pessoas vivem, trabalham e se relacionam (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Mas, isso não é demonstrado nos relatos dos entrevistados desta pesquisa.

Criação de Vínculos	Transcrição das Entrevistas
Ausência entre a equipe e a comunidade	<p><i>(...), sou hipertensa e diabética e eles não vem aqui. (usuária Z.S.S.)</i></p> <p><i>(...) é preciso chamar para eles virem aqui, minha mulher tem problema de pressão, e quando ela está mal, a gente chama, para eles tirar a pressão dela. (usuário J.P.M.)</i></p> <p><i>Que eles procuram desempenhar mais seu serviço e irem nas casas para saber o que está acontecendo, por que agora a gente procura e não sabe quem é o agente. (usuária M.O.P.S.)</i></p> <p><i>(...), mas agora nenhum aparece pra visitar as casas. (usuária S.B.)</i></p>

As ações de saúde também podem ser desenvolvidas em locais como os domicílios, igrejas, centros comunitários dentre outros espaços de acesso às famílias, ou seja, nos lugares de convivência comunitários. Haja vista que o ponto de partida e de chegada de uma prática interdisciplinar está na ação, pois ao compartilhar ideias, ações e reflexões e culturas, cada participante se torna o sujeito do processo do qual está inserido.

A esse respeito Gusdorf *apud* Minayo (1994) retrata que, a interdisciplinaridade é uma exigência da comunicação, onde busca-se a compreensão do pluralismo do diálogo, e da cooperação.

³⁰ Diante da complexa relação teórica - prática e da fragmentação do conhecimento, tem-se causado comprometimento em sua produção. Percebemos a interdisciplinaridade como forma de superar o isolamento das disciplinas, ou seja, a fragmentação do conhecimento. Minayo (1993) aponta que o positivismo, enquanto paradigma do mundo moderno nas esferas do saber impulsionou as disciplinas a se tornarem isoladas, devido a uma excessiva especialização.

Sendo assim, dizemos que a comunicação é a essência de uma ação interdisciplinar, esta é imprescindível entre os membros da equipe e, portanto com as famílias, no sentido de se entender suas necessidade, e criar vínculos entre equipe-equipe e equipe-famílias e comunidade.

As fragilidades são tantas e evidentes, como apontam os usuários a partir de suas vivências, mas são apontados também alguns avanços, tais como: bom atendimento dos profissionais, encaminhamento para outros níveis de assistência, algumas famílias demonstraram satisfeitas quanto alguns serviços recebidos.

Potencial	Transcrição das Entrevistas
Encaminhamento para outros níveis de atenção	<i>Muito bom, porque ela tratou meu filho, mandou para o médico de osso, e depois cuidou bem dele até ele melhorar. E sempre ela dizia pra eu levar ele lá.</i> (usuária S.C.S) grifos nosso
Atenção humanizada	<p><i>Ótimo ela recebe a gente bem, é educada sempre saio de lá bem.</i> (usuária M.C.N.S.) grifos nosso</p> <p><i>(...) O enfermeiro é muito legal, quando a gente precisa ele vem.</i> (usuária D.R.C.) grifos nosso</p> <p><i>Muito bom, eles ajudam muito aqui na comunidade.</i> (usuária G.M.S.) grifos nosso</p>
Orientação odontológica	<i>A dentista veio na minha casa e orientou todo mundo daqui. E fizemos limpeza e extração no posto do Ceasa, foi muito bom.</i> (usuária S.B.) grifos nosso

As famílias evidenciaram o potencial de a equipe ser atenciosa no atendimento e no cuidado, ou seja, essa atenção demonstra um potencial que aponta para um *iceberg* da humanização, importante no atendimento das famílias e, faz criar vínculos entre as equipes e profissionais.

Encontramos uma equipe com características da multidisciplinaridade e percebemos o nível mais baixo da interdisciplinaridade, onde as ações são isoladas com o mínimo de comunicação, cooperação, diálogo entre os profissionais e as famílias. Nesse aspecto Vasconcelos (1997) *apud* Oliveira (2010) traz a luz que, nessa modalidade da interdisciplinaridade a atuação dos profissionais de diferentes áreas ocorre de forma isolada e sem cooperação.

Em meio a tantas dificuldades, reafirma-se a carência de profissionais capacitados sob o enfoque da interdisciplinaridade para o trabalho da Estratégia Saúde da Família que, vem quebrar o paradigma de saúde tradicional e objetiva uma atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da Promoção da Saúde.

Teixeira e Nunes (2009) trazem a luz que, há a ausência de uma formação profissional cidadã, pois as instituições de ensino em geral e de modo específico na área da saúde, estão preocupadas para um direcionamento de “preparar para o mercado”, tornando inexistente a relação entre comprometimento profissional e comprometimento social, diante dessa junção poderiam dar respostas às necessidades de saúde, e da promoção às famílias que são prioritários.

Dessa forma, a complexidade da interdisciplinaridade, não se dá apenas pelo motivo de não está inserida nas grades curriculares dos profissionais de saúde, mas devido de na sociedade brasileira, País capitalista, priorizar as necessidades do capital ao invés das necessidades sociais.

Torna-se necessário possibilitar o aperfeiçoamento de análise crítica por parte dos profissionais desenvolvendo a concepção da interdisciplinaridade nas ações dos serviços de saúde em seu cotidiano, estimular a participação social da comunidade para o enfrentamento de seus problemas de saúde, haja vista que, a ESF propõe a promoção da saúde como modelo assistencial, que busca desenvolver a autonomia e controle sobre sua própria saúde, para isso, o conhecimento dos seus direitos por parte dos usuários, somado ao compromisso com as políticas de saúde local é primordial, sua participação no controle social, através da implantação execução e fiscalização das políticas de saúde.

Nos três níveis de gestão do SUS o municipal, o estadual e o federal, argumentam-se que deve ocorrer articulação entre as instituições de ensino superior para a especialização e capacitação dos recursos humanos atuar efetivamente na ESF. O que cabe questionar é se na realidade os profissionais estão sendo capacitados e incentivados, ou se o Estado apenas organiza as equipes, sem o interesse de esses profissionais atuarem na estratégia sem uma capacitação determinada, uma vez que, deve existir assessoramento dos polos de capacitação, formação e ensino permanente para as equipes de saúde da família, visando o acompanhamento e a avaliação das ações da Estratégia Saúde da Família (WEBER, 2006).

As parcerias entre Secretaria Municipal de Saúde – semsa, Superintendência do Estado da Saúde – SES, universidades e demais instituições devem colaborar, possibilitando mecanismos de capacitação, educação em saúde, dentre outras ações que possibilitam um maior desenvolvimento da saúde no contexto manauara. E as famílias não se restringem apenas em pacientes, e sim em sujeitos de fato e de direitos, no âmbito da saúde e seus demais determinantes.

Evidencia-se a saúde sustentável, aquela capaz de respeitar e unificar saberes e práticas profissionais científicas cotidianas com o saber popular de parteiras, agentes comunitários de saúde, pegadores, rezadores dentre outros conhecimentos que sejam capazes de intervir e construir novas formas de sociabilidade do agir e fazer saúde dentro de sua realidade coletiva.

3. 5 Participação Social em Saúde.

A participação social é um dos mais relevantes princípios do Sistema Único de Saúde, designada como centralidade em suas ações. Analisa-se a participação social, criada no contexto brasileiro no final da década de 80 e direcionada na esfera da saúde e no processo de operacionalização da Estratégia Saúde da Família, para dessa forma analisar, a percepção das famílias sobre o processo de participação social na Estratégia Saúde da Família.

Durante quatro décadas, ocorreram mudanças significativas na forma de participação. Na década de 70, já se mencionava e acreditava-se na participação social do Movimento da Reforma Sanitária. Em pleno período ditatorial, a participação comunitária deslanchou nos programas de saúde de extensão voltados para a América Latina. Esses programas se direcionavam valorizar o trabalho da comunidade em ações sanitárias, assim como, a autonomia desta para alcançar benefícios sociais (ESCOREL e MOREIRA, 2008).

Na década de 80, com a redemocratização da sociedade brasileira e a reforma do Estado, ocorre um novo caráter de instituição das políticas sociais refletindo na descentralização e no controle social. A participação é indicada na realidade da dinâmica social de forma ampliada, enquanto direito, e não mais de forma simplificada centrada apenas nos serviços.

Nesse sentido Monnerat et al (2009), demonstram que, o espaço da participação ultrapassa os serviços de saúde e prioriza a sociedade e o Estado, com

um novo objetivo, que se caracteriza na democratização em saúde, através do acesso universal, igualitário, e no acesso da população usuária no poder.

Devido a essas conquistas democráticas foi legitimada os conselhos das políticas públicas de saúde, mas segundo Behring e Boschetti (2006) existem muitas dificuldades para a consolidação da participação, pois houve uma crescente na democracia, e isso é fato, porém ocorreram também grandes dificuldades para a tomada de decisões relacionadas a fatores democráticos, ou seja, a forma de ampliar o acesso à riqueza, à cultura, e à política, pois, com a expansão dos conselhos cresce à democracia representativa, que até então, era restrita as representações políticas partidárias, e esses designam espaços estratégicos de discussão e participação nas diversas esferas.

Os conselhos devem ser espaços de decisões dos interesses públicos, e não um sistema *neocorporativo*, o que seria um empecilho para a ampliação da democracia, ou seja, *a concepção de controle democrático, da construção da esfera pública e do aprofundamento da democracia, significa (...) enfrentar obstáculos econômicos, políticos e culturais* (BEHRING e BOSCHETTI, p.182, 2006). Assim, é contraditória a participação da população nos conselhos, como controle, em um País onde se percebe novas formas de reorganização por parte do Estado no controle social da sociedade civil.

Ainda na década de 80, se estabeleceu através dos movimentos sociais, sindicatos, universidades e partidos, a concepção de uma ampliada participação da sociedade civil para possibilitar a articulação política, a formulação e o controle das políticas públicas, através do cidadão na comunidade, com as estruturas de poder do Estado. Porém, é necessário levar em consideração as características, e sociabilidades regionais e locais, dos municípios onde serão desenvolvidos as políticas e os programas.

Com a Constituição de 88, foi estabelecido à implementação do controle social das políticas públicas, implementadas nos governos federal, estadual e municipal. Até então, as políticas sociais brasileiras eram herdeiras de vários empecilhos para o seu desenvolvimento, enquanto que a equidade na execução dessas políticas para a sociedade, era centrada em características como as quais se concentravam nas mãos do Governo Federal; a fragmentação dos programas sociais, e a ausência da participação popular na implantação e implementação dos programas (MONNERAT, et al., 2009).

Devido às mudanças ocorridas, foram adotadas novas atribuições e responsabilidades, quanto às diversas esferas de governo. Para Bravo (2008) o controle social na Constituição Cidadã, significa a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas. O controle social tem como fundamentos a redemocratização no Brasil, e na esfera da saúde o Movimento da Reforma Sanitária.

Na esfera da saúde, a participação social foi a que mais desenvolveu e cresceu, por ter a competência de articular os atores, as áreas setoriais, bem como a capacidade política e técnica. Esses fatores que se configuram em algo positivo, impulsionaram a implementação das políticas de saúde (MONNERAT, et al., 2009).

Na 8.^a Conferência Nacional de Saúde, foi estabelecido um marco da participação da sociedade, onde foi defendida a criação dos Conselhos de Saúde em nível municipal, estadual e regional, com representantes eleitos pela comunidade, e prerrogativas como, a participação na implantação, na execução e fiscalização dos programas relacionados à saúde.

Nessa perspectiva, a concepção de participação popular foi substituída por povo, embora entendida a partir das pessoas excluídas do acesso aos direitos e dos serviços sociais. Nesta proposta, ver-se um processo contra-hegemônico, que se desenvolve em oposição às práticas dominantes.

Escorel e Moreira (2008) nos dizem que, no período dos anos 90, a participação social se tornou relevante, e passou a ser prioridade nos diversos interesses dos segmentos sociais, uma forma ampla da questão, deixando para trás a visão restrita de ser apenas a participação de desfavorecidos dos direitos sociais. A esse respeito, o termo comunidade ou povo, mudou para sociedade, ou seja, a participação social, como uma participação na concepção de cidadania, da qual podemos dizer ampliada, no sentido do acesso de forma direta das políticas públicas de saúde.

Portanto, o controle social é uma expressão da participação da sociedade referente às decisões do Estado, no sentido de fiscalizar e avaliar as políticas sociais, ou seja, a população participando das decisões do Estado.

Com a Lei 8.142/90 legitimaram-se, os Conselhos e as Conferências de Saúde no Brasil como forma de participação social. Esta lei legalizou a participação da sociedade no sistema de saúde por meio de dois pilares: as conferências e os conselhos *que apesar de não serem as únicas formas de participação no SUS, são*

as únicas obrigatórias para todo o país instituindo um sistema de controle social (ESCOREL e MOREIRA, p. 1001, 2008). Estes se consolidaram legalmente como fundamentos de participação social nas políticas públicas para sua implantação e execução, assumindo a forma de controle social.

Nas políticas de saúde o avanço ocorreu de forma significativa, segundo Monnerat, et al. (2009), *apud* Arretche, ocorreu à descentralização, devido à municipalização da saúde, pois com esta se organizou o SUS, à medida que os municípios passaram a assumir novas responsabilidades.

O conselho de saúde concretiza a participação da sociedade civil organizada, na administração da saúde, como subsistema da seguridade social, propiciando o controle social, e aprova as diretrizes para criação, reformulação e financiamento dos conselhos de saúde. Quanto à sua composição, se dá por usuários, prestadores de serviços, trabalhadores e gestores de saúde. Distribuídos em 50% de usuários, 25% dos trabalhadores de saúde, 25% de representantes do governo, de prestadores de serviços privados ou conveniados, ou sem fins lucrativos (RESOLUÇÃO 333/2003).

As conferências são realizadas periodicamente para analisar e propor diretrizes de ação em nível municipal, estadual e federal. E suas deliberações deverão influenciar e está de acordo com as ações dos conselhos.

A participação social no setor saúde do contexto brasileiro por meio do controle social, viabilizou para a sociedade os meios para controlar o Estado, através de setores participativos. E foi nos anos 90, onde se integrou os conselhos de saúde na estrutura do SUS, assim: *o controle social assume nova inflexão, adquirindo também o caráter de fiscalização do manejo dos recursos públicos*. Diferentemente da concepção sociológica clássica, onde os mecanismos de coerção eram exercidos sobre a sociedade pelo Estado (ESCOREL e MOREIRA, p. 1001, 2008).

Ciconello (2009) nos diz que, embora os avanços da participação social no contexto brasileiro sejam indiscutíveis, ainda se enfrenta vários desafios para a sua efetiva consolidação, dos quais se destaca a resistência de alguns órgãos relacionados ao setor público em aceitar e integrar as deliberações da sociedade; o distanciamento ainda resistente entre os resultados oficiais, assim como da efetivação, ou seja, muitas propostas ainda estão apenas no papel e não efetivada

no direito de acesso para todos; e os fortes obstáculos de ampliar a participação social na esfera da política econômica.

Dessa forma diz-se que, há limites no processo de participação social, pois ainda há entraves como a falta de cultura de participação, bem como o incentivo e a capacitação para a população no processo participativo.

As eleições da entidade para os conselhos referentes aos usuários, e dos profissionais de saúde se torna relevante, pois essas escolhas definirão interesses nas decisões que podem ou não, facilitar a implementação ou a operacionalização das políticas públicas de saúde.

3. 6 Participação Social na Estratégia Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família propõe a participação da comunidade, para identificar as causas dos problemas de doenças, suas prioridades, e a fiscalização das ações de saúde. Pois, preconiza a promoção e o estímulo da participação comunitária no controle social, na elaboração, execução e avaliação das ações de saúde (PORTARIA n.º 648/2006).

A equipe da Estratégia Saúde da Família dentro de suas atribuições tende a desenvolver o processo de participação dos usuários em seu contexto social e sanitário, tendo em vista, o despertar crítico e o potencial político dos seus usuários, para perceberem a saúde, além de um tratamento, mas um direito. Esse processo não deve se limitar apenas nos conselhos, mais em alcançar as associações comunitárias dentre outras formas de organização social, com o propósito de adequar as ações de saúde às necessidades da população de abrangência.

Nesse processo, a ação profissional tem a função de incentivar e instrumentalizar à participação dos usuários, respeitando seu potencial e suas necessidades, para construir novas sociabilidades nas políticas de saúde (MIOTO e NOGUEIRA, 2009).

Deve-se ressaltar a relevância da capacitação dos conselheiros e usuários, pois isso contribuirá para o despertar de uma visão crítica e responsável diante do segmento que representa, para atuar de forma a intervir na fiscalização da implantação e execução das políticas de saúde, visualizando a como um direito acessível a todos, e o despertar de uma ação crítica com intervenção popular dentro de um processo pedagógico.

A participação social segundo Jacobi (2002) se enquadra no processo de redefinição do processo público – privado, na função de redistribuição do poder para àqueles sujeitos sociais que geralmente são desprovidos de acesso. Assim, o autor identifica a participação dentro de duas perspectivas:

De um lado a participação é identificada com os argumentos da democratização que têm como referência o fortalecimento dos espaços de socialização, de descentralização do poder e de crescente autonomização das decisões, portanto enfatizando a importância de um papel mais autônomo dos sujeitos sociais. O outro enfoque aborda a participação, a partir da criação de espaços e formas de articulação do Estado com os sujeitos sociais, configurando um instrumento de socialização da política, reforçando o seu papel como meio para realizar interesses e direitos sociais que demandam uma atuação pública (p. 447).

Entendemos nesta análise a participação como ferramenta de democratização que se desenvolve como referência para o fortalecimento dos espaços de socialização, descentralização do poder e da autonomia das decisões dos sujeitos sociais, que ocorre a partir da criação e desenvolvimento de espaços, capaz de integrar a articulação entre o Estado e a sociedade, um reforço do papel político para a realização e a efetivação dos direitos sociais.

A Estratégia Saúde da Família pode ser uma forma de atuação da sociedade civil no planejamento, elaboração e fiscalização desta política, pois, pode redefinir as formas de sociabilidade entre o Estado e a sociedade. Vale ressaltar, que a participação da sociedade não se resume nos espaços dos conselhos, e sim, em outras atuações da esfera pública que faz com o que as pessoas sejam sujeitos e não meros receptores de benefícios, capazes de desenvolver ações de bens individuais e coletivos.

Exercendo fundamental importância a participação social em saúde viabiliza converter pacientes em sujeito político, capaz de produzir sua autopromoção e assumir efetivamente a saúde como um direito.

Os conselhos de saúde são de fato avanços na participação social da sociedade brasileira no que se refere à esfera da saúde. Entretanto, na realidade local pesquisada, quando as famílias foram instigadas a falar sobre se foram convidadas a participar ou se participaram do Conselho de Saúde Local, os relatos apontaram alguns motivos que impedem o avanço da participação social, como a infra-estrutura, no que se refere à dificuldade de deslocamento e a falta de tempo.

Esses motivos se fazem presente como um empecilho ao avanço da participação na comunidade.

Participação no Conselho de Saúde Local	Transcrição das Entrevistas
Dificuldade financeira e de deslocamento	<i>Já fui convidada para participar, o problema é que não tenho dinheiro para ir de ônibus até a Vila da Felicidade onde tem as reuniões. (usuária V.M.P.) grifo nosso</i>
Indisponibilidade de tempo	<i>Já fui convidada mais não participo, por que não tenho tempo. (usuária M.O.P.S.) grifo nosso</i> <i>Não participo, mas já fui convidada, não tenho tempo porque trabalho fora. (usuária C.S.V.) grifo nosso</i>

No caso particular deste estudo, foi constatada a existência de manifestações isoladas, de interesses particulares, por parte, dos usuários que afetam diretamente o desenvolvimento da participação social em saúde.

Outro aspecto importante que deve ser analisado nos depoimentos, diz respeito à articulação dos membros dos conselhos, pois percebe-se, a ausência de consenso e comunicação entre a equipe e a comunidade, no que se refere ao processo de participação social. Para isso, é necessário desenvolver mecanismos de reivindicações de ordem coletiva, para que as famílias se vejam não apenas no papel de paciente, e sim, sujeito político, enquanto cidadão de direitos.

Pesquisa realizada por Guizardi e Pinheiro (2006) revela que a desigualdade entre os membros dos conselhos não está relacionada apenas no saber formal, pois, diferente dos conselheiros representantes do poder executivo, os representantes dos usuários não disponibiliza infraestrutura relacionadas à disponibilidade de tempo, transporte, assim como de uma assessoria.

Dentre esses motivos evidenciam-se também certa desvalorização desses eventos, enquanto espaço resolutivo. A ausência de envolvimento por parte das famílias usuárias no sentido de agir, para priorizar as discussões e participação nos conselhos resulta em fragilizar a dinâmica de funcionamento destes. Onde a dinâmica de funcionamento da participação social se limita entre os representantes do governo, e com isso, a paritariedade só fica no discurso político.

Neste estudo, algumas famílias relataram que não participam do Conselho Local de Saúde, porque não foram convidadas, outras famílias relataram que desconhecem a existência dos conselhos na comunidade, e ainda há outras que ignoram completamente o assunto:

Participação no Conselho de Saúde Local	Transcrição das Entrevistas
Nunca foram convidadas	<i>Nunca participei. Nunca me convidaram para participar.</i> (usuária T.M.N.P.)
Desconhecem a existência	<i>Eu nem sei se tem isso aqui.</i> (usuária Z.S.S.) grifos nosso <i>Ninguém nunca falou nada.</i> (usuária R.L.V.) grifos nosso
Ignoram o assunto	<i>Não sei nem o que é isso.</i> (usuária A.B.S.) grifos nosso

Nos relatos apresentados encontramos algumas fragilidades sobre o processo de participação social na comunidade, não obstante a descentralização das ações de saúde designa a participação da comunidade nos conselhos, ou em outras quaisquer modalidades de ações organizativas.

Na operacionalização da Estratégia Saúde da Família, o controle social envolve tanto uma discussão formal, quanto o acompanhamento das ações da estratégia, pelo Conselho Municipal de Saúde, quanto o estímulo para o estabelecimento de vínculos entre a equipe da ESF e a comunidade, característica fundamental na transformação do modelo assistencial. Todos esses aspectos têm nos conselhos locais de saúde uma instância privilegiada para discussão, transformação e aprimoramento das atividades e programas (SCOREL, 2005).

Dessa forma, na realidade pesquisada não percebemos as práticas democráticas para a autopromoção dos sujeitos sociais, e também não se segue os princípios da paridade, haja vista que, uma das atribuições da equipe é promover a mobilização da comunidade, objetivando efetivar sua representatividade no controle social, portanto foi constatado neste estudo que não há a participação de nenhum usuário da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família na composição do conselho de saúde local, e ainda o único representante da USF L 18 é o enfermeiro, que representa a composição dos servidores públicos. Os representantes dos

usuários no Conselho Local de Saúde são da Vila da Felicidade, usuários da Unidade Básica de Saúde Maria do Carmo.

Esse contexto representa a ausência de mobilização da população para participar nesse processo, a participação não pode ser vista como a simples mobilização da população, se não como um processo de empoderamento progressivo da mesma, onde se incorporam várias crescentes de capacidades para conhecer, detectar e resolver problemas em conjunto com a equipe da ESF.

Jacobi (2002) aponta que, na área da saúde o medo da participação popular por parte da equipe se transforma em um grande desafio a ser superado, ou seja, pelo fato de seus serviços serem fiscalizados e pela proximidade da comunidade no cotidiano de desenvolvimento de seus trabalhos. E ainda, o não entendimento por parte da equipe em relação às formas de participação da sociedade, precede uma falta de conhecimento em relação aos direitos e deveres da população.

Nesse sentido superar essa problemática de composição e representatividade se torna um desafio. A esse propósito, Labra (2005), menciona que, o desconhecimento quanto aos objetivos, do desempenho e até da utilidade do conselho de saúde, reflete em uma escassez ou inexistência por parte da comunidade em aderir o controle social, ocorrendo com isso, a existência de um baixo ou nulo envolvimento no que diz respeito à eleição ou até mesmo na indicação dos representantes de usuários em seus segmentos.

Nas falas das famílias evidenciam-se, também, os motivos que os leva a não participar dos eventos que se materializa nas conferências, assembleias ou reuniões que planeja e avalia os serviços de saúde. Foi relatado pelas famílias que, não há estes eventos, e mais uma vez demonstram que não se envolvem e desconhecem qualquer forma de participação social.

<p>Participação em conferências, assembleias ou reuniões</p>	<p>Transcrição das Entrevistas</p>
<p><i>Essa é a primeira vez que estou falando dos serviços da casinha.</i> (usuária D.R.C.) grifos nosso.</p>	

Desconhecem a inexistência desses eventos	Não conheço nenhuma dessas coisas. (usuária L.P.L.) Nunca ouvir falar. (usuária J. R. F.)
A inexistência de participação	Nunca participei. (usuária T.M.N.P.) Não participo. (usuário J.S.O.)

Diante desses depoimentos fica evidente que não há a divulgação das atividades das formas de participação social, principalmente das decisões do conselho na comunidade, o que fere um dos princípios da participação que é a comunicação, e a ausência da comunidade nas discussões da equipe, no que diz respeito ao planejamento das atividades, iniciativas relacionadas à Estratégia Saúde da Família, e as necessidades em saúde da comunidade.

Dessa maneira, encontra-se no espaço não institucionalizado da participação a relação entre o cotidiano das famílias usuárias, os serviços de saúde e a equipe, onde os usuários encontram-se ausente do planejamento, bem como das decisões. Nesse sentido o trabalho desenvolvido pela equipe está no sentido de pensar, planejar e decidir pelos usuários, ao invés de pensar, planejar e decidir com as famílias e a comunidade (CAMPOS e WENDHAUSEN, 2007).

O envolvimento das famílias nas ações de planejamento e decisões dos programas que lhes são oferecidos demanda uma concepção de participação, onde a universalização do acesso dos direitos sociais se concretiza no sentido de ampliar a cidadania, para alicerçar uma cultura de participação da sociedade em direção a autonomia e organização da comunidade para o bem comum.

Para Campos e Wendhausen (2007) a Estratégia Saúde da Família tem o potencial de desenvolver um incentivo à organização comunitária, bem como a autonomia das famílias, haja vista que, o modelo proposto é o da promoção da saúde, que busca o apoio e o estímulo das pessoas para um maior controle sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Por isso, afirma-se que, a participação em saúde está estreitamente relacionada com a promoção saúde, ou seja, a participação é essencial para sustentar as ações de promoção da saúde.

Os autores acima mencionados apontam que a participação em saúde pode ser dividida em duas formas: a primeira é a institucionalizada que representa os conselhos e as conferências de saúde nos níveis municipais, estaduais e federal. E a forma não institucionalizada são maneiras de participar em todas as ações de saúde, ou seja, as individuais são caracterizadas nas consultas, até as mais coletivas como as atividades de educação em saúde.

Nessa perspectiva, o controle social, bem como a participação política não se consolida em sua legalidade, haja vista que, a participação social não se materializa somente nas Conferências, nos Conselhos e sim nas práticas sociais, que compõem o sistema de saúde (GUIZARDI e PINHEIRO, 2006).

Dessa forma a participação social na Estratégia Saúde da Família tem sua gênese no momento de sua implantação onde, as famílias devem estar conscientes dos serviços que lhes serão oferecidos e a partir daí, dar início em desenvolver propostas participativas de co-responsabilização no controle do programa.

A respeito da participação da comunidade, em relação à orientação sobre o funcionamento da Estratégia Saúde da Família. As famílias relataram que:

Orientação sobre o funcionamento da PSF	Transcrição das Entrevistas
	<p><i>Eles disseram que a gente ia ter acompanhamento deles aqui embaixo, depois que subiu, nós não tivemos mais ajuda.</i> (usuário S.B.) grifos nosso</p> <p><i>Que ia funcionar a casinha e que o médico, o enfermeiro e o agente de saúde ia passar nas casas.</i> (usuário Z.S.S.) grifos nosso</p> <p><i>Eles passaram nas casa e disseram que iria funcionar a casinha.</i> (usuário C.S.V.) grifos nosso</p> <p><i>Que eles ia trabalhar com as famílias. Mas não estão, nem visita eles fazem mais.</i> (usuário L.P.L.) grifos nosso</p>

No contexto apresentado percebemos que a comunidade foi informada sobre o funcionamento dos serviços de saúde, que seriam desenvolvidos pela Estratégia Saúde da Família no período de sua implantação, portanto, fica evidente também que na realidade atual, não está ocorrendo esse acompanhamento da equipe com a população adscrita. Outro aspecto importante apontado são as visitas domiciliares, que também representam um espaço de relevância para ser desenvolvido a

mobilização e o incentivo da comunidade para a participação social em saúde, e no momento muita famílias relataram que não estão ocorrendo com frequência.

A dimensão das ações educativas são fatores de suma importância a ser considerado para o desenvolvimento da participação em saúde. Através da prática da promoção da saúde, onde as equipes de saúde estejam realmente engajadas para promover o empoderamento social.

Para tanto, entender que a educação não se resume aos programas educacionais está além, no sentido de abranger toda a dimensão das ações sanitárias, o que representa possibilidade de comunicação nas diversas situações enfrentadas no cotidiano da saúde da comunidade (CAMPO e WENDHAUSEN, 2007).

A importância dos espaços desenvolvidos no que se refere às atividades educativas, grupos, e as atividades físicas e recreativas, também são construídas formas de participação da população nas ações.

Nessa perspectiva, poucas famílias mencionaram ter participado de alguma atividade fora do âmbito da USF, e apontaram diversos assuntos tratados.

Durante a realização das entrevistas, foi perceptível o entusiasmo das famílias quando mencionaram ter participado desses eventos, e faziam questão de mostrar o que aprenderam nessas atividades de educação em saúde.

Participação nas Atividades de Educação em Saúde	Transcrição das Entrevistas
	<p><i>Um curso sobre alimentação saudável. (usuária T.S.)</i></p> <p><i>Sobre o DIU, anticoncepcional, camisinha e DSTs. (usuária S.C.S)</i></p> <p><i>Como evitar a gravidez, aí na casinha. (usuário J.P.M.)</i></p> <p><i>Sobre os cuidados com a saúde, e como cuidar dos dentes. (usuária S.B.)</i></p> <p><i>Na casinha sobre o DIU, como evitar para ter filho. (usuária A.B.S.)</i></p> <p><i>Sobre alimentação saudável, na Igreja atólica e o pessoal da casinha. (usuária G.M.S.)</i></p> <p><i>Palestra sobre medicamentos e planejamento familiar. (usuária M.C.N.S.)</i></p>

Dentre as falas percebemos que não há atividades físicas e recreativas, nem de grupos focalizados sendo desenvolvidas pela equipe, porém as ações de atividades educativas nos programas foram mencionadas.³¹

Deparamos-nos também com algumas famílias que não participam porque não se sentem motivadas, e, outras famílias relataram que não foram convidadas. A não participação repercute em desvantagem para as pessoas no sentido de cuidado com a saúde e de sua autopromoção social.

Não participação nas Atividades de Educação em Saúde	Transcrição das Entrevistas
<i>Já fui convidada, sobre alimentação, mais eu não fui por que estava com dor de cabeça. (usuária A.G.F.)</i>	

A participação social se torna um instrumento de rupturas para com a cultura dominante e, uma nova sociabilidade entre Estado e sociedade, quando se materializa nas ações efetivas da promoção e da participação da população nos serviços de saúde e nos conselhos ou qualquer outra forma de avaliar, comunicar e planejar. Entretanto, a participação e a promoção em saúde existem no âmago do contexto social, econômico, cultural e político em que se desenvolve o processo de democracia e autonomia dos sujeitos.

O contraste entre o discurso, a prática da educação e da participação em saúde, nos mostra uma série de desencontros e contradições nas construções de vínculos, entre a comunidade e a equipe de trabalho.

É importante revelar nesta pesquisa, algumas sugestões das famílias para melhorar as ações da Estratégia Saúde da Família no bairro do Mauzinho.

³¹ De acordo com os relatos das famílias, as ações de educação em saúde foram realizadas com as primeiras equipes de saúde da família, isto é: *quando começou*, pois só relembrando, as equipes posteriores inclusive a atual realiza as orientações no consultório no momento da consulta, ou na recepção da Unidade Saúde da Família.

Sugestões das Famílias	Transcrição das Entrevistas
Ações de educação em saúde	<i>Que tenha mais palestras, sobre as DSTs, e outras coisas de saúde, em um lugar maior, com a presença da dra. para a gente tomar mais cuidado com a nossa saúde. (usuária T.M.N.P.)</i>
Melhoras na infraestrutura	<i>Que a gente tenha uma casinha maior, essa que a gente tem é muito pequena. (usuária A.G.F.)</i>
Ações de educação em saúde para toda a comunidade	<i>Que cada dia eles venha fazer o melhor para nós, no sentido de que eles devem levar a atenção deles para outras pessoas, que não sabe cuidar da saúde, porque tem muita gente aí, que pensa que pode fazer tudo, mas não é assim, quero que eles levem essas informações para as pessoas que ainda não tem isso, aqui na nossa comunidade. (usuária T.S.)</i>
Equipe de recursos humanos e atendimento	<p><i>Que tenha mais médicos, mais dentistas na nossa área, para a gente não ter que sair daqui. (usuária R.L.V.)</i></p> <p><i>Mais médicos, mais agentes e mais remédios e que as consultas sejam dois horários. (usuário J.G.F.)</i></p> <p><i>Que a médica atenda os hipertensos mais dias na semana. E aumente o tamanho da casinha. (usuária V.M.P.)</i></p>
Desempenho da equipe	<i>Que a equipe se desempenhe mais para melhorar o atendimento das famílias. (usuária M.O.P.S.)</i>

Eis algumas sugestões dos usuários que podem orientar os trabalhos, desenvolvidos pelas políticas de saúde local. Deficiências como: a falta de profissionais, infraestrutura, funcionamento da unidade da saúde em dois horários com consultas, foram as mais mencionadas durante as entrevistas. Essas dificuldades podem ser reduzidas por meio de planejamento, monitoramento e avaliação nas ações desenvolvidas no âmbito atenção básica e da Estratégia Saúde da Família, para disponibilizar melhores serviços à população manauara e de modo específico no bairro aqui estudado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos neste estudo que o Sistema Único de Saúde em Manaus se organizou com alicerces de cunho econômico e político, entrelaçados por desigualdades estruturais e sociais. Entretanto, na realidade atual, o SUS na capital amazonense se organiza por meio dos Distritos de Saúde denominados de Disa Norte, Disa Sul, Disa Oeste e Disa Leste, onde a necessidade de ampliar os serviços de saúde é urgente, principalmente na atenção básica, pois em se tratando de realizar a prevenção e a promoção da saúde, a cobertura ainda é insuficiente.

O SUS é uma realidade no contexto amazonense, o acesso aos serviços são mais amplos e acessíveis, o que ainda repercute é uma estrutura de assistência dos serviços desarticulada e mal-distribuída, comungando com questões que o descaracteriza como uma política de saúde social universal, entre elas a estrutura política do Estado, o paralelismo de ação, a seletividade e a focalização dos serviços e ações de saúde, se concentram em áreas geográficas. Com isso, atinge um dos mais importantes princípios do SUS, a universalização dos seus serviços, que deve ser garantido a todo o cidadão, independente de classe social, área geográfica, gênero, raça ou cultura.

Essa realidade reflete também na Estratégia Saúde da Família, pois a partir dos depoimentos das famílias ficou evidente, um distanciamento entre o discurso e a realidade vivenciada, o que demonstrou a insatisfação das famílias quanto aos serviços recebidos:

Um dos aspectos foi em relação ao acesso nos serviços da USF, no que diz respeito ao horário de funcionamento, sugerido pelas famílias como possibilidade de iniciar o atendimento às sete horas, com consultas e a presença do profissional médico em dois horários. A infraestrutura da USF foi outro aspecto muito mencionado, onde as famílias sugerem uma USF confortável, com cadeiras, bebedouros e sala de reuniões. A indisponibilidade de medicamentos da unidade foi outro obstáculo que compromete a assistência segundo as famílias, sendo a disponibilidade deste na própria unidade, um aspecto que facilitaria o acesso e a resolutividade dos serviços.

As ações de promoção da saúde, atribuída pelas famílias fica restrita a promoção como sinônimo de prevenção, onde a atuação na comunidade está voltada a serviços curativos, fato que impede a participação efetiva dos usuários na construção da saúde como direitos sociais.

Reafirma-se a carência de profissionais capacitados, e por mais que exista uma legislação, na prática ainda não se concretizou a interdisciplinaridade na equipe da Estratégia Saúde da Família, que vem quebrar o paradigma de saúde tradicional e objetiva uma atenção continuada, voltadas aos princípios da Promoção da Saúde. Os que presenciamos na realidade desta pesquisa foram às ações isoladas, voltadas a uma atenção curativa, onde repercute o modelo tradicional de saúde voltado a cura de doenças. Para a atuação da equipe ser interdisciplinar, a equipe necessita de formação cidadã, e coesa, onde as ações não podem ser isoladas, e sim, compartilhadas no conhecimento e na prática.

Neste estudo ficou evidente que a política de saúde avançou, porém não transformou, pois nos deparamos com ações que intensificam ainda mais o paternalismo, com ações não emancipatórias, onde o empoderamento político das famílias não acontece nos espaços democráticos, em que há incluídos e excluídos. Incluídos porque tem acesso aos serviços de saúde, mas surge a exclusão quando não há a participação da comunidade no controle social, ou nas ações de educação em saúde.

O universo demonstrado a partir das vivências dessas famílias nos revela uma visão crítica de sua realidade, pois está ausente o acesso universal e presente as desigualdades sociais em seu cotidiano. Dessa forma, as pessoas que mais necessitam do sistema de saúde são aquelas mais desprovidas economicamente, e são as que mais enfrentam as barreiras de acesso, ferindo um dos mais importantes princípios do SUS, a equidade no acesso.

O contraste entre o discurso e a prática da promoção da saúde e da participação social em saúde, nos mostra uma série de desencontros e contradições nas construções de vínculos entre a comunidade e a equipe de trabalho, sendo evidente que nas ações de saúde realizadas estão concentradas a resolução dos problemas clínicos. E as ações de promoção da saúde que envolve as palestras educativas, as campanhas de prevenção e as visitas domiciliares, dentre outras atividades, foram avaliadas como formas positivas das ações de saúde, porém, o que está deixando as famílias insatisfeitas é a ausência atualmente destas

atividades na comunidade. A participação através do controle social praticamente não acontece, pois ainda não existe uma conscientização para desenvolver a emancipação dos sujeitos nas políticas de saúde.

A avaliação dos serviços de saúde segundo a perspectiva dos usuários, ainda é pouco realizada. Entretanto, percebe-se que os estudos de avaliação são de grande relevância para o processo decisório e melhor adequação dos serviços de saúde. Dessa forma, a importância desta pesquisa se estender para além do âmbito acadêmico, levando os resultados encontrados e as considerações realizadas até as secretarias de saúde municipal e estadual, objetivando auxiliar no cotidiano e na gestão dos serviços de saúde, visando o aperfeiçoamento e a qualidade da assistência nas políticas de saúde local.

Assim sendo, reiteramos que a comunidade necessita dentre outras formas de conhecimento em relação à Estratégia Saúde da Família, para assim, saber se esta atende ou não suas expectativas. Pois, dar direito à voz para avaliar e revelar suas expectativas aos sujeitos sociais usuários dos serviços de saúde é, sobretudo, incentivar a participação social destes para melhorar as políticas de saúde.

Apesar de os avanços tecnológicos nas políticas de saúde manauara, ainda falta muito investimento e compromisso no que diz respeito à ampliação e implementação das equipes da Estratégia Saúde da Família, que passou a fortalecer e consolidar o SUS, na gestão municipal. Dessa forma, é necessário um redirecionamento dos serviços de saúde, para garantir o desenvolvimento da promoção da saúde em suas ações e promovendo a construção de uma participação emancipatória e a garantia de uma qualidade de vida saudável à população, entretanto, para acontecer à efetividade da promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família, é necessário uma equipe ampliada de profissionais, que não se restrinja a áreas da saúde, mas a inclusão de profissionais da área de humanas como, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos dentre outros.

Outro ponto que não devemos deixar de destacar, é a inserção da cultura do saber popular nas questões de saúde local, entretanto deve-se considerar o conhecimento das parteiras, rezadeiras, agentes de saúde, e incentivar à pesquisa na área da saúde, estabelecendo com isso, um sistema de saúde voltado para as problemáticas regionais, e adotar o conhecimento local de forma efetiva para o alcance da população no SUS em Manaus e no Amazonas.

REFERÊNCIAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 1004.

ALBUQUERQUE, Cláudio Bernardino; CÓVAS, Jaime de Araújo. O Sistema de Saúde no Estado do Amazonas. In: **Espaço e Doenças: um olhar sobre o Amazonas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ALVES, Etelvina Tereza Braga Rodrigues; CYRINO, Jerusa Castello Branco. Caracterização do Sistema de Saúde em Manaus. In: **Espaço e Doenças: um olhar sobre o Amazonas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde – Susam. **Curso Introdutório em Saúde da Família**, 2007-2008.

_____. Implantação do Programa Saúde da Família, 2002.

ARAÚJO, Maria de Fátima Santos. O Programa Saúde da Família (PSF), sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em São João Pessoa – PB. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. Setembro de 2005.

ARRETCHE, Marta. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade, SILVIA Gerchman e EDLER Flávio (org.) **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

_____. **Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

BARBALHO, Célia Regina Simonetti. **Guia para normalização de teses e dissertações**. / Célia Regina Simonetti Barbalho, Suely Oliveira Moraes. – Manaus: Ufam, 2003.

BARBOSA, Maria Artemisa. **Desigualdades Regionais e Sistema de Saúde no Amazonas: o caso de Manaus**. Dissertação de Mestrado. Manaus-Am. Fiocruz, 2004.

BARROS, Marcus. **A Questão da Saúde na Amazônia**. Manaus: Fundação Universidade Federal do Amazonas, 1995.

BASTOS, L.G.C. **Trabalho em Equipe em Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2003.

BATISTA, Djalma. **O Complexo da Amazônia: análise do processo de desenvolvimento**. Manaus: Editora: Valer/Edua/Inpa, 2007.

BEZERRA, Annyelle. Dvisa flagra unidades de saúde com graves problemas sanitários. Manaus-AM. **Jornal Diário do Amazonas**, Manaus, 3 de maio de 2010, p.6.

BEHRING, R. Elaine. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete (org). **Política Social no Capitalismo: tendência contemporânea**. 2.^a ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOSSI, M.L.. AFFONSO, K. C. Cidadania, participação Popular e Saúde: com a palavra os usuários da rede pública de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n.º 2 , 1998.

BUB, MBC. MEDRANO, C. SILVA CD, WINK S, LISS P, SANTOS EKA. A Noção de Cuidado de Si Mesmo e o Conceito de Autocuidado na Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. 2006.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 5.^a Rio de Janeiro, 2000.

_____. Promoção da Saúde. **Revista Saúde da Família**. n.º 6, Brasília 2002.

_____. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina e FREITAS, Carlos Machado. (orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2.^a ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. Universidade e Sociedade, n.º 22, de 2002.

_____. POTYARA, Amazoneida Pereira (org.) **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: Uerj, 2008.

_____. As Políticas Brasileiras de Seguridade Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**, módulo 3, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica- SUS, 01/1996. *Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde da população*. Portaria MS/GM n.º 2.203/1996.

_____, _____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1998.

_____. **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família**, caderno n.º 3, Brasília, 2000.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Diretrizes e Normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de Março de 2006.

_____. **Promoção da Saúde** temáticos IV – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

_____. Departamento de Atenção Básica – DAB. Teto, Credenciamento e Implantação das Estratégias de Agentes, Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília, 2011. DAB. Departamento de Atenção Básica, 2011: <http://www.Dab.saude.gov.br>

_____. **Constituição Federal do Brasil**. São Paulo: Editora Escala, 2009.

BREILH J. & Granda E. **Investigação da Saúde na Sociedade**. Instituto de Saúde SP – Abrasco. São Paulo, 1986.

CAMPOS, Luciane. WENDHAUSEN, Agueda. Participação em Saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Texto e Contexto – Enfermagem**. Vol. 16 N.º 2, Florianópolis, 2007.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de Educação e de Promoção em Saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, V. 31, nº 2. São Paulo, 1997.

CICONELLO, Alexandre. A participação social como processo de consolidação da democracia no Brasil. *In*: GREEN, Duncan (org.). **Da pobreza ao poder: como cidadãos ativos e Estados efetivos podem mudar o mundo**. Trad. Luiz Vasconcelos. São Paulo: Cortez; Oxford: Oxfam Internacional, 2009.

CONTANDRIPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. **A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos**. *In*: Hartz, Z.M.A. (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

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

COHN, Amélia. ELIAS, E. Paulo. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de saúde de serviços**. 3.ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

_____. NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSCH, Úrsula. **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo: Cortez, 2008.

CHIESA, A. M.; VERISSIMO, M. D. LÓR. A Educação em Saúde na Prática do PSF. Brasil. **Manual de Enfermagem**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5.^a ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CZERESNIA, Dina. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DATASUS. Informações em Saúde. IDB, 2009: <http://www.datasus.gov.br>

DEMO, Pedro. **Avaliação Qualitativa**. 8.^a ed. Campinas, SP. Autores associados, 2008. Coleção polêmicas do nosso tempo;

ELIAS, Paulo Elias. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo, **Perspectiva**. v.18 n.º 3. São Paulo, 2004.

ESCOBAR, E. M. A. **Aspectos conceituais da avaliação da qualidade em serviços de Saúde**. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, G. T. R.; da CUNHA, I. C. K. O. Saúde na Família e na Comunidade. São Paulo: Robe Editorial, 2002.

SCOREL, Sarah (org.) et al. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez centros urbanos**. 2.^a ed. Brasília – DF. , 2005.

_____. et al. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.

_____; NASCIMENTO Dilene; EDLER Flávio. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade, SILVIA Gerchman e EDLER Flávio (org.) **Saúde e Democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2005.

_____; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação Social. In: Giovanella, Lúcia (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Organizado por Lúcia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Cebes, 2008.

_____. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella, Lúcia (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Organizado por Lúcia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Cebes, 2008.

ESPERIDIÃO. MA. **Avaliação da satisfação de usuários**: considerações *teóricas – metodológicas*. Cad. De Saúde Pública. 2006, junho.

FIGUEIRA, Taís Rocha. FERREIRA, Efigênia F. SCHALL, Virgínia Torres. MODENA, Celina Maria. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 43 n.º 6. São Paulo, dezembro de 2009.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I. A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. In: FREESE, E. **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: ed. Universitária UFPE, 2004.

FILHO. Arnaldo Carneiro. Manaus: fortaleza extrativismo–cidade, uma história da dinâmica urbana. In: **Espaço e Doenças: um olhar sobre o Amazonas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FONTES, Breno; MARTINS, Paulo Henrique. **Redes, Práticas Associativas e Gestão Pública**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

FLEURY, S. **Saúde e Democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FREITAS, Carlos Machado. A vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas Ciências Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

FURTADO, Celso. **O Mito do Desenvolvimento Econômico**. 5.^a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1981.

GALVÃO, Dias Manoel. **A História da Medicina em Manaus**. Editora Valer/Governo do Estado do Amazonas- Editora Federal do Amazonas, 2003.

GAPEAM – Grupo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Família da Universidade Federal de Santa Catarina. Artigo: As várias abordagens da família no cenário do Programa Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 1990.

GUIZARDI, Francini Lube. PINHEIRO, Roseni. Dilemas Culturais, Sociais e Políticos da Participação dos Movimentos Sociais nos Conselhos de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 11 (3): 2006.

GOMES, R. e DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto – V. 2 n.º 2 – pp. 103-114 – Julho de 1994.

GOMÉZ, Lidia Hernández. *Neoliberalismo y salud, qué pasó en América Latina, la experiencia cubana*. **Revista Cubana Salud Pública**, 2002, 28.

HARTZ, Zulmira (org.). **Meta Avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática**. Organizado por Zulmira Hartz, Eronildo Felisberto e Lígia Maria Vieira da Silva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

HARTZ, Zulmira & SILVA, Ligia (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **Raízes do Brasil**. 26.^a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Ibge. Censo 2008. Disponível em: <http://www.ibege.gov.br>

_____. Censo, 2009. Disponível em: <http://www.ibege.gov.br>

JACOBI, Pedro R. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2002.

JANTSCH, Ari Paulo, BIANCHETTI, Lucídio (org.). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde, Dilemas, Avanços e Desafios. In: **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Organizado por Nísia Trindade, Sílvia Gerchman e Flávio Edler. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LEVCOVITZ E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**, 1996; 1(1): pp. 3-15.

LOPES, Lena Mota da Rocha. Evolução Urbana e características gerais de Manaus. In: **Espaço e Doenças: um olhar sobre o Amazonas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

MACHADO, M.H. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Volume V. Brasília: Fiocruz/ MS, 2000.

MANAUS, Secretaria Municipal de Saúde - Semsa. Implantação do Programa Médico da Família no Município de Manaus, 1999.

_____. Relatório do Programa Saúde da Família, Manaus, 2002.

_____. Operacionalização do Programa Saúde da Família no Município de Manaus. 2003

_____. Relatório Anual, 2000.

_____. Plano de Gestão para o Distrito de Saúde Leste da Cidade de Manaus, 2005.

_____. Relatório de Gestão, 2006.

_____. Plano Municipal de Saúde 2006-2009.

MARX, Karl. ENGELS. **O Manifesto Comunista**. Tradução Maria Lúcia Como. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a Saúde**. 2.^a ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **Atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO M.C.S., Hartz ZMA & Buss PM. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva** 5 (1): p.7-18. 2000.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, 7.^a ed. Hucitec Abrasco, 2002.

_____. Interdisciplinaridade: Funcionalidade ou Utopia. **Revista Saúde e Sociedade.** 3 (2): 42 – 64, 1994.

MIOTO, Regina C.L.; NOGUEIRA, Vera M.R. **Sistematização, Planejamento e avaliação das ações dos Assistentes Sociais no campo da saúde.** In: Ana Elizabete Mota...et al. (orgs.) Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4.^a ed. São Paulo: Cortez, Brasília, 2009.

MONNERAT, Lavinias Giselle. SENNA, Mônica de C.M.. SOUZA, Rosimary G. de Souza. **Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família.** In: BRAVO, Maria Inês S. VASCONCELOS, Ana Maria, GAMA, Andréia S. MONNERAT, Gisele (orgs.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez Rio de Janeiro: Uerj, 2009.

NORONHA, José Carvalho, PEREIRA Telma Rute, VIACAVA Francisco. **As Condições de Saúde dos Brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000).** In: LIMA, Nísia Trindade, SILVIA, Gerchman e EDLER Flávio (org.) **Saúde e Democracia:** história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2005.

_____; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiane Vieira. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** In: Giovanella, Lígia. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CEBES 2008.
OLIVEIRA, Mary Jane e NUNES, Sheila Torres: **A interdisciplinaridade no programa saúde da família:** uma utopia? São Paulo: Cortez, 2009.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Renovação de Saúde para todos 2025.** Ministério da Saúde. Brasília, 1995.

_____. **Renovação da Estratégia de Saúde para todos: princípios, orientadores e tópicos essenciais para a elaboração de uma política de equidade, solidariedade e saúde.** Brasil. Fundação Oswaldo Cruz/OPS, 1996.

PAIM, Jairmison Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella Lígia (org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

RIBEIRO, E. M. **As várias abordagens da família no cenário do programa /estratégia saúde da família (PSF).** Revista Latino Americana de Enfermagem 2004.

RICO, Elizabeth Melo (org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. 5.^a ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2007.

RODRIGUEZ, C. G. Democracia y participación ciudadana: em busca de la equidad o de nuevos recursos? **Revista Mexicana de Sociologia** 3: 192-2004.

SANTOS, Simone Maria da Silva. **Estratégia Saúde da Família: Qualidade da Assistência sob a Perspectiva da Satisfação do Usuário**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG. Divinópolis, 2008.

SANTANA, J.M.C. **Manaus e a Zona Franca: Avaliação das condições de vida e saúde da população – período: 1960 a 1980**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1984.

SILVA, Anamaria Cavalcante. **Saúde da família, saúde da criança: a resposta de Sobral**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007.

SILVA, Nair Chase. **Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do atributo centralidade na família no PSF de Manaus**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, 2010.

SILVA, Lígia Maria Vieira. **Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde**. In: HARTZ, Zulmira & SILVA, Lígia (org). **Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SILVA, Maria Ozanira da Silva. **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria & prática**. São Paulo: ed. Veras, 2001.

SOUZA, Maria de Fátima, HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Associação Brasileira de Pós – Graduação e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Dezembro de 2006.

SOUZA AC, Colome ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**. 2005; 26(2): pp. 147-53.

SOUSA, Maria Fátima de et al. **Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.º 21, dezembro, 2000.

TEIXEIRA, Maria Jane O. NUNES, Sheila Torres. A Interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família: uma utopia?. **Saúde e Serviço Social**. Maria Inês Souza Bravo et al. (orgs.) 4.^a ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.w2

THERBORN, Goran. **As teorias do Estado e seus desafios no fim do século**. In: Pós-Neoliberalismo II. Emir Sader e Pablo Gentili (orgs). Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro. **Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde**. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e Subjetividade na Avaliação de Programas e Serviços em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.º 6, pp. 1561–1569, 2002.

UGÁ, Maria Alicia D.; MARQUES, Rosa Maria. **O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos**. In: LIMA, Nísia Trindade, SILVIA Gerchman e EDLER Flávio (org.) **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2005.

VAITSMAN, J. **Saúde, Cultura e Necessidades**. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde coletiva? questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 1992.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2008.

VILELA, Elaine M.; MENDES, José M. **Interdisciplinaridade e Saúde: Estudo Bibliográfico**. 2009.

WEBER, César Augusto Trinta. **Programa Saúde da Família: educação e controle da população**. Porto Alegre: Age, 2006.

WENDHAUSEN, A, SAUPE R. **Concepções de Educação em Saúde e a Estratégia Saúde da Família**. Texto e Contexto Enfermagem. Jan – Mar. 2003.

WHITACKER L. Disponível em: <http://portocroft.Culltarte.com>.

APÊNDICE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS USUÁRIOS DA UNIDADE SAÚDE DA
FAMILIA – BAIRRO MAUAZINHO**

- Avaliação do usuário sobre os serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família.
- Visita domiciliar realizada pelos agentes comunitários de saúde na área de abrangência.
- A função dos agentes comunitários de saúde.
- Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na visão dos usuários.
- Visita domiciliar realizada pela enfermagem na área de abrangência.
- Atendimento da enfermagem ao usuário.
- Visita domiciliar realizada pelo (a) médico (a) na área de abrangência.
- Atuação do papel do médico da família na perspectiva do usuário.
- Atendimento médico ao usuário na USF.
- Atuação do atendimento odontológico na perspectiva do usuário.
- A distribuição de medicamentos na unidade de saúde L18, atende as necessidades dos usuários.
- Identificar as ações de promoção da saúde.
- Medidas para cuidar da saúde.
- Mudanças na forma de cuidar da saúde.
- Necessidade do usuário quanto aos serviços para promover saúde, ou serviços curativos.
- O significado de promoção da saúde.
- Se o usuário segue as recomendações dos profissionais da equipe quanto às ações de promoção da saúde.
- Participação da comunidade na implantação e funcionamento da ESF.

- Participação nas ações de educação em saúde.
- Participação e controle social.
- Propostas dos usuários para a melhoria dos serviços de saúde.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

UFAM

**FORMULÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA
Nº 18 DA ESF.**

I - IDENTIFICAÇÃO:

NOME:-----SEXO-----
 DATA DE NASCIMENTO-----
 PROFISSÃO-----ESCOLARIDADE-----
 ENDEREÇO:-----
 TIPO DE MORADIA:-----
 TEMPO DE RESIDENCIA NA ÀREA: -----
 DATA:-----

ATUAÇÃO PROFISSIONAL DA EQUIPE – INTERDISCIPLINARIDADE

II- AVALIAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O TRABALHO DOS ACSs:

2.1 – Você recebe visitas dos Agente Comunitário de Saúde mensalmente em sua casa? Comente:-----

2.2- Você sabe qual a função do Agente Comunitário de Saúde na comunidade? Justifique:-----

2.3- Quais atividades que os Agentes Comunitário de Saúde já realizou em sua família? -----

2.4- Como você avalia o trabalho do Agente Comunitário de Saúde na comunidade?-----

2.5- O que você espera do desempenho do Agente Comunitário de Saúde?

III- AVALIAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE OS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM:

3.1 -Você já recebeu a visita ou algum serviço de enfermagem em sua casa?

Qual?-----

3.4- Como você avalia o atendimento da enfermeira (o) ou técnica (o) de enfermagem da unidade de saúde da família? Qual o motivo?-----

3.5- O que você espera do trabalho do enfermeiro (a) ou técnico (a) de enfermagem?-----

IV - AVALIAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O SERVIÇO MÉDICO:

4.1- Você recebe visitas do (a) médico (a) em sua casa? Comente:-----

4.2- Você conhece qual o papel que o médico da Saúde da Família desempenha? Justifique:-----

4.3- Como você avalia o atendimento recebido pelo médico (a) da Unidade de Saúde da Família? Qual o motivo?-----

4.4- O que você espera do trabalho do médico?-----

V- AVALIAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O SERVIÇO ODONTOLÓGICO:

5.1- Você já realizou algum atendimento odontológico na Unidade Saúde da Família? Comente:-----

5.2- Como foi o atendimento que você recebeu? Qual o motivo?-----

5.3- O que você espera do trabalho odontológico?-----

VI- AVALIAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE OS SERVIÇOS DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS:

6.1-Como você percebe a distribuição do medicamento na Unidade de Saúde da Família: Comente:

VII- QUANTO AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

7.1 – O que você entende por Promoção da Saúde:-----

7.2 – Você está tomando medidas importantes para promover saúde e bem-estar para sua família com as recomendações da equipe da ESF? Discorra?----

7.3 -Depois que você recebeu os serviços de saúde da ESF, houve alguma mudança em relação ao cuidado com sua saúde e da sua família? Qual?-----

7.4 – Você sente mais necessidade dos serviços que promova saúde ou de serviços curativos? Por que?-----

7.5 - Você segue as recomendações do médico, enfermeiras e ACSs, sobre medidas de cuidados com a saúde? Justifique-----

VIII - PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

8.1- Na época da inauguração você participou de alguma orientação sobre o funcionamento da Estratégia da Saúde da Família? Comente:-----

8.2- Você já foi convidada para participar de alguma atividade relacionada à Educação em saúde realizada pela equipe de saúde da família?
Qual?-----

8.3- Você já foi convidada e / ou já participou, ou participa do Conselho de Saúde local ? -----

8.4 Já foi convidado ou participou de alguma Conferência, ou reuniões que avalie os serviços de saúde?-----

8.5.- Você já foi convidada para participar de alguma atividade relacionada à Educação em saúde realizada pela equipe de saúde da família? Qual?-----

8.6 - Qual sua sugestão para melhorar os serviços e ações da Estratégia Saúde da Família?-----

UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA L 18



Foto 1: Unidade Saúde da Família L18
Fonte: Fonte Pessoal/Pesquisa de Campo 2010/2011

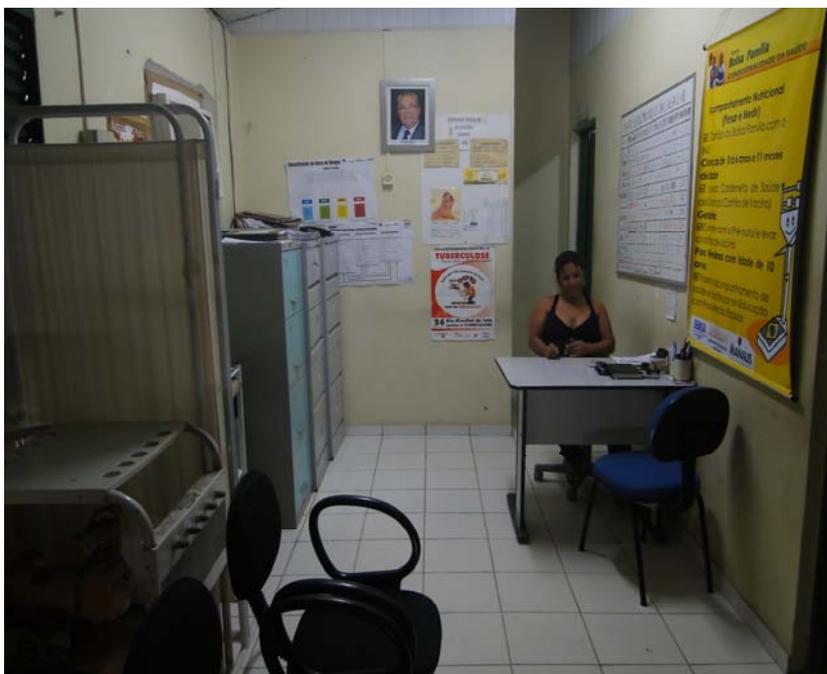


Foto 2: Recepção – Sala de Reunião
Fonte: Fonte Pessoal/Pesquisa de Campo 2010/2011



Foto 3: Av. Solimões/Distrito Industrial/Suframa
Fonte: Fonte Pessoal/Pesquisa de Campo 2010/2011



Foto 4: Rua do Areal/Parque Mauá
Fonte: Fonte Pessoal/Pesquisa de Campo 2010/2011



Foto 5: Parque Mauá

Fonte: Fonte Pessoal/Pesquisa de Campo 2010/2011



Foto 6: Vista aérea – Parque Mauá

Fonte: Fonte Pessoal/Pesquisa de Campo 2010/2011

ANEXOS