

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE

DARCY RIBEIRO - UENF

CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM – CCH

PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS - PGPS

**PRÁTICAS SANITÁRIAS E MUNICIPALIZAÇÃO - UM OLHAR DOS
ATORES LOCAIS EM SÃO JOÃO DA BARRA. RJ**

NÁDIA MARIA DA CONCEIÇÃO

CAMPOS DOS GOYTACAZES. RJ

2008

NÁDIA MARIA DA CONCEIÇÃO

**PRÁTICAS SANITÁRIAS E MUNICIPALIZAÇÃO - UM OLHAR DOS
ATORES LOCAIS EM SÃO JOÃO DA BARRA. RJ**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

Orientador: Prof^o Dr. Ailton Mota de Carvalho

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a. Maria Cristina Peixoto dos Santos

CAMPOS DOS GOYTACAZES. RJ

2008

NÁDIA MARIA DA CONCEIÇÃO

PRÁTICAS SANITÁRIAS E MUNICIPALIZAÇÃO - UM OLHAR DOS ATORES LOCAIS EM SÃO JOÃO DA BARRA.

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

Aprovada em:

Banca Examinadora:

Prof.Dr. Ailton Mota de Carvalho – Doutor em Sociologia pelo FLACSO/UnB
Orientador - Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF.

Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Peixoto dos Santos – Doutora em Educação pela UFF
Co- Orientadora - Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF.

Prof^a. Dr^a. Sônia Martins Nogueira
Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.
Professora da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

Prof^a. Dr^a Leny Cristina Soares Souza Azevedo
Doutora em Educação pela Universidade de Campinas – UNICAMP.
Professora da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

Prof^a. Dr^a. Antonia de Lourdes Colbari
Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Espírito Santo - Professora da
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Dedico aos meus,

À minha mãezinha que amo e admiro e ao meu querido pai.
Aos meus irmãos, sobrinho, sobrinhas e toda a minha família.
À minha filha de outras vidas, que chegou mansinha.

Ao meu companheiro de todas as lutas, que trilhou
comigo esta caminhada, dando-me o apoio que
necessitava e acalmando-me como a brisa do mar.
Nos momentos mais difíceis, lá estava ele,
Fernando.

Dedico esta pesquisa as pessoas que vivem, amam e
administram o município de São João da Barra, acreditando
poder colaborar com as políticas públicas e com a melhoria do
sistema de saúde desta cidade.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram direta e indiretamente para a concretização deste trabalho, porém algumas, em especial, manifesto o meu agradecimento.

Ao meu professor e orientador que incentivou-me todo o tempo, mostrando com tranqüilidade e competência o caminho desta construção. Ao meu mestre Ailton, com carinho!

À minha mestra Maria Cristina, pela importante participação como co-orientadora. A sua competência e contribuição foram decisivas para que pudesse compreender as subjetividades implícitas neste trabalho.

As professoras Leny Azevedo e Antonia de Lourdes Colbari fazerem parte da banca examinadora de defesa da dissertação.

Aos meus professores do curso de mestrado, em especial, as professoras Sonia Martins Nogueira e Adélia Miglievich pelas palavras de incentivo e apoio. Ao professor Marcelo Gantos pelas considerações tecidas no projeto de pesquisa, as quais contribuíram no desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus colegas de turma pelos momentos vividos, em especial às minhas amigas, Glaucia e Gutiélle, pelo companheirismo, carinho e respeito dedicados a mim.

À Secretaria Municipal de Saúde de São João da Barra, Dr^a Lúcia Regina Pessanha pela colaboração no período da pesquisa.

Ao meu amigo Luiz Carlos, pela tão valiosa participação nas questões cibernéticas e ao amigo Paulo Rozaes pela participação importantíssima, auxiliando-me nas revisões de textos e no abstract.

Aos meus Mentores Espirituais por terem emanado em minha vida toda a energia e calma que necessitava para manter-me firme no meu propósito e agradeço a Deus pela minha vida e pela oportunidade de ter conhecido pessoas tão interessantes e valiosas.

É preciso olhar com atenção para entender a incerteza dos olhares dessa gente.

Para que o sol entre, é preciso portas e janelas abertas, senão sua luz ilumina o telhado, enquanto a casa continua escura, sem vida e sem cor.

Fernando Araújo

RESUMO

Este estudo traz uma abordagem das práticas sanitárias instituídas e do processo de municipalização, baseado na compreensão da história da Saúde Pública, ao longo dos tempos, e no processo de construção do Sistema Único de Saúde - SUS. O estudo foi desenvolvido em São João da Barra, município norte fluminense com uma população estimada de 28.980 habitantes, estando habilitado em 'Gestão Plena da Atenção Básica'. No enfoque, 'atenção básica' e 'municipalização', alicerçaram-se as análises e discussões, sob três dimensões: a partir dos dados coletados dos anos 2006 e 2007, realizou-se um estudo comparativo dos indicadores de saúde em diversos níveis; analisou-se a oferta de serviços da atenção básica em contrapartida aos de média e alta complexidade e, por último, sob a visão de que saúde é uma questão humana e existencial, devendo ser compartilhada com todos os atores sociais, buscou-se retratar a expectativa da população frente aos serviços prestados pelo gestor público, bem como a percepção dos atores locais sobre as condições de promoção e defesa do direito à saúde e cidadania. A conjunção dessas abordagens tem como objetivo subsidiar as políticas públicas numa visão mais totalizante e realista das condições de saúde do município. No decorrer, discutimos os avanços do SUS, constatando que a prática se distancia, e muito, da garantia do direito à saúde. O estudo teórico-histórico não pretendeu colocar em jogo, as conquistas e os avanços do SUS, no município de São João da Barra. Os dados encontrados atestam que é preciso trilhar o caminho de uma consciência sanitária que vá em direção a um sistema de saúde com equidade e com justiça social.

Palavras-Chave: Política de saúde, Municipalização, Cidadania, Saúde-doença e Direito à saúde.

ABSTRACT

This study brings a practical approach to health and put the decentralization process, based on understanding the history of Public Health, over time, and in the process of building the Unified Health System - SUS. The study was conducted at São João da Barra, north Rio de Janeiro municipality, and enabled the Full Management in Primary Care. In the approach, basic care and municipalization, base the analysis and discussions on three dimensions: the data collected from the years 2006 and 2007, we did a comparative study of health indicators at different levels; examined is the provision of services of primary health care in contrast to other levels of care and, finally, on the view that health is a human issue and existential and should be shared with all social actors, trying to portray the expectation of the population against the public services provided by the manager as well as the perception of local actors on the conditions for the promotion and protection of the right to health and citizenship. The combination of these approaches aims to support public policies in a more totalizing and realistic vision of the health of the municipality. Throughout, we discuss the progress of the SUS, noting that the practice is far, and much of guaranteeing the right to health. The theoretical and historical study did not wish to put into play, the achievements and advances in the SUS in the city. The provided are meets witness that we must walk the path of a health consciousness that go towards a health system with equity and social justice.

Keywords: Health policy, municipalization, Citizenship, disease-and Right to Health

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

1	Localização do município de São João da Barra. RJ	88
2	VI Conferência Municipal de Saúde, realizada em 24 de novembro de 2005 no Auditório da Prefeitura de São João da Barra. RJ.	96
3	Mapeamento das Unidades de Saúde, segundo níveis de complexidade, ano 2007. São João da Barra. RJ	102
4	Dia Mundial da Luta contra a Tuberculose, no dia 24 de março de 2007, nas ruas de São João da Barra com a caminhada de sensibilização e conscientização à população sobre a doença.	125
5	Campanha de divulgação sobre prevenção da dengue, intitulada: “Prevenir a dengue é responsabilidade de todos”, realizada no verão 2007.	129
6	Controle focal, realizado em domicílios do município de São João da Barra, voltado ao combate do mosquito da dengue.	129
7	Palestra sobre DST/AIDS no estádio de esportes em São João da Barra.	131
8	Campanhas e Palestras - Verificação de Pressão Arterial Sistólica e Glicemia. Palestras sobre Alimentação Saudável.	133
9	A compreensão e percepção dos atores locais frente à promoção e defesa do direito à saúde e cidadania. – Atores e Locais das entrevistas.	137
10	PU Central – Atendimento de Urgência e Emergência	141
11	Unidade Municipal de Saúde de Atafona – Atendimento Básico de Saúde	142
12	Policlínica Central de Saúde – Atendimento Especializado	142
13	Localização das unidades de saúde selecionadas para a realização das entrevistas dos atores locais. Ano 2007. São João da Barra. RJ	143

LISTA DE GRÁFICOS

1	Número de consultas médicas, por categorias profissionais nas Unidades Básicas de Saúde, anos 2006 e 2007. São João da Barra. RJ	104
2	Número de consultas especializadas nas Policlínicas Municipais, anos de 2006 e 2007. São João da Barra. RJ	104
3	Proporção (%) da produtividade dos profissionais por categoria médica, em relação à média estabelecida, no 1º semestre de 2007. São João da Barra. RJ	108
4	Relação de proporcionalidade (%) entre o número de consultas básicas e especializadas, na rede de saúde, anos 2006 e 2006. São João da Barra. RJ	110
5	Proporcionalidade (%) de internações hospitalares, anos de 2006 e 2007. São João da Barra. RJ	112
6	Coeficiente comparativo da mortalidade infantil (x1000nascidos vivos) no período de 1997 a 2005, no Brasil e diversas regiões.	115
7	Percentual (%) gestantes com 7(sete) ou mais consultas de pré-natal, no período de 2001 a 2007. São João da Barra. RJ	120
8	Mortalidade proporcional por causas básicas (CID 10), segundo percentual (%) de óbitos, no período de 2001 a 2005. São João da Barra. RJ	123
9	Situação Epidemiológica 2008 – Dengue. Casos notificados Macrorregião, Brasil, 186 a 2008*	127
10	Número de casos notificados de dengue, no período de 2004 a 2008*. São João da Barra. RJ	128
11	Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Diabetes mellitus, no período de 2001 a 2007. São João da Barra. RJ	132

LISTA DE QUADROS

1	Medidas Sanitárias e Ambientais, ano 2000. São João da Barra. RJ	90
2	Rede de Saúde, segundo nível de complexidade e localização, ano 2007. São João da Barra. RJ	99
3	Proporcionalidade (%) em relação aos números de atendimentos realizados e preconizados, por categorias médicas, no 1º semestre de 2007. São João da Barra. RJ	107
4	Número de atendimentos realizados nos Postos de Urgências – PU's, no período de dezembro de 2006 a dezembro de 2007. São João da Barra. RJ	113
5	Aplicação de recursos orçamentários, por esferas de governo, segundo gastos públicos (R\$) e respectivas fontes, nos anos de 2006 e 2007. São João da Barra. RJ	136
6	Unidades de saúde selecionadas na pesquisa qualitativa, sendo nível de complexidade e características sócio-econômicas e geográficas. Ano 2007. São João da Barra. RJ	142
7	Atores locais entrevistados, segundo categorias, ocupação em relação à oferta dos serviços e local de entrevista. Ano 2007. São João da Barra. RJ	144

LISTA DE TABELAS

1	Distribuição e proporcionalidade dos atendimentos básicos por categorias médicas, segundo Unidades de Saúde, 1º semestre de 2007. São João da Barra. RJ	105
2	Tendências da mortalidade Infantil, no período 2002 – 2004. Brasil.	115
3	Razão da mortalidade materna (RMM), no período 2000 – 2004. Brasil.	118
4	Mortalidade proporcional por faixa etária, no período de janeiro a junho de 2007. São João da Barra. RJ	121
5	Mortalidade proporcional por grupos de causas (CID 10), segundo percentuais (%) de óbitos, 1º semestre de 2007. São João da Barra.	122
6	Número de casos de Tuberculose, anos 2006 e 2007. São João da Barra. RJ	125
7	Taxa de incidência de dengue por 100.000 habitantes, no período de 2001 a 2006. Brasil. 2007	127
8	Números de consultas, exames e testes anti-HIV, realizados nos períodos de 2006 e 2007. São João da Barra. RJ	130
9	Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC), no período de 2001 a 2007. São João da Barra. RJ.	131

SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

CES - Conselho Estadual de Saúde

CF – Constituição Federal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

FNS - Fundação Nacional de Saúde

HIPERDIA – Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

MS - Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAB - Piso Assistencial Básico.
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PSF - Programa de Saúde da Família
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SIAB – Sistema Nacional de Atenção Básica
SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SIM – Sistema Nacional de Mortalidade
SINAN - Sistema Nacional de Agravos Notificáveis
SINASC – Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCE – Tribunal de Contas do Estado
TCU – Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 – HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA.	
1.1- As práticas sanitárias ao longo dos tempos.	25
1.2- A Saúde Pública no Brasil – Séculos XIX e XX.	39
CAPÍTULO 2 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.	
2.1- O movimento sanitário: em busca de um sistema de saúde universal com justiça social.	52
2.2- A concretização do direito à saúde.	60
2.2.1-Institucionalização e participação social: estratégia na consolidação do SUS.	65
2.2.2- As instâncias deliberativas.	71
2.2.3- Inovação dos procedimentos: o Pacto pela Saúde.	77
CAPÍTULO 3 – A MUNICIPALIZAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE	
3.1 - O Município reconhecimento de espaço das relações solidárias.	80
3.2 – A descentralização e municipalização do sistema de saúde.	82
CAPÍTULO 4 – AS PRÁTICAS SANITÁRIAS EM SÃO JOÃO DA BARRA	
4.1- As características do município de São João da Barra.	87
4.2- O sistema local de saúde e a municipalização.	91
4.2.1- O Conselho Municipal de Saúde de São João da Barra.	92
4.2.2- As Conferências Municipais de Saúde de São João da Barra.	96
4.3. O diagnóstico local de saúde.	98
4.3.1- Estrutura organizacional da rede de saúde.	99
4.3.2- Funcionalidade da rede de saúde.	103
4.3.2.1-As linhas de atenção à saúde.	103
4.3.2.2-As condições de saúde da população.	113
4.4- O financiamento do sistema local de saúde.	133
4.5- A compreensão e percepção dos atores locais frente à promoção e defesa do direito à saúde e cidadania.	137
CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS	171
APÊNDICE A – Entrevista semi-estruturada (modelo)	188
APÊNDICE B – Acervo documental: entrevista de um usuário da rede de saúde.	191

Introdução

O espaço do posto para mim é que a gente não tem condição social, então a gente precisa do posto de saúde, pelo SUS, e para mim é difícil, porque tem o posto de saúde, mas você não consegue ficha, não consegue atendimento.

Preciso de médico e não tem médico.

Eu estou cansada de ir, e não vejo solução e satisfeita não tô não! É preciso alguém que realmente quisesse fazer alguma coisa pela população, que se preocupasse com a população de baixa renda, pessoas pobres e humildes.

(Entrevista em 05/05/08 de MPSO, usuária do SUS de São João da Barra. RJ).

Ao entrar em contato com a manifestação de sofrimento, revolta, descrença e súplica de uma usuária do sistema de saúde do município de São João da Barra, ficou claro que a decisão de desenvolver esta pesquisa foi a forma mais verdadeira e próxima da realidade e do cotidiano dessas pessoas que esperam do gestor local um olhar voltado para as suas necessidades e, mais, que os seus direitos sejam respeitados.

A Constituição Federal de 1988 resgatou o Estado de Direito em nosso país, buscando garantir a plena cidadania. Dessa maneira, a saúde foi consagrada como um direito social e de cidadania, extensivo a toda população brasileira, mediante um intenso processo de participação social, expressado pelas lutas sociais travadas na década de 70 e nos anos 80, por diversos setores da sociedade civil organizada.

Deste modo, esta consagração culminou na construção do Sistema Único de Saúde - SUS e neste sentido, com uma perspectiva democrática, fundamentaram-se os princípios de descentralização político-administrativa e de participação popular na formulação de políticas e no controle social, tornando-se hegemônica a compreensão da assistência social como política pública de seguridade social e, assim, constituindo-se em possibilidades de mudanças das práticas assistencialistas e clientelistas.

No entanto, ao mesmo tempo em que a saúde é definida como um direito de cidadania e dever do Estado, a constitucionalidade desses direitos, infelizmente, não tem sido suficiente para assegurar o seu pleno exercício. Assim, a existência de uma forte interação entre as instituições da sociedade civil organizada e conselhos

municipais, seria o caminho essencial de transformar-se em realidade, o que já é uma conquista social há duas décadas.

No Brasil, na trilha dos caminhos, dos discursos, das práticas e da participação da sociedade no setor saúde, através das Conferências, dos Conselhos Municipais e de Grupos Gestores Locais, tem-se como intenção o fortalecimento da prática da saúde pública em busca da promoção da saúde e, conseqüentemente, da qualidade dos serviços ofertados e da sua resolutividade, principalmente à atenção básica.

O Sistema Único de Saúde - SUS, com seus princípios como: Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação Social, constitui a viga-mestre na garantia dos direitos de saúde do cidadão.

O sistema de saúde recebe muitas críticas pela sua ineficiência diante do olhar de cada um que, direta ou indiretamente, necessita dos serviços de saúde. Porém, nem só de críticas vive o sistema! Este sistema vem atuando desde a cobertura vacinal, reduzindo a mortalidade infantil provocada por doenças preveníveis da infância como o sarampo, além de se apresentar como o primeiro país a ofertar, na rede pública de saúde, a vacina contra o rotavírus.¹, Ao lado disso tem sido responsável pela realização de procedimentos de alta complexidade, como por exemplo, o transplante de órgãos. No entanto, este próprio sistema tem sido capaz de deixar morrer nas filas dos hospitais, crianças e idosos!

O arcabouço jurídico-legal do Sistema Único de Saúde é um dos melhores do mundo e, segundo a Organização Mundial de Saúde (2008) em seu Relatório Anual, intitulado "Atenção Primária à Saúde – agora mais do que nunca" destacou os Observatórios de Recursos Humanos em Saúde como uma iniciativa que evidencia bons resultados no aperfeiçoamento da saúde pública do Brasil. O Programa Saúde da Família-PSF e os Observatórios de Recursos Humanos em Saúde brasileiros são mencionados no relatório como ações de sucesso em cuidados primários e como modelos a serem seguidos por outros países. Porém, apesar de termos avançado no sistema de gestão, ainda estamos num impasse: Se o sistema de gestão é avançado e

¹ Rotavírus causadores de gastroenterite infecciosa. A vacina está incluída no calendário básica de imunização e, possivelmente, poderá evitar 859 mortes/ano em crianças de até 5 anos de idade e reduzir em até 40% as internações hospitalares. (BRASIL, 2006, p. 28 - Painel de Indicadores do SUS).

bom, como pode o sistema de gestão das unidades de saúde ser ruim? É preciso buscar o compromisso, a capacitação de cada ator envolvido no sistema, fazendo com que a gestão de saúde em suas diversas esferas, possa ser executada com eficiência e responsabilidade, tornando-se um sistema justo e de qualidade.

A promoção da saúde tem um conceito revelador da qualidade de vida de uma população, pois somente, através dos determinantes sociais, como: escolaridade habitação, renda, emprego, saneamento, terra e outros, é que se podem promover cidades saudáveis com populações saudáveis e, conseqüentemente, promover saúde.

A política de promoção da saúde do Ministério da Saúde vem a cada dia ganhando espaço e importância. É necessário que o olhar esteja direcionado para a integralidade das ações, reconhecendo o indivíduo como integrante do processo. Somente com ações inovadoras e intersetoriais, é que se poderá alcançar a redução da violência, da fome, urbanização desordenada, desemprego, entre tantos outros indicativos, representando a possibilidade de mudança da nossa sociedade. Assim, entendemos que saúde é muito mais que a ausência de doenças, e sim um conceito amplo que expressa à qualidade de vida de uma população.

Contudo, é fundamental pensar em estratégias adequadas às realidades locais. Se pensarmos o quanto é grande este país, pensamos também, o quanto ele é diversificado. Assim, o que é bom e funcional para o nordeste brasileiro, nem sempre será bom e funcional para o sudeste do país. Desta maneira, reafirmamos que a política de saúde está constitucionalmente firmada e que são necessários sistemas de gestão adequados à realidade local.

No caminhar da história da saúde pública, as questões problematizadas acima instigam-me a pesquisar o SUS, tendo como cenário o município de São João da Barra, no qual estou vivendo, aprendendo e transmitindo experiências vividas.

Desde 1980, atuo no campo da saúde pública, adquirindo experiências, e desenvolvendo atividades profissionais. No exercício da minha profissão de sanitaria, formada pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, tive a honra de poder participar e contribuir com a construção do Sistema Único de Saúde – SUS. Ao longo da minha vida profissional trabalhei na Fundação Municipal de Saúde de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, participando da construção da rede de saúde deste

município. Ao longo dos anos, desenvolvi projetos, programas e pesquisas empíricas sobre as condições de saúde da população niteroiense, bem como, acumulei experiência em gestão de saúde, através de cargos de direção, gerência e coordenações assumidas neste período.

Inúmeros foram os desafios e obstáculos, mas nenhum que me fizesse parar! O compromisso e a dedicação com a saúde pública esteve sempre presente em minha vida, ao longo desses 30 anos de militância, em busca de um sistema de saúde justo e igual para todos.

No decorrer dos anos, percebendo que faltava alguma coisa para minha satisfação profissional e para aqueles que dependiam do sistema de saúde, busquei compreender a relação entre a saúde ofertada e a saúde desejada e, algumas vezes, percebia a distância entre o que acreditava e o que a população enxergava como verdade. Tudo isto, revelando sofrimento e apatia de uma população, que ali estava esperando um 'favor'.

Estas percepções me inquietaram! Fui ao encontro de caminhos que pudessem me fazer compreender melhor as dimensões e significados das condições de saúde da população, os quais não são compreendidos pelas explicações quantitativistas.

Assim, tomei a decisão de pesquisar a saúde do município de São João da Barra, onde resido atualmente. A experiência adquirida veio contribuir para as percepções, avaliações, comentários e sugestões, com o propósito de subsidiar o gestor local nas definições das políticas públicas. Dessa maneira, foi desenvolvido o mote da pesquisa, intitulada: "Práticas Sanitárias e Municipalização - Um olhar dos atores locais em São João da Barra".

A pesquisa tem como intenção analisar criticamente as práticas de saúde vivenciadas no município de São João da Barra e seus reflexos na vida dos atores locais, bem como revelará a percepção dos atores locais sobre as condições de promoção e defesa do direito à saúde e cidadania. Como também, descreverá a expectativa da população frente aos serviços prestados pela Secretaria Municipal de Saúde de São João da Barra, considerando a capacidade instalada da rede de saúde.

Neste sentido, o diagnóstico desenhado deverá identificar necessidades e prioridades, a partir da perspectiva da comunidade local, contribuindo para a compreensão das práticas sanitárias instaladas, visando proporcionar adequação e manejo dos recursos existentes.

Para tal, algumas questões surgem como elementos de identificação e compreensão das práticas de saúde existentes e norteadores ao desenvolvimento da pesquisa, como: Os princípios do SUS estão sendo respeitados e garantidos aos cidadãos como direito? A descentralização da gestão de saúde proporcionou uma maior resolutividade dos serviços? Como a sociedade civil compreende as práticas sanitárias instituídas e atuantes no município? Qual é a percepção dos atores locais sobre a relação saúde e doença? Como é compreendida a relação entre saúde e cidadania? Como a comunidade encaminha as situações vivenciadas e como ela a decodifica?

Neste contexto fica evidente a abordagem da relação saúde e cidadania, o que leva a discussão de algumas idéias, normas e diretrizes da saúde pública. Neste viés, é importante destacar as categorias práticas sanitárias e municipalização, sendo considerados elementos de apoio ao balizamento da pesquisa, a cidadania, os conflitos, a descentralização de gestão, a promoção da saúde, consciência sanitária e as políticas de saúde.

Deste modo, arrazoaremos sucintamente, alguns desses elementos que irão apoiar técnico-metodologicamente a pesquisa.

O conceito de cidadania, enquanto direito a ter direitos, foi abordado sob variadas perspectivas, em especial no conflito frontal entre capitalismo e igualdade, estabelecendo uma tipologia dos direitos de cidadania que seriam os direitos civis, tornando-se clássica a concepção de Thomas H. Marshall (1967) e, numa outra perspectiva, a cidadania diz respeito à relação entre o Estado e o cidadão, no que se refere aos direitos e deveres, tendo como instâncias mediadoras dessa relação, a sociedade civil, estabelecendo uma linha de compreensão da participação social como uma ferramenta capaz de proporcionar uma sociedade participativa e democrática.

Assim também, nesta pesquisa, o Estado é visto em estreitos laços com a sociedade numa perspectiva Weberiana, trazendo para o cenário de estudo, além dos

valores econômicos, os fatos sociais. Dessa maneira, nosso olhar busca ver a vida social, através da interconexão das esferas política, legal (jurídica), econômica e religiosa. Como também, a mobilização de forças da sociedade civil e do Estado, desencadeando um processo de lutas, conflitos, negociações e acordos políticos na materialização de um sistema de saúde com direito universal, equânime e participativo, dando uma singularidade às políticas de saúde em relação às outras políticas, que são as instâncias participativas, tendo como princípio, o controle social.

Entretanto, segundo Luz (2000) o poder unitário tende a ser um poder autoritário, estando acima da sociedade civil, portanto, não sendo um poder democrático. A sociedade política não representa a sociedade civil: paira acima dela, numa visão gramsciana, não a integrando, senão de maneira instável e coercitiva. Assim, identifica-se um novo ator político em relação à descentralização de gestão das políticas públicas, o poder municipal que tende a ser uma esfera de governo que pressiona o Estado central de baixo para cima. .

No contexto referido, alguns conceitos como, sujeito e determinismo, são de suma importância para compreensão das relações e mudanças no modo e condições de vida. Estes são discutidos por Minayo (2002), que busca através do entendimento da subjetividade e do sujeito, retratar a realidade social e por consequência, a realidade da saúde, parte significativamente responsável por indagações e avanços no mundo da ciência e no mundo da vida.

Neste sentido, o exercício da fala é a democracia, com ares deliberativos e participativo, na qual, os cidadãos tem a função de deliberarem em arena pública, buscando o bem comum, criando novos e adequados conteúdos a cada necessidade e a cada época,

Na conjuntura da pesquisa foi realizada uma ampla revisão bibliográfica, tomando como referência teórica, alguns autores, como: Sonia Fleury, Madel Therezinha Luz, Marta Arretche, José Murilo de Carvalho, Maria Cecília Minayo e Habermas, entre outros, que tratam da temática em questão.

A pesquisa tem um caráter quali-quantitativo, tendo como base de coleta de dados, as fontes secundárias, através dos sistemas nacionais de informações, as fontes primárias, via sistemas locais de informações e nos diversos segmentos que

compõem a rede de saúde do município, além das entrevistas realizadas com os diversos atores locais. As entrevistas tiveram um caráter semi-estruturado, tendo como público alvo, os usuários da rede pública de saúde, as lideranças comunitárias, os profissionais de saúde e o gestor municipal de saúde.

Foi organizada em três etapas, a saber: a fase exploratória, o delineamento da pesquisa e a 3ª etapa, correspondente a pesquisa qualitativa propriamente dita. Na fase exploratória buscou-se o esclarecimento de alguns conceitos e idéias que serviram à formulação dos problemas e das questões a serem investigadas, levando-se em consideração as condições sociais, como valores, relação do usuário com o poder público e leituras que as comunidades fazem do papel do Estado e da sociedade civil em relação à promoção da saúde e cidadania.

A etapa seguinte teve como referência o delineamento da pesquisa, quando foi traçado o planejamento da pesquisa, tanto na sua diagramação, quanto na previsão de análise e interpretação dos dados levantados. Alguns aspectos foram considerados, como: demarcação do grau de carência; elaboração da entrevista com base nos aspectos identificados, na fase exploratória e efetiva decodificação das questões levantadas nas entrevistas. E, na 3ª etapa, a operacionalização da pesquisa.

No processo de diagnóstico, de caráter quantitativo, foi utilizada a “epidemiologia descritiva”, buscando organizar os dados de maneira focada às frequências dos eventos de modo a compará-los, como por exemplo, o evento e sua relação com a faixa etária. Nesta linha de investigação, teve-se a intenção de informar como os eventos variam na população, permitindo mostrar quantitativamente a distribuição desigual da saúde e da doença.

A pesquisa qualitativa teve como finalidade influenciar numa situação desfavorável e buscar as mudanças das condições de insatisfação ou satisfação do entrevistado. Segundo Minayo (1993), a fala é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolo (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo possui a magia de transmitir, através de um porta-voz, representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Afirma ainda que, “O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa à fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos ou políticos”. (MINAYO, 1993, p.245).

Em relação à estrutura de organização da pesquisa, a dissertação está dividida em quatro capítulos, a saber: “História da Saúde Pública”; “O Sistema Único de Saúde – SUS”; “A municipalização e gestão em saúde” e “As práticas sanitárias e a municipalização em São João da Barra”, além das considerações finais.

O primeiro capítulo, “**História da Saúde Pública**”, está subdividido em duas partes: ‘As práticas sanitárias ao longo dos tempos’, relatam a trajetória da saúde pública com ênfase às mudanças sociais, como eixo estruturante das condições de saúde e vida da população; e a segunda parte intitulada, ‘Os caminhos da saúde pública no Brasil – séculos XIX e XX’, descreve nos séculos delineados, a trajetória histórico-teórica das práticas sanitárias e sua evolução, seus avanços e desafios do sistema de saúde brasileiro.

O segundo capítulo, “**O Sistema Único de Saúde – SUS**” está subdividido em duas partes, a saber: ‘O movimento sanitário: em busca de um sistema de saúde universal com justiça social’, que tem como intenção abordar o processo de construção do SUS, através dos movimentos sociais, o movimento da reforma sanitária, pós-64, período entre a ditadura e a democracia. A segunda parte, ‘A concretização do direito à saúde’, no qual são enfatizadas a institucionalização e a participação social como estratégias de consolidação do SUS, as instâncias deliberativas como espaços de debates, conflitos e consensos, os instrumentos de participação e a inovação dos procedimentos, hoje, sendo representados pelo Pacto pela Saúde.

O terceiro capítulo, “**A Municipalização e Gestão em Saúde**”, traz o entendimento do município enquanto reconhecimento dos espaços das relações solidárias e a descentralização/municipalização como ferramentas da operacionalização do sistema local de saúde.

E, por último, o quarto capítulo, “**As práticas sanitárias e a municipalização em São João da Barra**”, sendo o capítulo representativo da pesquisa. Foi subdividido em cinco blocos: no primeiro bloco são destacadas as características do município e seus determinantes sociais, revelando as condições sociais, ambientais e econômicas que contribuíram às análises; o segundo bloco, descreve a construção do sistema local de saúde e sua municipalização, através da atuação do conselho municipal de saúde e das Conferências realizadas no município; o bloco seguinte, revela a situação local de saúde, através de sua estrutura, de sua funcionalidade e dos indicadores de saúde; no

quarto bloco aborda-se o financiamento local de saúde e a aplicabilidade financeira dos diversos recursos em suas diversas esferas, e no último bloco, é relatado como os atores locais compreendem a relação 'saúde-doença' e o 'direito à saúde'.

A partir das análises feitas chegaremos às considerações finais. Assim, pretendemos, construir um acervo de idéias e fatos sobre as questões do sistema de saúde local em sua estrutura e funcionalidade, como também, de grande relevância estariam às concepções e percepções dos atores locais revelando suas vivências e crenças, buscando retratar a compreensão da relação saúde-doença, do cotidiano da assistência e a consciência sanitárias desses atores.

Reportando-nos à epígrafe da introdução, percebemos na fala a discriminação que páira sobre a vida dessas pessoas e, desta maneira, vindo reforçar o desenvolvimento desta pesquisa, como uma ferramenta capaz de subsidiar o poder público municipal no delineamento das políticas públicas voltadas às necessidades reais da população.

Eu não queria ruas ladrilhadas com pedrinhas de
brilhantes...
Queria ruas, praças e casas com pessoas felizes.
Que não faltasse trabalho para todas as mãos.
Que os filhos da terra não se fossem com seus
sonhos.
Que não houvesse descaso, medo e abandono.
Eu queria portas e janelas abertas.

Fernando Araújo

Capítulo 1 – A História da Saúde Pública

1.1. As práticas sanitárias ao longo dos tempos.

Mas à minha frente reluz aquele mundo desconhecido, cujas margens se apagam. Sempre que eu dou um passo adiante.

Muitos desafios já encontraram solução na teoria, mas esse conhecimento ainda aguarda aplicação, em particular em regiões subdesenvolvida. [...] exigem ação social e política guiada pelo saber. O horizonte dos sanitaristas não se pode mais limitar à comunidade local ou mesmo à nacional, mas deve estender-se, [...]; assim, cada um em sua comunidade, devemos lutar por um mundo livre de doença, escassez e medo, devemos lutar para engrandecer e passar adiante o legado entregue em nossas mãos.

Possa o resultado ser venturoso!

(TENNYSON apud ROSEN, 1994, p. 352).

A história da civilização humana sempre esteve relacionada às alterações que a natureza sofre com ação do homem na vida em comunidade. A poluição da água, a contaminação do solo e os veículos de transmissão das doenças, são exemplos de manifestações que ao interagirem-se dão evidência ao que reconhecemos como ponto de origem da saúde pública, se considerarmos a influência destes elementos na qualidade de vida das comunidades.

Este reconhecimento tem em seu alicerce de construção as mais antigas práticas, nas mais antigas civilizações, como na Índia e no Egito, entre o período 2100 a 1700 a.C., nas quais, podem-se encontrar ruínas com a presença de esgotos sanitários e de ruas calçadas com galerias de escoamento. Os povos da antiguidade estavam expostos às diversas manifestações de agravos que acarretavam grandes transtornos que eram considerados como punições dos deuses em relação às atitudes do homem e fortalecidos pela idéia de que esses transtornos tinham origem sobrenatural. Assim, as explicações científicas da transmissibilidade dos agentes etiológicos eram acanhadas, não sendo possível assim identificar os sítios epidêmicos²

² O termo 'sítio epidêmico' faz referência à palavra 'epidemia' que significa surto de doença contagiosa que atinge numerosas pessoas ao mesmo tempo. Por exemplo, no começo da Idade Média surge a epidemia da Peste de Justiniano em 543.

e endêmicos³ das doenças.

Na Grécia Clássica, mantinham-se as crenças religiosas, compreendendo que eram da vontade ideal e original de Deus, o desejo que todos os homens pudessem gozar de uma boa saúde. Assim, a doença era considerada o reflexo do mal da alma, causado pelas paixões do corpo que tinha que ser curado no plano moral, santificado e expurgado dos pecados, recuperando, então, a saúde e o bem estar. Neste contexto, a ideologia religiosa, considerava que as doenças eram representações da manipulação dos corpos em defesa de uma moralidade cristã.

João 1:9 – Se confessarmos os nossos pecados, ele é fiel e justo para nos perdoar os pecados e nos purificar de toda a injustiça;
Marcos 1:34 - E ele curou muito doentes de toda sorte de enfermidades, também, expeliu muitos demônios, não lhe permitindo que falassem, porque sabiam quem ele era. (VIRIATO, 2007, s/p).

Somente em 399 a.C., percebeu-se a transmissibilidade das doenças, como a pneumonia e a malária tornando a Grécia Clássica, o berço da medicina ocidental. Contudo, a medicina grega não se resumia apenas na medicina curativa, preocupava-se com os aspectos da higiene como elemento importante na saúde do corpo e, assim, revelava a condição de harmonia no corpo biológico. Para os médicos gregos o importante era a nutrição, excreção, atividade física e, também, o descanso para se ter bem estar físico e mental.

De tal modo, que as idéias sanitárias helênicas foram aceitas por Roma, a qual vivia epidemias e endemias em várias épocas de sua história. No início da república romana, a medicina esteve nas mãos dos sacerdotes e era somente para os abastados, restando aos pobres à medicina popular e a proteção dos deuses.

Segundo George Rosen (1994), os romanos deixaram a sua marca na história, através da construção dos sistemas de esgoto, de banhos e de instalações sanitárias, mas, como clínicos, foram meros imitadores dos gregos. Os romanos desenvolveram

³ O termo 'sítio endêmico' faz referência à palavra 'endemia' que significa manifestação de uma doença que existe de forma constante em um determinado lugar e acometendo às pessoas daquele lugar ou região.

técnicas na construção de aquedutos, sendo os primeiros, construídos em 321 a.C., garantindo as casas romanas o abastecimento de água e propiciando as casas de banho que, a princípio, eram mistas, mas, por conta das orgias, o Imperador Adriano separou os sexos. Os primeiros registros do ato de se banhar pertencem aos egípcios que se preocupavam, também, com as questões sanitárias, a atenção com a saúde pública e com a higiene pessoal.

Na busca da institucionalização da saúde surge o 'serviço público' no século II d.C., sendo os médicos nomeados com a função de atender aos cidadãos pobres. Esse atendimento na Roma Imperial se apresentava sob diversas modalidades de assistência realizadas pelos médicos municipais, por muitos outros que exerciam a prática da medicina privada e outros ainda assalariados ligados à corte Imperial. Nesta mesma época, registra-se a criação do sistema público de saúde com a criação de hospitais públicos, inaugurando-se a prática hospitalocêntrica⁴ da medicina.

[...] o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência como também de separação e exclusão. O pobre [...] como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal [...] não é o doente que ele deve curar, mas o pobre que está morrendo. (FOUCAULT, 1998, p.148).

Com o passar dos tempos, ao final do século V, Roma entra em declínio e juntamente com a queda do mundo greco-romano declinou-se a saúde pública e, conseqüentemente, as instalações de higiene nas cidades provinciais. A queda do Império Romano estava atrelada ao avanço das pestes e com isto a decadência da medicina, levando o homem ao afastamento do mundo científico. E neste cenário, com uma série de episódios históricos⁵, inicia-se a Idade Média com novas formas políticas,

⁴ O termo 'hospitalocêntrico' faz referência à prática médica hospitalar que vinculava o hospital a idéia de um lugar no qual eram colocadas as pessoas doentes, os loucos e os pobres para receberem a caridade de leigos ou religiosos em momentos terminais de suas vidas. Na verdade o hospital era um lugar de desordem no qual produzia a morte e não a vida.

⁵ Nesta série de episódios históricos fortalece-se o **crístianismo**, enquanto religião que praticava a caridade e a fraternidade com os enfermos, porém relacionava a cura dos males à cura divina.

econômicas e sociais, porém, negligenciando as práticas de higiene e dos estudos científicos.

As cidades medievais tinham como característica a aglomeração dos cidadãos em um espaço físico cercado, e essas fortificações representavam uma questão de segurança pública. Neste ambiente, saúde pública ficou precária, uma vez que os cidadãos mantinham as características da vida no campo, mantendo os animais no mesmo espaço físico ocupado pelo povo e desse modo os excrementos eram depositados neste espaço.

A vida urbana medieval se concentrava em torno da praça do mercado, na qual a política, o comércio, a religião e a arte se encontravam e se misturavam com a presença de todas as manifestações da vida pública, como reuniões sociais, conspirações e cerimônias solenes. Neste mesmo palco, oferecia-se à venda uma grande variedade de artigos, como por exemplo, alimentos e roupas. Segundo Rosen (1994), havia a crença de que focos de doença poderiam surgir de forma rápida nos lugares de venda dos alimentos e, assim, “passou-se a ter a preocupação em manter o mercado limpo e, sendo o vigor da inspeção dos alimentos nas comunidades medievais um aspecto impressionante da administração de saúde pública”. (ROSEN, 1994, p.56).

A Idade Média foi marcada pela presença de duas epidemias, a Peste de Justiniano em 543 e a Peste Negra em 1348. Além dessas, existiram outras doenças que marcaram tão igual às duas primeiras, a Europa e o litoral mediterrâneo, que foram a peste bubônica e lepra - doenças de grande relevância na época. Nos séculos VI e VII, a lepra começou a se espalhar por toda a Europa, sendo considerado um grande problema sanitário e social, tornando-se uma endemia e alcançado seu pico nos séculos XIII e XIV, em especial nas camadas mais pobres da população.

As características epidêmicas das doenças podem ter sido destacadas pelo deslocamento das populações das Cruzadas⁶ e em virtude da situação grave em que se encontrava a saúde pública houve a necessidade de controle das enfermidades, tendo como prática o isolamento das pessoas portadoras das doenças. Neste contexto

⁶ Expedições militares dos cristãos europeus que se estenderam de 1096 a 1291.

epidêmico, a peste negra⁷, é sem sombra de dúvida um dos maiores problemas das comunidades urbanas daquela época, alcançando em 1348 a Europa e, logo se alastrando por todo o continente, devido a sua forma rápida de propagação.

Por tudo isto, fazia-se necessário tomar medidas emergenciais, visando o combate e o controle da peste negra, aplicando-se a prática da quarentena⁸. As casas que abrigavam as pessoas eram impedidas, ou seja, todas as pessoas que tivessem contato com o enfermo também eram isolados e atendidos pelas autoridades municipais. No caso de óbito, retiravam-se os mortos pelas janelas, removendo-os para fora da cidade, e após se arejavam os cômodos da casa, queimando-se os pertences.

Admitia-se que a peste era uma doença comunicável, e esta teoria vinha da observação direta, porém, surgiam dúvidas em relação à maneira como ocorria à contaminação e de onde vinha o elemento contagioso. As respostas vieram da tradição hipocrática⁹ até chegar aos médicos medievais e, desta maneira, o povo medieval esforçou-se individualmente e coletivamente, para enfrentar os problemas de saúde pública, servindo de alicerce na construção da saúde pública moderna que teve o seu período estendido até a última parte do Século XIX.

No enfoque político-administrativo, a saúde pública medieval era constituída de uma máquina administrativa que tinha como princípio prevenir as enfermidades e realizar supervisão sanitária, visando garantir a saúde comunitária. Essa administração era feita pelos leigos e não pelos médicos. Aos médicos cabia cuidar dos indigentes e prisioneiros, realizar o diagnóstico da lepra e de ser conselheiro técnico em época de pestilência.

⁷ Peste Negra, causada por um bacilo transmitido por picadas de pulgas que tiveram contato com ratos infectados. Quase dois terços da população, morreram, após ter contraído a peste. Apenas três séculos mais tarde a população européia voltaria a alcançar os mesmos índices de antes da peste

⁸ Segundo Hecker, um período de quarenta dias residia na crença, generalizada nos séculos XII e XIV, de ser o quadragésimo dia, o da separação entre as formas agudas e crônicas das doenças. Também se recorria à Bíblia para atribuir ao número quarenta um significado especial, o dilúvio durou quarenta dias. Também na alquimia se considerava o número quarenta, pois se acreditava na necessidade de quarenta dias para certas transmutações. (ROSEN, 1994. p.)

⁹ O Corpo Hipocrático (Corpus Hippocraticum) é a coleção onde se reúnem os escritos atribuídos a Hipócrates e a seus discípulos. Esses escritos começaram a ser reunidos na Biblioteca de Alexandria, no século II a.C. Hipócrates (460-370 a.C) é considerado o pai da Medicina.

Por isto, merece destaque todo o esforço que os povos daquela época realizaram sem grandes conhecimentos e ainda esbarrando em crenças. Esse esforço fundamentou a criação de um sistema público de saúde que serviria de compreensão aos conceitos mais precisos da saúde pública de hoje. Diante de tanta destruição das condições de vida do homem, por conta das doenças e guerras presentes na Idade Média, o mundo teve a necessidade de ressurgir, buscando melhores condições para a vida humana.

Nesta passagem é que surge uma nova era, o Renascimento, bastante significativa na história da saúde pública, por ser nela que os conhecimentos foram dando corpo ao saber científico, como o estudo apurado da estrutura do corpo humano. Na Renascença adquiria-se conhecimento, a ciência ganhava velocidade e neste terreno alicerçou-se a saúde pública com a tendência de se individualizar as doenças, sob o olhar clínico e de demonstração da evolução da epidemiologia enquanto ciência.

Nos séculos XVI e XVII, as moléstias dos suores como o tifo exantemático, o escorbuto e a escarlatina foram considerados manifestações de desajustamento social e cultural, segundo o patologista Virchow e representantes desta época. Contudo, a sífilis é que melhor caracterizou a era da Renascença, sendo considerada uma epidemia de manifestação eminentemente aguda. Medidas de combate se foram criadas e algumas tiveram como alvo as prostitutas - os prostíbulos eram instituições aceitas e a profissão reconhecida. Entretanto, outras doenças, também, se manifestaram neste período, o que não invalidou a permanência das doenças existentes da época, como o raquitismo e a varíola. O cenário proporcionou aos médicos por conta dos seus conhecimentos e suas especulações, as explicações para a origem das epidemias, estabelecendo conceitos e práticas sanitárias que perduraram até os dias de hoje, como o contágio e a evolução epidêmica.

Nos séculos XVII e XVIII, possivelmente como resultado dessas medidas, do enérgico tratamento pela unção mercurial, e de algum grau de imunidade, a sífilis se tornou uma doença de natureza mais crônica. Não obstante, continuou a se difundir e a um problema de saúde maior. E quando a moralidade da classe média passou a dominar, caiu sobre o sífilítico à sombra do estigma social. Em conseqüência a sífilis se escondeu e isso em muito prejudicou os esforços para controlá-la até recentemente. (ROSEN, 1994, p.85).

Neste período entre o século XVI e XVII foram criadas duas práticas de grande importância na formatação da prática da saúde pública enquanto ciência e política pública. Em primeiro lugar, a administração tinha um caráter centralizado como na Idade Média e com o passar do tempo tomou a forma de um governo nacional centralizado que em sua essência possuía doutrinas políticas e econômicas, as políticas mercantilistas, tendo forte influência na administração da saúde pública.

Desse modo, a atividade econômica passou a ter forte influência nas atividades produtivas passando o homem a ser considerado fator de produção e com isto, as enfermidades passaram a representar um sério problema na economia de Estado. Para tal, era fundamental o conhecimento da capacidade produtiva do povo para saber de fato com quantas pessoas se podia contar para o exercício da atividade produtiva e, assim, tornava-se necessária a utilização de métodos numéricos e estatísticos à análise da saúde pública.

No decorrer desta história, entre o século XVI e meados do século XVII, a ciência rumou então para sua evolução, ajustando a medicina ao campo da fisiologia e da anatomia, e este desenvolvimento levou ao entendimento e a prática da saúde da comunidade com enfoque quantitativo dos problemas de saúde. As comunidades lidavam com as epidemias, com o saneamento, com a questão do suprimento de água e com a assistência médica tão igual como na Idade Média, porém, o campo para as mudanças encontrava-se em construção.

Com a chegada do Século XVIII as doenças foram percebidas e compreendidas em suas manifestações, levando aos médicos, sacerdotes e mercadores a preocupação com a melhoria da saúde. Entretanto, a compreensão dessas doenças que tinham um caráter unicausal¹⁰ passou a não corresponder mais as características e nível de complexidade do mundo, sendo preciso buscar maiores esclarecimentos sobre as causas das doenças e, esta preocupação maior, se fez por parte da Alemanha que reconhecia a necessidade de intervenção do Estado na saúde pública. Na segunda metade do século XVIII as mudanças industriais e agrárias

¹⁰ As manifestações das doenças tinham apenas uma causa eminente, sendo tratadas de forma isolada e individual, firmando assim o paradigma biológico - individual.

ocorreram de forma rápida o que acarretou alterações na vida econômica e social, conseqüentemente, modificando o olhar para a saúde pública - nova visão e novos métodos. Neste olhar, um fator importante foi o aumento da população em virtude do aumento da taxa de natalidade e queda da taxa de mortalidade, a partir de medidas intensificadas para estancar as mortes infantis, principalmente a mortalidade de crianças pobres, como por exemplo, com a criação do primeiro Dispensário para a Criança Pobre na Inglaterra, em 1769.

Ainda neste século, sob o olhar da legalidade, regulamentava-se na França a prática da medicina e a formação dos médicos. No curso desta história se fazia presente a luta contra os charlatões e pessoas que praticavam a medicina sem qualificação, e para tal, surgia à necessidade de instituir o ensino da medicina nas universidades.

Segundo Foucault (1998), a medicina, a partir de então, seria ensinada em todas as universidades do reino que tinham, ou tiveram, uma faculdade; que as cátedras, em lugar de permanecerem indefinidamente vacantes, seriam disputadas logo que tivessem livres; que os estudantes só receberiam seu grau depois de três anos de estudos [...] e lhes dariam o título de bacharel, licenciado e doutor: "ninguém poderá exercer a medicina, nem dar qualquer remédio, mesmo gratuitamente, se não obteve o grau de licenciado". (FOUCAULT, 1998, p.48-49).

A importância desta época, também, está retratada no desenvolvimento de uma prática médica de caráter estatal que tinha como pressuposto fundamental a melhoria das condições de saúde da população. Apesar de já existirem, na França e Inglaterra, registros de mortalidade e natalidade, estes tinham um caráter apenas censitário, ao contrário da Alemanha que possuía um sistema sofisticado de informação que tinha por objetivo o controle das doenças e óbitos, da qualidade da água, dos partos realizados por parteiras, dentre outras ações que se vinculavam às políticas de saúde. Esta prática foi denominada de 'polícia médica'¹¹, em virtude do grau elevado de controle sanitário que a população era submetida.

¹¹ O termo polícia médica ou polícia sanitária figura como o primeiro exemplo concreto de uma medicina social, representando as características da medicina de estado. (Foucault, 1998.)

Esta etapa foi classificada por Foucault (1988) como a primeira etapa na formação da medicina social, a medicina do Estado, no qual o processo decorrente desta prática possibilitou a criação de um sistema de prática médica, no qual a hierarquia e a regionalização já se mostravam presentes, como precursora de um sistema de saúde, em que o médico assumia o papel do administrador de saúde. O modelo de medicina social da época tinha a preocupação com os indivíduos que representavam à força de trabalho no cenário da Revolução Industrial, que levava as cidades inglesas a ficarem abarrotadas de pessoas, misturando-se ricos e pobres num mesmo espaço físico e social. Esta condição era potencialmente perigosa, pois, agora era necessário cuidar das doenças dos pobres¹².

Nesta trajetória, com o crescimento populacional e com o industrialismo, apareceram às doenças ocupacionais, relacionadas com as atividades produtivas da população, o que apontava para uma preocupação com a saúde de grupos, notadamente em marinheiros, mineiros e metalúrgicos.

Diante de tantos problemas de saúde no mundo industrial, a Assembléia Constituinte na França cria o Comitê de Salubrité - Comitê que teve a incumbência de atender a todas as questões relativas à arte de curar e seu ensino. Enquanto isto, outros avanços surgem, como a aprovação de leis que estabeleceram um sistema nacional de assistência social com a inclusão da assistência médica, tendo a intenção da criação de um sistema nacional de Saúde Pública, no início do século XIX. E, em 1848, com instalação da Segunda República foi confirmada a saúde enquanto ação de Estado. Nesta passagem destacamos o grande desafio de se esclarecer a questão da saúde e da higiene, sendo esse empenho registrado em tom didático, na era do Iluminismo¹³.

¹² A “Lei dos Pobres” na Inglaterra é um sistema de assistência, desenvolvido no século XVI e mantido, com várias mudanças, até depois da Segunda Guerra Mundial. Essas leis surgiram porque, por volta de 1600, a pobreza e o desemprego se disseminavam tanto que a Igreja não conseguia dar conta da situação. Assim o Estado assumiu o problema, instruindo cada freguesia a arrecadar impostos para assistir aos pobres, conseguir empregos para os fisicamente capazes, punir os indolentes e prestar caridade aos idosos, aos doentes e aos incapazes. (Marcos Moreira apud George Rosen, 1994, p.214)

¹³ No início do século XIX houve várias publicações relativas à educação em saúde e de guias médicos favorecendo a difusão do conhecimento. Porém, o grande desafio estava em difundir o saber entre as classes camponesas e aos artesãos, uma vez que a difusão acontecia entre a classe média.

O quadro instalado no período de 1830 a 1840 fez com que diferentes grupos começassem a agir e dentre esses grupos e associações destacava-se a Associação da Saúde das Cidades - Health of Towns Association, criada em 1844 na Inglaterra e que tinha o papel de fomentar informações necessárias à formação da opinião pública, bem como atuar na esfera do governo, visando garantir as leis que promovessem uma saúde pública que atendesse às necessidades comunitárias.

E, isto se firmava cada vez mais, à medida que as comunidades iam crescendo os seus bairros congestionando-se e os problemas surgindo com mais intensidade. Por exemplo, a epidemia de cólera de 1831 e 1832, originária da Índia, se espalhou por toda a Europa e tinha sua manifestação nos lugares mais pobres, onde se descuidava das medidas sanitárias e as condições de imundície eram presentes em meio de desajustes, tanto sociais como ambientais e sanitários, todos provenientes da Revolução Industrial, que desencadeava uma situação de completa insalubridade para a população com manifestações de mortes prematuras. Todo este cenário de imundícies, doenças, desproteção e pobreza estariam contribuindo para o movimento da reforma sanitária do século XIX.

Contudo, à medida que o tempo passava a preocupação aumentava, pois mesmo existindo Legislações, Atos e Conselhos, as epidemias continuavam a ocupar lugar de destaque no mundo e, com isso, tornavam-se necessárias medidas profiláticas para redução das doenças eminentemente calamitosas. O Parlamento Inglês no intuito de resolver a situação aprovou em 1848 o Conselho Geral de Saúde, representando um marco da história da saúde pública e que teve sua breve duração até 1854. O Conselho promulgou a criação das Casas de Alojamento para os Trabalhadores, dos sistemas de esgotos e de abastecimento de água, além da criação do médico de saúde pública.

Com a percepção de que sem instrumentos administrativos tornava-se extremamente difícil colocar em prática os conhecimentos e as medidas necessárias ao controle das situações adversas à saúde da comunidade, a Inglaterra em 1869 nomeou uma comissão, denominada de Comissão Real para tentar resolver os problemas da administração da saúde pública. A Comissão recomendou a criação de um Departamento que unisse todas as administrações existentes, os atos legislativos e governamentais. A primeira criação do Departamento foi o Conselho do Governo Local

que teve como importante atuação a divisão da Inglaterra em distritos sanitários e que ficariam sob sua responsabilidade tendo como finalidade a administração e supervisão dos problemas de saúde da comunidade. Portanto, a autoridade máxima passou a ser o conselho municipal e cada distrito passou a ter como obrigatoriedade um médico de saúde pública. Já em 1879 podiam-se perceber as mudanças. As comunidades urbanas, em sua maioria, já dispunham de água canalizada e o trabalho administrativo estava estruturalmente organizado e atuante, culminando com a consolidação das ações de saúde pública. Assim, o movimento da reforma sanitária chegava ao final do século XIX em seu ápice de amadurecimento.

Estas idéias e práticas foram sendo adotadas por outros países como a França, Bélgica e Estados Unidos. Nos Estados Unidos, a epidemia de febre amarela que atingiu Nova Iorque em 1798, mostrou que a organização administrativa não era suficiente para enfrentar a situação calamitosa. Dessa maneira, o Estado reconhecia a necessidade de legislação própria. Nesta época, as mudanças nas comunidades européias ocasionavam um grande movimento de migração para a América, o que iria causar transtornos imediatos, principalmente nas cidades costeiras como Nova Iorque e Boston, onde as pessoas chegavam e se alojavam em armazéns da cidade velha e que rapidamente evidenciava-se em situações desfavoráveis às condições de moradia, de água e de esgoto. Todavia, por muitos anos, a doutrina da soberania do estado dificultou muito o desenvolvimento da saúde pública, enquanto ação nacional e, com isto, o conceito da política nacional de saúde só pode ser colocada em prática no século XX.

Desta maneira, os problemas de saúde encontrados nos Estados Unidos e na Europa passaram a ser vividos, também, na França. Essas condições permaneceram por algum tempo e, somente em 1840, o governo francês começou a agir e a França, país da teoria política e social mais avançada, reforçou a necessidade de mudanças na prática médica e de soluções aos problemas de saúde pública no ordenamento dos espaços nas cidades, tendo controle sobre o uso do solo e da água.

Sobretudo, influenciando o campo das ciências sociais e da saúde pública, estando o espírito da reforma social e da revolução, presentes no movimento francês de saúde pública. Assim, o comportamento social em relação à saúde, mostrou-se

modificado e consolidou a saúde enquanto direito, tendo como base os ideais revolucionários do liberalismo.

Desta maneira, por conta da aceleração do comércio internacional e da melhoria do sistema de transportes por toda a Europa, tornou-se necessário um maior investimento na prevenção das doenças transmissíveis. A cooperação internacional era fundamental para a organização das práticas sanitárias. Esta preocupação fez com que em 1851, acontecesse a primeira conferência sanitária internacional na cidade de Paris, com a participação de várias nações, objetivando discutir os problemas de saúde pública e suas relações internacionais em relação ao comércio.

O mundo científico passa a compreender a existência da relação entre a doença e os germes, graças aos estudos de Louis Pasteur¹⁴. Em 1865, comprova-se a utilização dessas pesquisas no controle das doenças como a tuberculose, confirmando o processo de transmissibilidade por inoculação de um animal ao outro. Alguns pesquisadores se destacaram nas pesquisas bacterianas, como Koch nas pesquisas sobre a tuberculose, representando um marco na história das doenças infecciosas, pois a partir desses estudos é que se estabeleceu o solo firme nos estudos das bactérias e das doenças bacterianas.

Em 1862, em uma nota ao Ministério da Instrução Pública, depois de discutir a presença de germes na atmosfera, observou: “Como é rico e útil continuar no campo desses estudos, relacionados de perto com várias enfermidades de animais e plantas, e primeiro passo ao longo da trilhada pesquisa das doenças pútridas e contagiosas”. (ROSEN, 1994, p. 227).

Com o reconhecimento da Bacteriologia de Pasteur, o mundo científico passou a investigar e experimentar em laboratório a vida dos microrganismos. Assim, surgiram as vacinas. O desenvolvimento das vacinas estimulou o interesse no trabalho da

¹⁴ Dessa maneira, comprovava-se a transmissão pelo contato direto, ou seja, que a causa estava vinculada a um processo virulento. Pasteur observou dentre tantas coisas, a alteração da virulência de um organismo vivo e, assim, teve a idéia de prevenir às doenças infecciosas com uma substância preparada com cepas atenuadas dos micróbios, que se denominou de **vacina**.

imunidade adquirida, cercando de êxito e dando início a Imunologia¹⁵, ciência que teve no início do Século XX uma grande contribuição no caráter científico da saúde pública.

A saúde pública teve um avanço significativo no final do século XIX e século XX, na qual as ações de saúde estavam voltadas para a saúde da comunidade. Apesar disso, notoriamente percebem-se que as condições de vida, a oferta dos serviços de saúde, bem como, a garantia do acesso e a redução da morbi-mortalidade¹⁶, ainda são fatores que acentuam as diferenças.

Na metade do século XX nos países capitalistas periféricos, os processos de urbanização impactaram os perfis de morbi-mortalidade das populações. Este impacto recolocou a questão urbana na agenda da saúde, no qual a cidade passou a ser o local de desigualdade e pobreza. A cidade em si, como relação social e como materialidade, tornou-se criadora de pobreza, tanto pelo modelo sócio-econômico de que é suporte como por sua estrutura física, que faz dos habitantes das periferias, pessoas ainda mais pobres. Assim, Santos (1996) descreve e destaca que "a pobreza não é apenas o fato do modelo socioeconômico vigente, como também, do modelo espacial.". (BOUSQUAT, A; COHN, A., 2004 apud SANTOS, 1996, p.10).

Percebe-se que é fundamental para a saúde pública a interrelação das comunidades internacionais, buscando ajudar os membros mais necessitados e colaborando para o controle das doenças comunicáveis em nível mundial. Neste cenário, a criação da Organização de Saúde da Liga das Nações, em 1923, foi um passo categórico no desenvolvimento das práticas sanitárias e, mais tarde, em 1946, assume este papel a Organização Mundial de Saúde - OMS com a ciência e concordância de vinte e seis países, sendo oficializada em 1948.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, segundo Rosen (1994), tem olhado a saúde internacional com uma visão larga, reconhecendo ser a saúde “um dos direitos

¹⁵ A imunologia é a ciência que estuda a imunização – imunidade contra doenças específicas. Pasteur acreditava que se podia chegar à proteção contra certas doenças através do processo de vacinação, o que acelerou o fenômeno da imunidade. Os trabalhos de Pasteur e seus colaboradores contribuíram de forma decisiva no controle das doenças, como a difteria, tétano, febre amarela, tuberculose entre outras.

¹⁶ O termo ‘morbi-mortalidade’ significa: *morbi* do (latim morbu) com o sentido de doença e mortalidade refere-se à relação entre o número de mortos de uma determinada população de um determinado lugar.

fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo, crença política, condição social ou econômica”. (ROSEN, 1994, p.344).

Segundo esta linha, a OMS tornou-se a agência de coordenação mundial no campo da saúde, atuando ao seu lado, várias outras organizações, em especial o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Nutrição - FAO, a Organização Internacional do Trabalho - OIT e Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura - UNESCO.

O século XX foi responsável pelas grandes mudanças na ciência e na tecnologia. De fato, os avanços foram inúmeros e a busca da ação comunitária pela saúde e pelo bem-estar do indivíduo foi marcante neste século. As doenças prevalentes da infância, como sarampo, não matam mais como antes. Alguns indicadores, como por exemplo ‘esperança de vida ao nascer’ tiveram mudanças significativas, o que permite afirmar que hoje se vive mais e, isto nos leva a pensar em políticas para o idoso, tendo como desafio o controle das doenças crônico-degenerativas. O avanço foi de tal natureza que hoje a saúde pública inclui em sua lista de atribuições e responsabilidades, a prevenção de acidentes, da violência doméstica e do controle ambiental.

Ao olharmos para trás, podemos ver com mais nitidez esse caminho em constante enfrentamento com os problemas de saúde da comunidade, considerando sempre o seu modo de vida, o conhecimento técnico e científico. Hoje, o planejamento e a organização se fazem presentes no trabalho em saúde pública, pois se tem as armas do conhecimento e dos recursos que podem propiciar o agir em local certo e no tempo certo, na busca da melhoria da qualidade de vida da população.

Neste contexto, enunciaremos que um estudo de saúde pública é, antes de tudo, um estudo das condições sociais, econômicas e ambientais em que vive a comunidade. Esse estudo deverá levar em consideração a sociedade e sua economia, buscando adequar as práticas sanitárias à realidade local e, assim, compreendendo a cidade em sua desordem urbana, como elemento de apoio ao delineamento das causas das doenças e, sobretudo, reforçar as categorias ‘naturais e sociais’ como base de compreensão dos movimentos históricos da construção da saúde pública ao longo dos tempos.

1.2. A Saúde Pública no Brasil – Séculos XIX e XX.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso, posse da terra e acesso a serviços de saúde.

É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida [...], a saúde não é um conceito abstrato.

Define-se num contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (Anais da 8ª Conferência, 1986. Brasil).

No tempo do Brasil colônia, as doenças transmissíveis, conhecidas na época como pestilenciais, eram controladas através do afastamento dos doentes, os quais eram abrigados nas Santas Casas de Misericórdia, instituições de caridade de caráter privado, voltadas para o atendimento dos pobres e tendo um caráter mais assistencialista do que curativo. A filantropia caritativa chegou ao Brasil junto com a colonização portuguesa e, além disso, tinha-se somente, a presença de médicos enviados pelo governo de Portugal para atender a Coroa, restando para maioria da população às práticas populares dos curandeiros, barbeiros cirurgiões e as práticas indígenas com a utilização das ervas medicinais.

Assim, as características da condição de colonização por Portugal, foram durante algum tempo um grande empecilho ao desenvolvimento das ações de saúde sobre o território brasileiro, uma vez que, a ocupação da terra e a exploração das riquezas mostravam-se efetivamente como sendo o único interesse dos portugueses.

Com a chegada das doenças trazidas pelos portugueses, associadas às doenças tropicais existentes, as condições de saúde da colônia, tornam-se bastante precárias, sendo a população indígena atingida de forma direta, levando-se muitas vezes à dizimação. Os indígenas eram numerosos, o que facilitava o contágio, levando assim a uma condição sanitária bastante crítica. A vida na colônia, no que se refere à saúde, era uma grande provação para a população de índios, brancos e mestiços, pois a assistência e o apoio das autoridades coloniais eram praticamente inexistentes. Esta condição caracterizava-se pelo impacto biológico e epidemiológico provocado pela conquista.

Por volta de 1808, com a chegada de D. João VI e sua corte, a situação de saúde teve alguma mudança, embora tímida. Após três séculos de ocupação, o governo português manifestou a sua primeira iniciativa de melhoria da condição de saúde da população, através da criação da 'Junta Vacínica da Corte', visando o combate das doenças. Também, foram criadas as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e de Salvador como espaço ao desenvolvimento técnico e científico.

No início do século XIX, D. João VI esboça a idéia de uma política sanitária da cidade, tendo como cerne a higiene do meio urbano. Os serviços de saúde eram organizados nos moldes de Portugal e tinham à atenção voltada para a profilaxia das moléstias epidêmicas, adotando-se como medidas profiláticas: aterros dos pântanos, demarcação de ruas e lugares apropriados à construção, normalização de rede de água e esgoto, organização dos cemitérios, criação de normas higiênicas para enterro dos mortos, controle do comércio, matadouros, açougues e, também, o estabelecimento de normas na circulação de pessoas nos portos, ou seja, ações que levavam a organização, controle e fiscalização das práticas, objetivando uma melhoria nas condições sanitárias e de saúde da população.

As ações de profilaxia incidiam fundamentalmente na fiscalização das embarcações nos portos, constituindo-se a vigilância sanitária, que objetivava o controle da entrada de moléstias epidêmicas. Dependendo da moléstia e dos números de indivíduos doentes ou do número de óbitos, procedia-se a quarentena da embarcação, impedindo a propagação das doenças.

Dessa maneira, a preocupação com a saúde teve como direção o urbano, assim como aconteceu na França, no final do século XVIII, ou seja, a urbanização desencadeando as aglomerações da população, as alterações no meio ambiente, a aceleração do comércio exterior e, conseqüentemente, as manifestações das doenças. Assim então, o suporte do Estado vem dar lugar a uma medicina social, na qual o controle sanitário da população passa a ter como preocupação, o fenômeno da urbanização.

Portanto, a medicina urbana consistia no controle da circulação das mercadorias e do meio ambiente como o controle da água e do ar, bem como o controle dos dejetos orgânicos, buscando evitar a contaminação das águas e conseqüentemente evitando às doenças.

A medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência. Esta medicina das coisas já delinea, sem empregar ainda a palavra, a noção de meio [...] e a relação entre o organismo e o meio será feita simultaneamente na ordem das ciências naturais e da medicina, por intermédio da medicina urbana. Não se passou da análise do organismo à análise do meio ambiente. A medicina passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo. A organização da medicina foi importante para constituição da medicina científica. (FOUCAULT, 1998, p. 92-93).

Nesta abordagem, reforça-se o movimento que tem como sujeito a saúde da população e sua relação na sociedade e no espaço. Este contexto relaciona-se ao movimento da medicina social de Foucault. Então, resumidamente, a saúde torna-se um problema social no sentido de que são necessárias autoridades constituídas com o objetivo de preservá-la. Com isso, o caráter de polícia médica, oriundo da Alemanha - Século XVIII é incorporado e passa a ter a finalidade de intervir nas condições de vida e saúde da população, vigiando e controlando o aparecimento de epidemias. No Brasil, pode-se afirmar que estas intervenções, começam com a chegada da família real, no entanto, as ações só tiveram suas estruturas voltadas para a promoção da saúde, somente no século XIX.

Os problemas de saúde surgem representando uma grande preocupação do Poder Público, o que pode ser evidenciado no relato de José Murilo de Carvalho, em sua obra “Cidadania no Brasil - O longo caminho”.

A cidade do Rio de Janeiro era conhecida pelas freqüentes epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica. Era cidade ainda colonial, de ruas desordenadas e estreitas, com precário serviço de esgoto e de abastecimento de água. As residências não tinham condições higiênicas [...]. O prefeito Pereira Passos deu início em 1902 a uma reforma urbanística e higiênica na cidade [...]. Na área da saúde, Oswaldo Cruz atacou primeiro a febre amarela pelo combate aos mosquitos que a transmitiam, aproveitando o método recente aplicado em Cuba [...]. Dezenas de funcionários percorriam a cidade desinfetando ruas e casas, interditando prédios, removendo doentes. (CARVALHO, 2004, p. 73).

Todo esse esforço consistia na tentativa de dotar as cidades com condições sanitárias mínimas, indispensáveis às relações exteriores, e também, ao êxito das políticas de imigração. Assim, Santos, São Paulo e Rio de Janeiro foram as cidades contempladas pelas obras de saneamento. O poder público, além de agente executor, tornar-se-ia o agente fiscalizador das práticas médicas e sanitárias, colocando o Estado com a responsabilidade das políticas que regulamentassem a saúde no espaço coletivo.

As idéias resultantes de todo este movimento, ao longo do século XIX, deram origem ao sanitarismo ou pensamento higienista com seu ideário médico/sanitário europeu e sua forte correlação com o positivismo, com idéias conservadoras voltadas à eliminação dos males sociais. O sanitarismo encontrou na Revolução Pausteuriana respaldo teórico através das várias descobertas científicas que revelavam as causas das doenças, suas formas de controle e cura a partir da descoberta das vacinas, colocando abaixo a tradicional teoria miasmática – teoria, na qual acreditava que as doenças eram transmitidas pelo ar atmosférico. No Brasil esta representação encontrou um aparato teórico-prático e, se fez representar, através de alguns pesquisadores renomados como os cientistas Oswaldo Cruz¹⁷ e Emílio Ribas¹⁸.

Assim, pode-se dizer que a ideologia sanitarista chegou ao Brasil nos últimos anos do século XIX e desenvolveu-se nas primeiras décadas do século XX com bastante destaque, considerando o meio urbano – cidade colonial, um cenário que deveria ser mudado. Para tal, seria necessária a sua reestruturação, assim como associar as campanhas sanitárias às reformas urbanas, como tentativa de enfrentamento aos problemas de saúde. Somente desta maneira, o poder público

¹⁷ **Oswaldo Cruz** - Cientista brasileiro, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e aperfeiçoou-se no Instituto Pasteur (Paris). No Rio de Janeiro foi nomeado Diretor da Liga do Soro Terapêutico em 1901 e em 1903, nomeado Diretor do Serviço Sanitário do Rio de Janeiro; Graças à capacidade e a energia deste ilustre cientista, foi possível a extinção da terrível doença chamada febre amarela. Ver site www.e-biografias.net

¹⁸ **Emílio Ribas** - Emílio Marcondes Ribas foi, junto com Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz e Vital Brasil, pioneiro na Medicina preventiva e curativa no Brasil, numa época marcada pelas péssimas condições de saúde e educação da população. Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1887). Ver www.e-biografias.net

através das intervenções urbanas, a partir das reformas das cidades e do controle das doenças, buscaria a superação do atraso colonial.

Nas passagens, que aqui foram relatadas, percebeu-se uma forte influência da medicina social francesa - com ênfase no controle urbano e medicalização da cidade, como também, da medicina social alemã que preconizava a interferência do Estado sobre a saúde, em momentos distintos e comuns.

Em 1904 iniciou-se o combate à varíola através da vacinação, tornando-a obrigatória. Os políticos que se opunham ao governo iniciaram uma campanha contra a obrigatoriedade. Os positivistas também se opuseram ruidosamente, alegando que a vacina não era segura, que podia causar outras doenças e, sobretudo, que o Estado não tinha autoridade para forçar as pessoas a se vacinarem e nem mandar seus médicos invadirem os lares para aplicar a vacina nas pessoas sãs ou remover os doentes. Assim, a oposição se mantinha até que a revolta se generalizou chegando ao conflito armado. A Revolta da Vacina¹⁹ se firmou a partir das insatisfações da população com o governo. Segundo Carvalho (2004), em todas essas revoltas populares que ocorreram a partir do início do Segundo Reinado, verifica-se que, “apesar de não participar da política oficial, de não votar, ou de não ter consciência clara do sentido do voto, a população tinha alguma noção sobre direitos dos cidadãos e deveres do Estado”. (CARVALHO, 2004, p.75).

Nesta passagem, um ponto importante na conjunção da saúde pública no Brasil, foi o fenômeno da expansão da cultura cafeeira na década de 20, que fez com que a saúde pública se tornasse uma questão social²⁰. A aceleração da economia a partir do desenvolvimento da cultura do café levou ao crescimento dos grandes centros urbanos, em virtude do aumento do comércio exterior. A cidade de São Paulo foi a que

¹⁹ A **Revolta da Vacina** se constitui a partir das insatisfações populares geradas pelo caráter de obrigatoriedade da Vacina. Houve um grande movimento contra a obrigatoriedade por parte dos políticos, dos positivistas até as camadas populares. Na verdade, a **Revolta da Vacina** foi um protesto popular com ‘**aspectos moralistas**’. (CARVALHO, 2004, p.75)

²⁰ **Questão Social**, a maior parte das vezes, aparece em nossa vasta literatura referida às mazelas sociais, como sinônimos, portanto de “problemas sociais”. Estes, por sua vez, tendem a ser decodificados como expressando um fenômeno social [...]. E são assim identificados como tal seja por critérios predominantemente éticos, como fome, pobreza, trabalho infantil, etc., seja por critérios predominantemente morais – violência, tráfico, droga, devastação do meio ambiente e prostituição infantil.(COHN A, 2000, p.385, 388, 392)

mais se destacou, com uma grande aglomeração populacional, e também, pela presença de pequenas unidades industriais, bem como, pelo surgimento de novos segmentos sociais, constituindo-se dessa maneira um novo cenário social.

A política de incentivo à imigração levou o setor industrial a contar com a mão-de-obra européia, a qual tinha em suas raízes a questão das lutas operárias, colocando o contexto da questão social vinculado à questão do trabalho. Portanto, a lógica constituída, teve como base o vínculo do indivíduo ao mercado de trabalho, o que desta maneira demonstrou que as políticas sociais apresentavam um caráter programático e recortado, o que reforça até os dias de hoje, os direitos sociais como tradução de programas sociais compensatórios dirigidos a públicos específicos.

Com direitos civis e políticos tão precários, seria difícil falar de direitos sociais. A Assistência social estava quase exclusivamente nas mãos de associações particulares. Ainda sobreviviam muitas irmandades religiosas oriundas da época colonial que ofereciam a seus membros apoio para tratamento de saúde, auxílio funerário, empréstimos, e mesmo pensões para viúvas e filhos. Havia também as sociedades de auxílio mútuo, que eram versão leiga das irmandades e antecessoras dos modernos sindicatos. Sua principal função era dar assistência social aos membros. (CARVALHO, 2004.p. 61).

Com o processo de industrialização, nos meados dos anos 30, ocorreram alterações sócio-econômicas e políticas importantes no país, bem como a manutenção de um Estado centralizador. Com a expansão capitalista e a falta de uma estrutura que atendesse às necessidades básicas desencadeou a crise sanitária no Brasil, na qual a ideologia da saúde pública ficava voltada às ações de combate, com ênfase nas campanhas sanitárias, como a febre amarela, tuberculose, entre outras, em detrimento das ações de controle e promoção.

Assim sendo, em decorrência da urbanização e, conseqüentemente, com o aparecimento de doenças, principalmente as chamadas doenças de massa como a tuberculose, difundiram-se em todo o país, os serviços de saúde. A partir de 1941, com o Departamento Nacional de Saúde Pública, que tinha como função, a higiene industrial, a saúde dos portos e o combate às endemias rurais, passou-se a congregar vários serviços de combate às endemias, assumindo o controle técnico da saúde

pública e, conseqüentemente, institucionalizando as campanhas sanitárias. Anos depois, foi criado o Ministério da Saúde em 25 de julho de 1953, reunindo todos os serviços e atuando diretamente nas capitais como, também, nas principais cidades do interior do país.

Neste momento da discussão, destacamos um ponto bastante crítico, resultante do processo de urbanização e industrialização, que foi a ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação, tornando-se necessárias novas medidas no âmbito das políticas públicas. Esta crescente organização e mobilização social de uma grande parcela dos trabalhadores levaram à promoção das políticas sociais realizada pelo Estado, que apesar de ter avançado neste aspecto e na legislação trabalhista, mantém a classe trabalhadora num jogo limitante de sua autonomia política.

Após o movimento político de 1930, com o término da Primeira República, segundo Carvalho (2004), houve um grande avanço no que se refere aos direitos sociais, com a criação do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM), dando início a transformação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) da década de 20, em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estes Institutos se baseavam não mais em empresas, como as Caixas, e sim em categorias profissionais, além de ter a participação do governo em sua administração. Podemos citar outro avanço, que foi a criação da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT em 1943, que deixou marcado como um grande avanço dos direitos sociais. Entretanto, ao lado desses avanços existiam aspectos negativos como a exclusão de categorias importantes como os trabalhadores rurais, caracterizando a política social numa concepção de privilégio e não de direito.

Segundo Carvalho (2004) a política social se traduz como “cidadania regulada”, ou seja, uma cidadania limitada por restrições políticas, assim bem caracterizadas por Wanderley G. dos Santos, “na qual os benefícios atingiam aqueles a quem o governo decidia favorecer, de modo particular aqueles que se enquadravam na estrutura sindical corporativa montada pelo Estado”. (CARVALHO, 2004, p.115).

Reforçando esta análise, Cohn (2000) afirma que a relação da questão social estaria vinculando o indivíduo ao mercado de trabalho, e, portanto não surgindo como o traço fundamental da cidadania que é a sua universalidade.

Assim, não é por outro motivo que os direitos sociais no Brasil, até hoje, se traduzem em políticas e programas sociais que se dirigem a dois públicos distintos: os cidadãos e os pobres. Cidadãos são aqueles que, por exemplo, estão cobertos por um sistema de proteção social ao qual têm direito porque contribuem para com ele. Os pobres são aqueles que, por não apresentarem capacidade contributiva, uma vez que nem sequer apresentam capacidade de formas autônomas de garantia de patamares mínimos de sobrevivência, são alvo de políticas e programas sociais de caráter filantrópico e/ou focalizado em determinados grupos reconhecidos como mais carentes e “socialmente mais vulneráveis”. (COHN, 2000, p.389).

Somente no final da década de 50 e meados dos anos 60 com a efetivação e consolidação das políticas sociais, que se pode evidenciar uma política de saúde em âmbito nacional, sendo desenhada em dois eixos, a saber: saúde pública e medicina previdenciária. Na década de 60, a saúde pública estava mergulhada num Estado que vivia uma total escassez de recursos financeiros, bem como numa total ausência de diretrizes e prioridades e as demandas da massa trabalhadora em relação à melhoria dos serviços não era respondida pelo Sistema Previdenciário. Desse modo, o quadro instalado era desanimador e com poucas perspectivas para a assistência à saúde e assistência previdenciária.

Os hospitais eram os locais das diversas especialidades médicas como detentores da infraestrutura e dos equipamentos necessários para a prestação de serviços de saúde, assumindo a posição central desta prestação, o que indicava o caráter hospitalocêntrico da assistência. A transformação científica presente no ato médico provocava uma grande mudança no saber e na prática médica, tendo como fundamento uma maior utilização de medicamentos, difusão da diagnose terapia e uma maior utilização de equipamentos médicos. Isto colocou em dúvida o ganho social, uma vez que o custo da atenção se tornou elevado, ou seja, com aumento dos gastos em equipamentos e tecnologia a saúde tornou-se dispendiosa, no momento em que o país se encontrava totalmente despreparado em sua estrutura de assistência.

O Estado precisava atender às exigências da acumulação de capital, ou seja, era preciso criar as bases financeiras adequadas à nova conjuntura administrativo-financeira. Sobremaneira, após 1966, decidiu-se à reestruturação do setor com base na reforma da medicina previdenciária, ficando a saúde pública para o segundo plano.

Neste aspecto ficou constatada a manutenção dos graves problemas de saúde na população, na qual se observava uma baixa qualidade de vida associada à pobreza, em virtude do modelo econômico instaurado e, também, pela falta de investimento na saúde pública. Neste modelo, delineava-se a mudança do cenário que ao lado das doenças infectocontagiosas, características de sociedades subdesenvolvidas, associavam-se às doenças crônicas degenerativas, características das sociedades industrializadas. Assim, a paisagem se transformou: o rural para o urbano com o deslocando das endemias, o agravamento das doenças como tuberculose e hanseníase e com o retorno de algumas doenças como a malária.

Estas transformações proporcionaram um aumento tanto dos agravos quanto da atenção médica. A atenção médica cresceu expressivamente, o que não quer dizer que tenha tido um aumento da qualidade da assistência. De fato o que se tem certeza é o crescimento significativo dos gastos, caracterizando um risco à estabilidade financeira do sistema previdenciário.

O Estado teve como empenho fundamental, a reconstrução econômica do país e a política de saúde, as quais sofreram grandes transformações, através da centralização das decisões, e com isso, definindo-se um novo perfil de intervenção de caráter estatal, expandindo a clientela do sistema previdenciário, como medidas compensatórias. O desenvolvimento da ação estatal esteve voltado para a ampliação dos serviços de saúde, conseqüentemente, disponibilizando mais recursos financeiros para o setor, o que levaria a crise financeira.

Em 1975, é promulgada a Lei nº. 6229 que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde e que propõe a integração da medicina previdenciária e da Saúde Pública, através da rearticulação entre as diversas esferas de governo. A organização se dava de maneira centralizada no nível federal e dicotomizada entre as ações do Ministério da Saúde que se responsabilizava pelas ações de caráter coletivo e do Ministério da Previdência e Assistência Social que tinha responsabilidade nas ações individuais, dificultando assim um único comando nas esferas de governo. O Sistema tinha como missão, buscar a integração das práticas de saúde pública e medicina previdenciária, rearticulação entre o setor público e privado e regionalização/hierarquização da assistência médico-sanitária.

Organizados por movimentos sociais²¹, surge o movimento denominado '*Reforma Sanitária*', na tentativa de reestruturação do setor com medidas que apontavam para a unificação da assistência médica e das ações preventivas, em um único comando, o que mais tarde, se consolidaria no Sistema Único de Saúde. A reforma teve como fundamento transformador a mudança do modelo existente na época – 'médico-assistencial-privatista' para o modelo atual em vigor, o 'universal-público', representado na sua forma político-normativa, como "Sistema Único de Saúde" – SUS, que se apresenta com um caráter participativo, descentralizado e equânime.

Acima de tudo isto, o movimento sanitário emerge num período de ditadura militar, o que nos levou a pensar como foi possível nascer este movimento num Estado autoritário? Segundo Faleiros (1986), apesar dos mecanismos repressivos contra os opositores, silenciamento das contestações e suspensão do Estado de Direito, o regime apresentou fissuras na coesão social e na legitimidade a que pretendia, e assim:

O Estado se inscreve numa estrutura de dominação, mas, não exerce todo o poder. Sua relação com os movimentos populares é assimétrica, mas, não os contém como o continente guarda o conteúdo, podendo apenas contê-los como a barragem contém ou desvia a água. (FALEIROS, 1986, p. 28).

Sobremaneira, a década de 80 representou o referencial histórico no processo de institucionalização da saúde pública, através da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, firmando o princípio da participação social, gestão e fiscalização das políticas públicas e subsidiando a elaboração da Constituição de 1988 e a consolidação da participação da sociedade civil no processo de redemocratização do país.

²¹ No cenário de crises e contradições, em que o Estado autoritário esbarra com sua capacidade de manutenção do modelo vigente e da distensão para o novo, emerge o movimento sanitário. Segundo Escorel (1998), aglutinador e vetor de reflexão e ação política, o movimento sanitário, [...] inicia-se os anos 1980 propondo como linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado. (BRASIL. MS. 2006: p.41 apud ESCOREL, 1998).

Assim, as reformulações e mudanças se destacaram na esfera das atuações e deliberações dos Conselhos de Saúde com o objetivo de contemplar as necessidades da maioria da população brasileira, e assim, buscando a reformulação, a reestruturação dos serviços, bem como o firmamento de uma gestão democrática, tendo o controle social como a ferramenta capaz de viabilizar estas mudanças. Assim, configura-se o processo participativo.

O processo participativo materializado na criação de canais de defesa de interesses, debates, conflitos, consensos e pactuação contextualizam os conselhos de saúde em seus três níveis de governo. E assim, o movimento pela saúde consegue construir uma teia de forças com os conselhos estaduais, conselhos municipais de saúde, como também com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. (BRASIL. MS, 2006, p. 27).

Apesar dos inegáveis avanços conquistados pela reforma sanitária, como garantia com base jurídica presente na Constituição de 88, as Leis Orgânicas de Saúde, os Conselhos de Saúde e os modelos alternativos de ações de saúde, como o Programa de Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de Saúde, os entraves permanecem e os princípios do SUS, como universalidade, integralidade e participação popular, ainda se fazem por valer. Na verdade os desafios são muitos e a construção de uma saúde pública de fato ainda está por se concretizar.

No entendimento que a descentralização é um processo de redistribuição de poder, redefinições de papéis e afirmação de novas relações entre as esferas de governo, o Ministério da Saúde cria em 1993, a Norma Operacional Básica – NOB que servia de instrumento legal da organização do sistema de saúde, objetivando fundamentalmente, a promoção e consolidação do pleno exercício da gestão da atenção à saúde por parte do poder público estadual e municipal. Apesar dos avanços em muitos municípios, persistem os problemas no âmbito das Ações Básicas e dos indicadores de resultados. Neste caminhar, em substituição a NOB, o Ministério da Saúde cria em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS. SUS 01/01, buscando ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica à Saúde e definindo a regionalização da assistência, bem como atualizando os critérios

de habilitação na gestão de saúde, na lógica do planejamento integrado e na compreensão da territorialidade e identificação de prioridades de intervenções.

Mais recentemente, na perspectiva de superar as dificuldades de consolidação do SUS e organizar os avanços obtidos pelo processo da descentralização, o Ministério da Saúde aprovou o Plano Nacional de Saúde - PNS – “Um Pacto pela Saúde no Brasil”, através da Portaria nº. 2607/2004 que vem assumir o papel da consolidação do sistema, esperando uma maior contribuição para os atores sociais nas tomadas de decisões Assim, consistindo:

Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e provendo serviços de qualidade oportunos e humanizados. (BRASIL. MS, 2005, s/p).

Nos últimos anos tem-se constatado um quadro favorável de redução da pobreza no Brasil e uma melhoria de indicadores sociais e de saúde, tais como o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, o qual apresenta dentro de cada município, índices específicos com suas características de miséria e exclusão social, da Taxa de Mortalidade Infantil e da Esperança de Vida. Todavia, estas melhorias não se distribuíram igualmente e as populações das periferias urbanas e do meio rural, em geral, ou são privadas destas conquistas ou tem estas incorporadas mais lentamente à sua realidade.

Embora a Organização Mundial de Saúde - OMS tenha proposto que a promoção da saúde seja “o processo de capacitar as pessoas a aumentar o controle sobre suas vidas e melhorá-la”, isto parece como se todas as comunidades e cidades saudáveis, além dos movimentos pela promoção da saúde, estivessem sofrendo de um excesso de ingenuidade política. Na verdade, as relações que tramitam entre o mercado e o poder social representam um dos maiores determinantes das doenças humanas, uma vez que, as desigualdades e iniquidades regionais, urbanas e rurais expressam, não apenas, as limitações individuais, mas também, as coletivas, presentes no cotidiano da sociedade contemporânea.

É preciso reconhecer que um dos maiores desafios, está na política de financiamento, o que se considera o grande nó na saúde pública. A política de saúde está atrelada à política econômica, o que dificulta o caminhar, pois os recursos financeiros orçamentários deveriam ser fixos e crescentes, ou seja, na medida em que houvesse mudanças no cenário econômico, os recursos se manteriam inalterados e assim teriam um caráter acíclico.

No entanto, ainda, permanece no sistema, a cisão entre os ricos e pobres. Aqueles que têm poder aquisitivo e poder político têm um tipo de atendimento, e aqueles, que são pobres têm outro tipo de atendimento, o que pode ser considerado como um dos resultados da desigualdade existente no país. É preciso avançar para uma política de saúde coletiva que atenda às necessidades da população, principalmente, a população mais desprotegida e excluída socialmente.

Capítulo 2 – O Sistema Único de Saúde – SUS

2.1. O movimento sanitário: em busca de um sistema de saúde universal com justiça social.

Eu penso que o SUS nunca comprou a idéia da seguridade social. Acho isso um erro-político estratégico fundamental. [...] Como é que nós podemos ter uma concepção ampliada de saúde, fazer políticas inter-relacionadas, interdependentes, e tudo o mais, e depois, paradoxalmente, reservarmos tudo e fechamos num modelo próprio. Esse insulamento da área de saúde é um erro, como a não inserção, mesmo programática, da saúde na seguridade social. (TEIXEIRA, 2006 apud BRASIL. MS, 2006, p.81)

A formação do Sistema de Saúde Brasileiro teve como base as reformas dos sistemas de saúde da Europa Ocidental, principalmente dos países da Alemanha, Inglaterra e França. No Brasil, nas décadas de 20 a 60, o sistema tinha características de formação e de estruturação análogo ao sistema de saúde alemão, do final do Século XIX, com o modelo Bismarckiano. O sistema alemão foi estruturado por Otto von Bismarck, com base na contribuição obrigatória de filiação profissional e financiamento de cotas de empregados e empregadores. Desta maneira, espelhou-se o modelo brasileiro, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAP's, e, posteriormente, dando lugar aos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP's, em favorecimento a uma assistência institucionalizada, dando direito a quem tinha vínculo empregatício, o que vinha reforçar a relação da saúde ao mercado.

Ao longo do processo de formação e transformação do sistema de saúde no Brasil, compreendendo essencialmente, o período da década de 20 até a década de 80, com maior atuação nos anos 70 e 80, o processo teve seu marco referencial, que foi o movimento pela reforma sanitária. Neste período, as mudanças foram significativamente mais efetivas, e tinham como perspectiva a modificação do paradigma do modelo assistencial à saúde em busca de um sistema de saúde que atendessem a todos os brasileiros.

Todo o processo de mudança teve em seu arcabouço, os movimentos contra a hegemonia do modelo unicausal – médico-assistencialista e privatista, modelo vigente pautado no modelo Flexneriano²², em defesa de um sistema de saúde hierarquizado e equânime. Este movimento foi denominado de Movimento pela Reforma Sanitária, ou simplesmente Movimento Sanitário, sendo constituído por profissionais de saúde progressistas e sociedade civil que defendiam o acesso aos serviços de saúde para todos, independentemente da condição social de cada cidadão.

O movimento foi construído em pleno regime militar, período pós-64, a partir de reuniões, encontros e produção teórico-científica na área da saúde coletiva, tendo como aporte as ciências sociais. As transformações ocorridas na saúde associadas às perversas situações provenientes da crise econômica serviram de elementos adversos ao acesso a bens essenciais, proporcionando à população vulnerabilidade às doenças. Os encontros tiveram a CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, como entidade articuladora das idéias defensoras da saúde pública e da consciência sanitária.

Assim, também, modelos alternativos se faziam presentes, como a idéia da Medicina Comunitária, inserida no espaço acadêmico das universidades brasileiras que tinha como missão, a medicina preventiva, trazida dos Estados Unidos pela Organização Pan-Americana da Saúde. A prática desta política dava cobertura às ações de saúde, através de profissionais generalistas e tecnologias simplificadas, porém, não sendo suficiente para mudar o quadro epidemiológico da população.

Sobremaneira, cabe uma reflexão de que a ditadura militar promoveu um Estado forte, repressivo e despótico, tendo como base social, a burguesia, bem como, um quadro considerável de exclusão econômica e social, além do fechamento dos canais democráticos de acesso ao governo. Assim, segundo Bravo (2004) no período de 1964 a 1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina

²² O modelo flexneriano está fundamentado no '**Relatório Flexner**', realizado por Abraham Flexner, no início do século XX, publicado pela Fundação Carnegie, USA. Refere-se à medicina orientada para o indivíduo, o biologicismo, o mecanicismo, a especialização, a tecnificação, e a exclusão de práticas alternativas, com ênfase na prática curativa. Teve grandes repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde (MENDES, 1996, p.238-239)

estatal. Com isto, o Estado aumentava o poder de regulação sobre a sociedade, diminuindo as tensões sociais e legitimando o regime.

Neste período, na perspectiva da elite dirigente, a saúde pública apresentava deficiências pela ausência de planejamento e falta de capacidade gerencial e, assim, os problemas deveriam ser resolvidos através da privatização dos serviços. Entretanto, Luz (1979), salienta que não se pode falar de planejamento ou de planos de saúde, em sentido estrito. O que houve foi apenas a integração de programas setoriais de atenção médica, sob a égide da previdência social.

Sérgio Arouca (1988), ressaltou que existia uma idéia clara na área da saúde pública, e que era necessário integrar as duas dimensões: ser médico e lutar contra a ditadura, assim o movimento da reforma sanitária nascia dentro da perspectiva da luta contra a ditadura.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998, s/p).

Neste período, o Estado se fazia presente de uma maneira mais articulada, no que diz respeito à prestação de serviços, bem como, no controle e avaliação dos serviços prestados pelo setor privado. O processo de industrialização acelerada provocou um crescimento dos grandes centros urbanos, aumentando a demanda em busca dos serviços de saúde.

Com a crise econômica, a sociedade civil reduziu seu poder aquisitivo. Esta perda associada a alguns fatores, como a urbanização desordenada, levou a queda da qualidade de vida, comprometendo alguns indicadores, como: o aumento da mortalidade infantil e o surgimento das epidemias de meningite nos anos 70. Assim com o quadro instalado, não foi difícil de reconhecer a crise sanitária em que o país se

encontrava, e então, o Estado priorizou a questão social com ênfase na previdência social, criando o Ministério da Previdência e Assistência Social em 1974.

Nesta linha, organizou-se o Sistema Nacional de Saúde em 1975, estabelecendo as diversas competências em suas esferas de governo. A estruturação do sistema tinha em seu recorte uma administração essencialmente centralizadora em nível federal e uma dicotomia entre as ações coletivas e individuais. Portanto, não havendo, neste momento, possibilidade de um único comando e, conseqüentemente, recebendo duras críticas dos setores acadêmicos, como as Universidades e Escolas de Saúde Pública, além de diversos setores da sociedade civil.

As reformas acontecidas na Política Nacional de Saúde não contaram com a participação ativa dos trabalhadores e alguns profissionais de saúde manifestaram uma reação, enfrentando dificuldades por conta dos interesses empresariais e industriais que eram hegemônicos nas definições das políticas de saúde. Segundo Bravo (2004) a estratégia de penetração no aparelho Estatal para o fortalecimento do setor público, só aconteceu a partir de 1979. Na previdência social eram representantes do setor público, os publicistas, que eram minoria, enquanto que os defensores do setor privado encontravam-se fortalecidos pelo período autoritário. No Ministério da Saúde, a penetração deu-se de maneira mais efetiva, por parte dos profissionais que defendiam uma saúde pública com uma nova visão.

Neste compasso, tinha-se como estratégia de ação o aprofundamento das Ações Integradas de Saúde - AIS, visando reunir em um único planejamento, os recursos em nível federal, estadual e municipal para a atenção à saúde e com gerência em nível central, regional e local, obedecendo à lógica da hierarquização e regionalização. Assim, para viabilizá-las foi necessária a adesão de comissões em diversos níveis hierárquicos, como também, as entidades associativas e comunitárias.

Mencionamos, então, que a questão da saúde enquanto política social enfrentou constante tensão entre a ampliação dos serviços, disponibilidade de recursos financeiros, interesses entre os setores médicos estatais e empresariais e o próprio movimento sanitário. O esforço era bastante grande e mesmo assim a saúde tinha em sua política, a forte relação com a previdência social, com suas ações curativas e o comando do setor privado, tornando as medidas na área de saúde pública, bastante frágeis e tênues.

Essa crise do modelo foi agravada pela crise financeira do Estado, azeitada pela recessão na América Latina e no Brasil, e também, pelo processo de redemocratização, vindo colocar novas demandas à sociedade brasileira.

O Estado, a partir de 1975, caracterizou-se pela relação de forças, entre frações do bloco de poder, e entre essas e as classes dominadas. [...]. Ao analisar as políticas do pós- 74, Jacobi (1989) também sustenta que a perda da legitimidade do regime autoritário fez emergir com maior nitidez essa tensão no interior do aparelho do Estado, que procuro buscar novos mecanismos de articulação e intervenção a partir de pressupostos pautados pela construção de uma nova institucionalidade política, ressitando as relações entre Estado e demandas sociais. (JACOBI, 1989, apud BRAVO, 1996, p.40).

Segundo Luz (1992), a reforma assume um papel não somente ligado à organização dos serviços de saúde num sistema único regionalizado e hierarquizado, mas, também, no estabelecimento de uma ordem social democrática que contribui para situar a política de saúde como elemento de importância fundamental na presente conjuntura de estabilização da ordem política.

A participação social, a partir dos movimentos sociais, sindicatos e parlamentares fizeram pressão junto à Assembléia Nacional Constituinte para a inserção do texto, 'Conquista do SUS'. Neste processo, houve uma grande batalha dos setores progressistas contrapondo aos setores conservadores na garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, presentes na Carta Magna de 1988.

Na correlação de forças, o setor saúde foi o espaço em que os progressistas conseguiram algum poder. Entretanto, segundo Bravo (2004) não se pode menosprezar o peso do grupo privatizante e o embate que seria preciso travar para operacionalizar as proposições de uma política de saúde democrática.

Nesta correlação de forças, existiam três concepções diversas e antagônicas com correspondentes projetos político-ideológicos para a sociedade em geral, como:

'Conservadora' que determinava a manutenção do modelo pluralista, baseado na compra de serviços ao setor privado pelo setor público, em especial pela previdência social. Eram representados pelos empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos;

'Modernizante/privatista' que apontavam uma modernização do setor com as regras capitalistas de mercado, contemplando o afastamento do setor público da prestação de serviços. A proposta era defendida pelos grupos multinacionais atuantes na prestação de serviços de saúde; **'Racionalizadora'** que supunha a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. O setor privado era considerado complementar e subordinado. Eram representados pelos técnicos progressistas da saúde e movimentos populares, sendo intitulada como Reforma Sanitária. (BRAVO, 2004 apud RODRIGUEZ NETTO, 1996, p.11-13).

Assim, o processo da reforma sanitária deveria servir de estímulo à consciência sanitária, nos aspectos da determinação social no processo saúde/doença, na organização das práticas, na organização de uma aliança política na luta pelo direito à saúde, no incentivo e a na criação de gestão participativa e democrática. Desta maneira, afirma Teixeira (1989):

A reforma sanitária é um processo político de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares no sentido de concretizar o direito universal à saúde e na criação de um Sistema Único de Saúde sob a égide do Estado". (TEIXEIRA, 1989. p. 17 e 46.).

Para Teixeira (1989), no caso brasileiro, a reforma sanitária procura trabalhar com três conceitos fundamentais que passam fazer parte no processo político de construção do saber, como: o 'conceito de saúde', deixando de ser um conceito abstrato – 'estado de bem estar físico, mental e social' para uma aproximação maior da realidade, ou seja, definindo num contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento e devendo ser conquistada pelas lutas cotidianas da sociedade; o 'entendimento da saúde' como resultado das formas de organização social da produção, porém, como fruto das lutas populares e, a 'cidadania' envolvendo tanto o direito, por um lado, de ser tratado pelos outros seres humanos como um igual, no que refere a fazer escolhas coletivas e, por outro, o dever por parte dos que implementam tais escolhas, de ser acessível e responsável perante todos os membros da comunidade política.

A autora reforça que as questões que se colocam, dizem respeito às condições necessárias para o processo de democratização da saúde. A democracia passa a ser vista como o espaço ideal de formulação de uma contra-hegemonia, constituindo-se num 'locus' de articulação das mediações entre Estado e Sociedade, e a cidadania é a mediação que dá organicidade a esta relação, e ainda, discute a necessidade de mudanças na abstração do conceito de cidadania, buscando desmistificar as relações de aparente igualdade, as quais reforçam as relações contraditórias de exploração.

Por sua vez, Bravo (2004) destaca que o movimento sanitário, apesar das conquistas alcançadas no texto constitucional, como, por exemplo: direito universal à saúde e o dever do Estado; a constituição do SUS, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada e regionalizada, enfrenta difíceis tarefas para a viabilização da reforma sanitária no Brasil. Desta forma, ressalta:

Nível da luta jurídico-formal na elaboração das Leis Orgânicas Municipais; nível técnico-institucional, através da expansão da rede de serviços e sua qualidade, através de novas práticas institucionais no cotidiano da estruturação do Sistema Único de Saúde, a fim de garantir os direitos firmados; no nível sócio-político, através da formação da consciência sanitária e de maior organização popular. (BRAVO, 2004 apud TEIXEIRA, 198, p. 50-51).

Podemos considerar que mecanismos de ordenamento da oferta de serviços buscam viabilizar o acesso a estes serviços, bem como o efetivo controle e regulação buscam garantir uma melhor utilização desses serviços de saúde à população. Estes, tanto no nível micro, quanto no nível macro organizacional, contribuem para a manutenção da ineficácia do sistema de saúde.

O movimento pela saúde vai tendo desdobramentos não só na garantia do Sistema Único de Saúde, mas também, em movimentos pelos remédios, pelo combate à AIDS e pela quebra de patentes das multinacionais, tornando mais complexa a implementação do SUS. Essa complexidade se expressa nas plenárias dos conselhos de saúde que representam o espaço de debates, conflitos e consensos. É importante reconhecer, estes conselhos, como instrumento de reformulação, reestruturação dos serviços de saúde e firmamento de uma gestão democrática, representando os canais institucionais de participação como abertura dos setores organizados que

representaram os interesses das classes menos favorecidas a obterem algum controle sobre as políticas sociais.

Hoje, um sistema que precisa melhorar a cobertura das ações e sua resolutividade, solucionar o impasse do subfinanciamento, bem como, garantir os princípios básicos, como universalidade, integralidade e equidade, deve firmar um compromisso com a democracia, assim como, buscar um aprofundamento da gestão participativa, como forma de avançar para um sistema de saúde verdadeiramente equânime.

Este é o desafio histórico de mudanças, continuidade e consolidação do movimento da reforma sanitária. Como pensam alguns atores da nossa história? Como agem os atores na luta em prol de um sistema de saúde que atenda às necessidades básicas da população brasileira? Neste traço interrogativo, relatamos:

[...] continua o grande desafio de realizar o sonho do SUS, pois é preciso efetivar o modelo do SUS, baseado na integralidade, na equidade e na universalidade, [...] É preciso levar em conta as contradições entre o modelo e a realidade, mas também a 'apropriação desses conceitos e desses valores e sua transformação em bandeiras políticas'. (SANTOS 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p. 275);

O compromisso que a gente tem com a democracia existe porque, se nós conseguimos ser uma vanguarda na democratização para ter um sistema público que garanta direito, mas que não funciona, nós estamos contribuindo fortemente para a desmoralização da democracia e da coisa pública. (TEIXEIRA, 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p. 276).

Então, pensamos que a institucionalização do sistema de saúde brasileiro, em seu princípio de descentralização das responsabilidades, tanto na execução das ações de saúde, quanto da utilização dos recursos, deve buscar como elemento de apoio a mobilização social para a construção de um processo de gestão participativa.

Desta maneira, enfatizamos que as políticas públicas de saúde, ao longo do processo histórico da reforma sanitária, apresentaram no caráter da descentralização um constante processo de sua efetivação. A descentralização ocorre com delegação de funções ou transferências de ações para os níveis locais, ou seja, para o nível municipal. Porém, é preciso registrar que a concentração de recursos no governo

federal, bem como o subfinanciamento dos serviços de saúde, além de priorização de determinados programas verticais - que muitas vezes não representam prioridade em nível municipal, o que Luz (1992) reconhece como uma descentralização incompleta, o que vem sobrecarregar os governos locais e proporcionar ações ineficazes com pouco ou quase nenhum impacto.

Nesta marcha, tivemos uma sensação um tanto quanto desconfortável, em relação à efetivação dos direitos sociais conquistados na Constituição de 1988. Ainda se tem uma longa caminhada a percorrer, pois situações basilares, como o acesso aos serviços de saúde são quase que uma conquista e privilégio, visto pelo olhar de quem busca estes serviços.

Percoremos um longo caminho, 178 anos de história do esforço para construir o cidadão brasileiro. Chegamos ao final da jornada [...]. Os progressos feitos são inegáveis [...]. O triunfalismo exibido nas celebrações oficiais dos 500 anos da conquista da terra pelos portugueses não consegue ocultar o drama de milhões de pobres, de desempregados, de analfabetos e semi-analfabetos, de vítimas da violência particular e oficial. (CARVALHO, 2005, p.219).

2.2. Concretização do direito à saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) está próximo de completar 20 anos. Desde a promulgação da instituição Federal de 1988, o Brasil caminha integral, descentralizado e com a participação da comunidade. Nós, que vivenciamos o dia, reconhecemos os desafios que ainda precisam ser superados na construção desse fantástico sistema. Mas não podemos esquecer de que também foram muitas as conquistas nessas duas décadas. (TEMPORÃO, 2007, p.3).

As políticas de saúde apresentam uma particularidade em relação às outras políticas públicas. Por um lado, a mobilização de forças da sociedade civil e do Estado, num complexo processo de lutas, conflitos, negociações e arranjos políticos, em busca de um sistema de saúde com direito universal, descentralizado e com participação social, e por outro, a sua singularidade de ter como princípio, o *controle social* como

componente da intitucionalidade estatal, solidificando a participação da sociedade nas deliberações, gestão e fiscalização das políticas.

Segundo Escorel (1998), o movimento da reforma sanitária é “aglutinador e vetor de reflexão e ação política”, propondo desta maneira, no início dos anos 80, uma linha tática à ocupação dos espaços institucionais e a formulação e implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado.

Iniciam-se nesta época, os primeiros convênios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS com os Estados e Municípios, os quais passaram a vender seus serviços para o Instituto, por preços bem menores do que se costumava pagar no setor privado.

Segundo Santos (2006), isto é o que se chama de “poder financeiro de fogo”: mesmo pagando metade do que pagava ao setor privado, foi “obra e graça do movimento da Reforma Sanitária Brasileira que aí atuou e bancou isto”. A dinâmica do financiamento, como um dos desaíogos para a crise, é especialmente analisada, como ressaltado no texto:

Como os custos do setor privado não eram mais suportáveis para o INAMPS, dentro da crise previdenciária, uma das válvulas de escape foi passar a comprar os mesmos serviços, que compravam do setor privado, a valores mais baratos dos estados e municípios. [...], um dos grandes perigos era o que se chamava de “inampizar” estados e municípios, torná-los mais assistencialistas em medicina curativa do que provedores de serviços integrais de saúde pública. (SANTOS 2005 apud BRASIL. MS, 2006. p.70-71).

Nesta idéia, a ‘inampização’ foi um dos fatores desencadeantes do embate de concepções que o movimento sanitário viveu. Assim, Temporão faz uma interessante análise, que realça a ‘universalidade’ ainda em sua forma embrionária.

Nós abrimos uma rubrica no orçamento do INAMPS para financiar as ações integradas de saúde e isso deu uma briga muito grande, [...] Ali, havia por trás toda a discussão da universalização, [...], pois o INAMPS financiava quem tinha carteira de trabalho assinada, quem não tinha

estava fora. Bom, então essa transformação [...] incluiu também o redesenho da descentralização, co-participação financeira entre os três níveis de governo [...] apoio a modalidades ambulatoriais de atendimento e participação social. (TEMPORÃO 2006 apud BRASIL. MS. 2006, p. 71).

Nesta alusão de embates e debates, promovidos pelos órgãos representativos da saúde coletiva, realizou-se em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em busca da formulação do Sistema Único de Saúde – SUS, o qual é reconhecidamente, o resultado do inegável e decisivo movimento pela Reforma Sanitária, reunindo atores diversificados na luta política pelo reconhecimento da saúde como direito social e de cidadania.

Sem sombra de dúvida, a Conferência, foi o marco importante no processo histórico, contando com diversos setores organizados da sociedade, reunindo cerca de 5000 pessoas diretas ou indiretamente ligados ao setor saúde, no qual o consenso prevalecia na concepção de que era necessário não somente uma reforma administrativa e financeira era preciso mais do que isto: era fundamentalmente necessária uma mudança na estrutura jurídico-institucional, bem como uma mudança no conceito de saúde.

A Conferência produziu em seu relatório final, a transcrição do projeto da Reforma Sanitária que tinha em sua estrutura um conteúdo político ideológico, colocando a saúde como determinante no contexto histórico e social de todo um processo de organização da sociedade brasileira, vindo subsidiar a elaboração da Constituição de 1988, consolidando assim, a participação da sociedade civil no processo de redemocratização do país.

A Constituição de 88 preconiza o “acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços e ações de proteção e recuperação da saúde”, o que vem firmar e consolidar um direito social, no qual a saúde passa a ser um direito de cidadania e dever do Estado. Do mesmo modo, como destaca Carvalho (2004), a Constituição ampliou também, mais do que qualquer de seus antecedentes, os direitos sociais e estas conquistas estão indiretamente contribuindo para o bem-estar dos

indivíduos, havendo uma mudança nos patamares de alguns indicadores²³, como: a redução da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer.

No cumprimento desses preceitos, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando condições de viabilização integral do direito à saúde. Os instrumentos legais que iriam propiciar a nova organização do sistema de saúde seriam as Normas Operacionais Básicas – NOBs.

Nos diversos aspectos que fizeram parte do movimento, podemos destacar aqueles que revelam o estreitamento com o poder legislativo, sendo relatados, por alguns atores desta história, em entrevista realizada no ano de 2005, descritas em documento do Ministério da Saúde – A Construção do SUS: histórias da reforma Sanitária e do processo participativo, 2006.

O “pulo do gato”, que não foi urdido nem previsto, pois a prática ensinou, foi o casamento do movimento social com o poder legislativo, o que foi fatal para os conservadores. [...] entender o poder legislativo como a real caixa de ressonância da sociedade. (SANTOS 2005 apud BRASIL. MS, 2006 p.91);

[...] havia parlamentares engajados com a saúde. [...] Essas pessoas já sabiam do movimento sanitário, das propostas da saúde [...] Tudo isso foi o coroamento de uma história [...] e isso estava sendo trabalhado, discutido e por isso surgiu. (SAMARA, 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p.92);

Acho que nós, de toda a esquerda, tínhamos uma visão bastante ingênua de que seria possível um sistema estatal, quando a base material toda já era privada. [...] Ou seja, quando nós vamos para o movimento de criar o sistema único, com base material privada, tinha que ser através de convênios. (TEIXEIRA, 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p.93).

Neste ponto de vista, fica claro a relação do movimento com o poder legislativo e com a sociedade civil com seus embates e enfrentamentos. Alguns depoimentos se

²³ A mortalidade infantil caiu de 73 por mil crianças nascidas vivas em 1980 para 39,4 em 1999. A esperança de vida ao nascer passou de 60 anos em 1980 para 67 em 1999. (CARVALHO, 2004, p. 206)

destacam, dimensionando essas relações. Segundo alguns atores, em seus depoimentos, ficam revelados a importância do movimento na saúde pública brasileira.

Naquele momento, uma coisa que pesava bastante na participação era que agente tinha que enfrentar a ditadura. (NASCIMENTO, 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p.93);

A saúde inovou porque nós tínhamos um projeto, que tinha sido construído durante um longo período de anos, [...] nós tínhamos um projeto que foi negociado, [...]. (TEIXEIRA, 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p.93);

A grandeza do movimento sanitário é que ele não é um movimento corporativo. O projeto da reforma Sanitária é, como nas palavras de Sérgio Arouca, um projeto civilizatório [...]. (SCOREL, 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p.93);

Em relação à participação popular, [...] se não houvesse a participação da militância política, [...], não haveria o sistema de saúde, não haveria o SUS [...] (JORGE, 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p.93);

É uma luta permanente em defesa da vida. A gente conseguiu chegar na década de 80 com um proposta que foi bastante discutida e partiu do direito à vida. Agora, ela é uma luta constante [...]. (JAEGER, 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p.93);

[...] Essa militância foi das mais cativantes e agregadoras da história brasileira na saída da ditadura com a utopia da construção de um Estado democrático. [...] Se ela não produziu um Estado democrático desejável, no entanto, essa marca mobilizou corações e mentes de uma maneira suficiente [...], devemos a ela a resistência que nos foi possível em todos esses anos. (SANTOS 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p.93).

Neste argumento, compreendemos que o projeto do Sistema Único de Saúde – SUS é uma política de construção da democracia na ampliação da esfera pública, na inclusão social e na redução das desigualdades, e “se a Reforma Sanitária é a expressão do nosso desejo de transformação social, sua materialização institucional no SUS é a resultante do enfrentamento desta proposta”. (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, 2006).

Desta forma, reafirmamos que a participação e o controle social são princípios, os quais vêm fortalecer o processo de democratização do Estado. Entretanto, a sua efetivação é importante num momento em que as forças sociais contrárias ao

movimento da reforma, passam a ter um cenário favorável, em virtude da política neoliberal na década de 90.

No início dos anos 90, instala-se a política neoliberal de Fernando Collor de Mello. Neste enfoque, inicia-se o desmonte das políticas sociais construídas nas décadas anteriores e segundo Luz (2000), a proposta do Estado é:

Encolher-se ao nível mínimo, deixando em mãos privadas, filantrópicas ou voluntárias às quais faz apelo constante e incisivos de participação e parceria, atividades concernentes ao setor social secularmente definida como funções públicas essenciais. (LUZ, 2000, p. 304).

Na política de saúde, com a presença de um Estado neoliberal, o cenário esteve voltado para o corte de verbas, desarticulação do setor público de saúde e desvio de recursos destinados à saúde. Considerando-se, também, como fator importante na análise que será traçada, o modelo da descentralização do SUS. Era preciso ter clareza, naquele momento, de que a descentralização referia-se à transferência de responsabilidades e atribuições, nas diversas esferas de governos estaduais e municipais, sem que houvesse um repasse de recursos financeiros, no mesmo ritmo e agilidade de que eram repassadas as obrigações.

2.2.1. Institucionalização e Participação: Estratégia na consolidação do SUS.

Ao lado dos avanços no campo político institucional, é importante registrar como sendo de relevância pública, a inserção da 'saúde como componente da seguridade social', com base nos preceitos constitucionais da República Federativa do Brasil.

Entretanto, no contexto socioeconômico globalizado, o país seguiu os rumos da política internacional, e assim, os movimentos sociais perdiam espaço e voz. O governo de Collor não hesitou em vetar os artigos referentes à participação da comunidade na política de saúde. Assim, o veto retratou a política contra-hegemônica ao processo de democracia participativa construída no final regime militar e início da Nova República.

Numa direção paradoxal, o país manteve sua sobrevivência, na imagem de uma democracia com ares liberalizantes em contraponto a uma exclusão social que percorreu toda a década de 90, levando o país a uma situação de pobreza extrema, com elevado índice de desigualdade social.

No plano de governo tinha-se a promessa de elevar os gastos com a saúde em 10%, mas, na prática, o que ocorreu foi contrário ao estabelecido na Constituição de 1988. Assim, o direito à saúde foi restringido.

Ao cabo de um de três anos de governo o gasto federal se contraiu em 40%, passando-se de um orçamento de quase US\$ 12 bilhões em 1989 para cerca de US\$7 bilhões em 1992, conforme valores convertidos em dólar de março de 1993. (Singer et al, 2002, p. 502 apud BRASIL. MS, 2006, p.115).

No entanto, ao lado de uma política de redução de gastos, de um governo que se mostrava autoritário, a mobilização social pelos direitos à saúde continuou em luta, através das pressões dos municípios, estados e dos Conselhos de Saúde, reafirmando a necessidade de convocação da IX Conferência Nacional de Saúde, denominada de 'a Nona', em busca do processo de validação das Conferências Estaduais e Municipais ocorridas em 1991, e na busca da consolidação do SUS. A Nona teve como temática principal, "A municipalização é o caminho", e além, do controle social, enfatizou a democratização e o fortalecimento dos conselhos de saúde, constituídos em caráter paritário e deliberativo.

Neste ínterim, os setores que defendiam a participação popular no setor saúde, são impulsionados e se mobilizam para uma plenária das entidades afins, buscando então, a aprovação de um novo projeto de lei que viesse a contemplar os artigos vetados, pelo presidente Collor na Lei Orgânica da Saúde.

Neste compasso, o Congresso Nacional aprova o projeto que institui os conselhos de saúde e prevê as transferências diretas de recursos financeiros aos estados e municípios, assim, promulgando a Lei 8.142/90, na gestão do Ministro da Saúde, Sr. Alcení Guerra. Neste período, também, foi aprovada a NOB. 91 – Norma Operacional Básica, sendo instrumento normativo de repasses de recursos às outras

instâncias federativas. A NOB-91 serviu de instrumento de exigência a criação dos conselhos e fundos municipais de saúde, bem como, exigia, na condição de instrumento normativo e operacional, a elaboração do plano municipal de saúde, programação orçamentária, em 10% do orçamento do município, e relatório de gestão, como componentes propulsores da reestruturação do setor saúde com base na descentralização/municipalização.

Segundo Luz (2000), a década de 90 assinalou com uma grande diversificação nos âmbitos locais, com o crescimento dos municípios, através das expansões das prefeituras. A autora lembra com muita categoria, “a organização dos prefeitos em nível de associação nacional, dando origem ao que podemos chamar de associativismo público”. (LUZ, 2000, p. 306).

Na verdade, os municípios precisam unir-se na forma de poderes locais para fazer frente ao poder central, buscando recursos e evitando o colapso por endividamento.

A crise do governo e, conseqüentemente, a crise do setor saúde foi marcada por uma série de situações adversas, como:

No início de 1992, o Ministério de Saúde estava sem dinheiro para combater a cólera, tendo sido confirmados 2.103 casos em 1991; estados e municípios reivindicavam a rolagem das suas dívidas; o Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento liberou os preços dos seguros de saúde e dos planos de saúde; o governo anuncia ao mercado segurador sua pretensão de privatizar o seguro de acidentes do trabalho. (BRASIL. MS. 2006, s/p).

Assim, estava delineada a crise que acenava para a privatização do setor. Com tudo isto, a implementação do SUS não poderia ser tranqüila. Existiam conflitos nas diversas instâncias federativas pelo repasse de verbas, de transferência de patrimônio e pessoal, além dos conflitos entre os servidores públicos dos hospitais federais com os demais servidores da rede de saúde. Dessa forma, com a intenção de elucidar a questão, descrevemos: era possível perceber que numa mesma unidade de saúde, existiam, servidores federais, estaduais e municipais, os quais recebiam salários diferenciados, cada qual, com base no plano de cargos e salários da instituição de

origem. Assim, com servidores recebendo diferentes salários para a mesma função, o conflito estava formado. Então, os servidores passaram a fazer reivindicações e greves, por isonomia salarial aos servidores do INAMPS, que naquela época eram considerados os marajás da saúde.

Portanto, era possível perceber a crise em vários âmbitos: no pacto federativo; na reestruturação da gestão das políticas sociais, em especial da saúde, com a transferência e alocação dos servidores federais às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, sem perda de suas vantagens funcionais e salariais; nas finanças com cortes dos repasses de recursos da previdência social para a saúde, além das pressões dos grupos que defendiam a privatização do setor, e nesta convulsão, estava instalado o colapso do setor saúde.

Em relato de Escorel (2005), entre 1990 a 1992, quando foi realizada a “Nona”, existia uma comissão organizadora, e alguns municípios e estados já vinham realizando as pré-conferências, lembrando ainda, que ela ocorreu num momento chave para o impeachment.

Esse movimento foi crescendo e conseguiu pressionar para que fosse realizada a conferência que o Alcení Guerra adiava, adiava, finalmente convocou, mas não presidiu, porque caiu antes, e o Adib Jatene presidiu. A conferência ocorreu no momento em que Collor faz aquela chamada do “não me deixem só” e convocou todo mundo para sair de verde e amarelo e todo mundo saiu de preto. Isso foi exatamente na semana da 9ª CNS, que acabou na quinta-feira e no domingo estava todo mundo de preto na rua. (ESCOREL, 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p. 138).

Logo após a ‘Nona’, com o *‘impeachment’* do governo Collor, assume o Vice-Presidente Itamar Franco, trazendo a expectativa de um novo momento de avanço democrático e desenvolvimento econômico e social, em especial no setor saúde.

Definiu-se uma nova gestão para o setor saúde, estruturada com um grupo técnico e político do Movimento Sanitário, nos moldes daquele, do início da Nova República, assumindo a luta pela efetivação do SUS, expressa no documento “Municipalização: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei” e, também, na Norma Operacional Básica - NOB. 93, que tinha como objeto a sistematização do processo de

descentralização da gestão do sistema e dos serviços, em diferentes níveis de responsabilidades para os Estados e Municípios, bem como para a instância federal.

Os Conselhos de Saúde passam a atuar em pleno exercício deliberativo e democrático, aprovando normas e recomendações junto às diversas instâncias. Segundo Carvalho (1995), já estavam cadastrados 27 conselhos estaduais e 2.108 municipais (42% dos municípios brasileiros). Ainda, “os conselhos se firmam com instâncias políticas identificadas com a defesa do SUS”. (CARVALHO, 1995 apud BRASIL. MS, 2006, p. 127).

Assim, uma nova trajetória histórica foi construída, com aliados do movimento que ocupavam lugares decisivos no governo, configurando-se numa correlação de forças favoráveis no interior do Estado. De acordo com Luz (2000), identifica-se um novo ator político em relação à descentralização das políticas públicas, com um peso na balança política através das eleições. Segundo a autora, o poder municipal tende a ser: “uma esfera de governo que pressiona o Estado central “de baixo para cima”, especialmente nas políticas de saúde, em função do dispositivo descentralizador que representa o Sistema Único de Saúde – SUS”. (LUZ, 2000, p.296).

Em virtude de toda uma complexidade no processo de organização do SUS, em suas diversas instâncias de governo, iniciou-se um estudo de formulação da Norma Operacional Básica, que avançasse no processo de municipalização, mesmo com todas as dificuldades na questão do financiamento, já apontada como um dos maiores problemas do sistema. Este estudo apontava para a criação da NOB. 96, garantindo o princípio constitucional do comando único de saúde em cada nível de governo, descentralizando a gestão e definindo responsabilidades sanitárias, além de definir as transferências dos recursos financeiros de Fundo a Fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, bem como, a remuneração por serviços produzidos na assistência hospitalar, ambulatorial, como para as ações de vigilância de saúde.

Neste desdobramento político-institucional, torna-se evidente que o SUS, ao longo desta trajetória, caracterizou-se como uma política de Estado e não de governo, sendo uma política institucional da República, independentemente do governo em exercício, mesmo que, em alguns momentos, tenha sofrido reduções de forças pelos defensores da política neoliberal.

O SUS desenvolveu um projeto de reforma democrática que se caracterizou pela introdução de um modelo de pacto federativo baseado na descentralização do poder para os níveis sub-nacionais e par a participação e controle social. [...] ocorreu uma ousada municipalização. (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, 2006).

Dessa forma, o país passaria por uma reordenação estratégica do Estado, através do governo de Fernando Henrique Cardoso, no aprofundamento do neoliberalismo e na mudança do estado desenvolvimentista para um estado competitivo.

Na área da saúde acontece a crise do financiamento, com a decisão do Ministério da Previdência Social de não mais repassar verbas para o Ministério da Saúde. A solução que se teve, em caráter emergencial, foi à criação da CPMF – Contribuição Provisória de Movimentação Financeira, em 1996. Assim, o ‘orçamento’ esteve presente na pauta do movimento social e sanitário, diante das medidas governamentais de desmonte das conquistas alcançadas.

Entretanto, não só de perdas viveu o setor saúde, alguns ganhos foram fundamentais para o setor, como: aliança com o Ministério Público, saindo de uma ótica repressivo-penal para uma perspectiva promotora de políticas públicas; o exercício de práticas de gestão participativa, através dos conselhos de saúde; articulação de uma nova modalidade de institucionalização do movimento, a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde e a Emenda Constitucional – EC. 29/00 que vincula o piso de 15% do orçamento público à saúde. (BRASIL. MS, 2006, p. 203).

Assim, entendemos que a descentralização/municipalização da saúde, tem um potencial bastante significativo, no que se refere às mudanças, nas quais o Município poderá assumir e atuar como ente federativo, alcançando uma maior agilidade nessas transformações, principalmente, nas políticas sociais, enquanto políticas públicas, mantendo-se numa constante articulação e integração com os demais níveis de governo, tendo como palco dessas articulações, as Plenárias dos Conselhos de Saúde que se posicionaram, permanentemente, contra as políticas privatizantes e em defesa do direito à saúde e da cidadania.

2.2.2. As instâncias deliberativas

Na avaliação do processo de construção do controle social, em seus diversos momentos de estruturação, levaram-se em consideração alguns aspectos intrínsecos nesta formulação, como: a participação popular como apoio do movimento sanitário; a institucionalização da participação da sociedade na composição dos conselhos de saúde; as manifestações públicas e políticas, como as plenárias e as relações entre os diversos atores sociais e governamentais.

Tudo isto, através de um cenário de muita riqueza e de muitos atores, e por isto, não poderia deixar de ser cultivado num berço de grandes contradições e muitos desafios.

Percalços, dificuldades, obstáculos, equívocos, desvios, reencaminhamentos e demais situações foram evidenciadas no processo de construção do SUS e aprimoramento de suas instâncias de controle democrático. Novos desafios se apresentam e velhos desafios se reapresentam na conjuntura, na qual onde o bloco do governo é liderado pelo Partido dos Trabalhadores. Desde 2003, destacamos alguns: “o financiamento do SUS; a qualidade dos serviços; a burocratização; o enfrentamento do clientelismo e corporativismo e a partidarização dos conselhos, em contradição com a conquista da cidadania e a ética do cuidado”. (BRASIL. MS, 2006, p.262.)

O sistema apresenta-se com um grande nível de complexidade, expressando-se nas plenárias dos conselhos, os quais se configuram como espaços de debate, conflitos e consensos. Para alguns atores desta história, o desafio continua em busca da realização do sonho e do entendimento, de qual seja, o modelo de assistência que esteja baseado nos interesses das necessidades da população.

É preciso levar em conta as contradições entre o modelo e a realidade, mas também, a “apropriação desses conceitos e desses valores e sua transformação em bandeiras políticas” [...] Todos desfraldam a bandeira da universalidade, da equidade e da integralidade, [...]. Como transformá-las e decodificá-las em bandeiras de luta do dia-a-dia? (SANTOS 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p.275);

Teríamos que avançar na qualificação e na melhoria da gestão das unidades. Nós avançamos enormemente na gestão do sistema. [...] Mas, o que eu tenho enfatizado é que a boa gestão do sistema não garante a boa gestão das unidades, são duas coisas diferentes. E nós não investimos nada disso. O sistema funciona uma maravilha, e o posto de saúde não funciona; não pode, tem um erro. (TEIXEIRA, 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p.271);

Como essas idéias, essas propostas tão generosas, de uma transformação tão radical da sociedade pelo bem comum podem ser transmitidas para que a população possa abraçar isso? O SUS não é um patrimônio da população. E era para ser. Era o que a gente gostaria que fosse. A única forma que o SUS teria de sobreviver e de melhorar seria que a população o assumisse como um patrimônio seu. E não é. É visto como um lugar em que as pessoas são maltratadas. O direito à saúde hoje em dia é visto pela via da judicialização na obtenção de medicamentos, para determinados tratamentos. A coisa como direito de cidadania para a população não passou. (SCOREL, 2005 apud BRASIL. MS, 2006, p.272).

Neste compasso, a passagem de Plenária Nacional de Saúde para Plenária Nacional de Conselhos significou a institucionalização das demandas sociais dentro do sistema numa convivência democrática dos atores da sociedade com os atores governamentais. A Plenária constituiu-se em um movimento dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, que teve origem no compromisso e na necessidade de articulação entre os conselhos e pela capacitação para o fortalecimento da ação dos conselheiros. Este movimento tem em sua luta a bandeira pelo Sistema Único de Saúde como uma política inclusiva.

O mecanismo de participação social nas políticas públicas teve uma contribuição decisiva na elaboração das diretrizes da saúde contidas na Constituição de 1988, assim como nas Leis Orgânicas Estaduais e Municipais e, conseqüentemente, na criação dos Conselhos de Saúde.

A voz da sociedade passou a ser sintonizada pelo canal dos conselhos de saúde. A democracia participativa dos conselhos permite a população falar em seu próprio nome, expressar seus interesses, pressionar e fiscalizar as ações do Estado. Aí, considera-se a importância da esfera pública como o *locus* privilegiado de emancipação social e de democratização das relações sociais - esfera pública em Habermas. Assim, segundo Habermas (1984), o processo entre indivíduos capazes de se comunicar deverá ocorrer por meio de uma ação social dialógica, nas quais, os

diferentes atores sociais buscam o entendimento visando interpretar a situação e obter um acordo, ou seja, o processo de entendimento faz com que os atores ajustem racionalmente as suas pretensões. (HABERMAS, 1984, p.46.)

A esfera pública organizada estaria baseada na formação de opinião livremente formada. Tudo isso, através, de um princípio de deliberação assentado no consentimento de todos os indivíduos participantes de um discurso racional, ou seja, uma forma de exercício coletivo do poder político, cuja base seja um processo livre de apresentação de razões entre iguais.

Os espaços públicos, como os conselhos gestores, os fóruns temáticos, conferências e experiências de orçamentos participativos, constituem espaços inovadores, mas sua efetivação está associada ao jogo da correlação de forças e projetos políticos presentes na arena decisória. Os conselhos formam um canal de transmissão com a sociedade, pois, ao mesmo tempo em que, os atores se organizam em movimentos de pressões, também, vão fazendo surgir interesses coletivos e comuns no espaço de negociação política.

Entretanto, o conceito de sociedade civil tem uma dimensão claramente política, enquanto espaço de luta de classe, pela hegemonia e pela conquista do poder político, por parte das classes subalternas. Ela representa o lugar onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos classistas numa visão do ponto de vista liberal.

Ela expressa a luta, os conflitos e articula contraditoriamente, interesses estruturalmente desiguais. Por isso, concebê-la sem o corte classista, como não contraditória, homogênea e articuladora de instituições indiferenciadas, tende a minimizar a percepção dos conflitos sociais e do seu papel na transformação social. (CORREIA, 2004, s/p apud DIAS, 1996, p.114).

A sociedade civil não é, portanto, homogênea, mas, espaço de lutas de interesses contraditórios, significando que a política é entendida como um fator de mediação, um campo no qual se combinam atos, regras e instituições, voltadas para a conquista do poder. Neste espaço não existe neutralidade, pois as tomadas de decisões acontecem numa arena de conflitos em torno dos projetos.

Os interesses nem sempre são consensuais, pois são sutilmente reveladas direções antagônicas para os caminhos da saúde nas diversas esferas de governo. Os representantes de setores organizados, os quais compõem os Conselhos de Saúde, podem defender interesses do capital ou do trabalho, em cada proposta apresentada e aprovada em torno da direção da política de saúde.

Todavia, nem sempre as relações formais de representação social expressas nos conselhos cumprem com seu ideário resolutivo de voz da sociedade. Vieses corporativos no âmbito dos conselhos expressam conflitos sociais latentes, que vão se refletir, muitas vezes, nas políticas públicas, emperrando o movimento dinâmico do controle social de penetrar as entranhas do Estado e impulsioná-lo para a resolução das dívidas sociais. (BRASIL. MS, 2006, p.23)

O controle social, além de publicizar, democratizar e criticar a relação do Estado com os interesses dominantes são, paradoxalmente, uma instituição em movimento, que promove a presença dos movimentos sociais na agenda governamental, também, possibilita que se olhe o processo histórico da correlação de forças, e a “saúde como questão disputada nas lutas sociais, da qual querem se apropriar os gestores, os burocratas, o capital financeiro, os planos de saúde, o capital de investimentos nos serviços de saúde”. (BRASIL. MS, 2006, p.21)

Neste sentido, estabelece-se uma linha de compreensão do controle social, como ferramenta capaz de proporcionar uma sociedade participativa e democrática, numa abordagem em que a concepção de Estado e de sociedade civil representa o eixo ordenador desta compreensão, e assim, reconhecendo-se os conselhos, como instrumento de reformulação, reestruturação dos serviços de saúde e firmamento da gestão democrática.

Desta maneira, percebemos os aspectos contraditórios dos mecanismos de participação social, via conselhos de saúde. Por um lado, apesar de terem sido conquistados sob pressão, constituem-se em mecanismos de legitimação do poder dominante e pela cooptação dos atores representativos dos movimentos sociais, e por outro lado, podem ser espaços de participação e controle social dos segmentos populares no exercício da democracia.

Sobremaneira, reafirmamos toda a história de luta pela conquista do SUS, via instrumentos de participação e, apontamos como um desses instrumentos, as Conferências de Saúde nos diversos âmbitos. Então, desde a 8ª até 13ª Conferências Nacionais de Saúde, o sistema vem mantendo, em sua trajetória, a consolidação da política de saúde enquanto seguridade social.

A mais recente Conferência foi a XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 14 e 18 de novembro de 2007, tendo como tema escolhido, “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, visando nortear as discussões sobre a reconsolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. A Conferência remeteu-nos às reflexões sobre a saúde, enquanto política integrante da seguridade social e, também, como elemento essencial ao desenvolvimento econômico, social e cultural do país.

A temática teve como ênfase, a saúde como ingrediente fundamental na qualidade de vida do ser humano, ou seja, a saúde devendo ser abordada num sentido mais amplo, como, por exemplo, ter emprego, educação, habitação, entre outros, considerando esses elementos, determinantes sociais em saúde.

Precisamos pensar no processo da reforma sanitária brasileira, trazendo para o centro dos debates as grandes questões da saúde pública e colocando a saúde como um eixo de desenvolvimento da política social. Precisamos, também, resgatar os debates sobre a promoção da saúde e dos reflexos dos determinantes sociais (trabalho, moradia, renda, etc.) na saúde da população. Devemos refletir, ainda, [...] a questão da qualidade, do acolhimento e da redução de danos (TEMPORÃO, 2007, p.3).

A Conferência foi estruturada em 3(três) eixos temáticos articulados entre si, a saber: (Jornal do Conselho Nacional de Saúde, ano 3, 2007, p.2)

- **Desafios para a efetivação do Direito Humano à Saúde no século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento:** Este eixo teve como objetivo, o tratamento da saúde, levando-se em consideração, os problemas mais prioritários da área, suas causas e as formas de enfrentamento nas três esferas de governo.

O Brasil convive em situações de saúde, com características bastante diferenciadas, nas diversas regiões do país, nas diversas classes sociais, nos gêneros, raças e etnias. Por exemplo, hoje, temos como principais causas de mortes, as doenças crônicas e as neoplasias, doenças características de países desenvolvidos, ao lado das doenças de massa, como a tuberculose, bem como as doenças por carências nutricionais, como a desnutrição, características de países dos países socialmente desfavorecidos.

Destaca-se que as discussões presentes, neste eixo, abordaram o crescimento do país, não só economicamente, mas também, no campo social, principalmente no setor saúde, sendo este, um dos grandes desafios.

- **Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde:** Teve-se como objetivo a defesa do Sistema Único de Saúde, como política de Estado, e a afirmação da saúde como direito de seguridade social.

As discussões foram direcionadas para a organização da rede de serviços, ações e cuidados com a saúde de forma que pudessem responder às demandas da população. Também, foram discutidos os Pactos pela Vida, de Gestão e em Defesa pelo SUS, na aplicação de recursos orçamentários à saúde, nas diversas instâncias, em conformidade com as metas sanitárias, traçadas pelos gestores.

- **A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde:** Buscou-se a reflexão sobre a construção de caminhos para a integração das diversas instâncias de controle social, bem como a formulação de reorganização e aprimoramento dos conselhos e conferências de saúde.

Discutiram-se, também, os caminhos de integração do trabalho das diferentes instâncias de controle das políticas sociais e econômicas, bem como a forma de organização dos conselhos, que deixariam de ser 'Braço do Poder Executivo', para serem instâncias de emancipação social.

Assim, com a intenção de reafirmar e consolidar os avanços do SUS, firmados a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, transcorreu a 13ª Conferência e, que segundo alguns atores dessa história, relatam:

Num momento crucial para os avanços do SUS. O sistema já tem grandes conquistas e resultados positivos nos indicadores de saúde do país, o que criou novas possibilidades que agora têm se for enfrentadas e resolvidas ouvindo a sociedade²⁴ (TERRA, 2007 apud BRASIL. MS, 2006, p.5);

Aconteceu num momento ímpar para a consolidação do SUS, por meio de decisões da sociedade e do governo acerca de 'gargalos', como o financiamento e a modernização da gestão do Sistema.²⁵ (FELIPE, 2007apud BRASIL. MS, 2006, p.4);

Reveste-se de grande importância para a saúde brasileira, ao avaliar como foram os últimos 20 anos e propor novas estratégias para garantir a viabilidade do sistema [...] ²⁶ (BATISTA JR. 2007 apud BRASIL. MS, 2006, p. 4);

As conferências foram pensadas como um momento privilegiado de formação da vontade política, em que se cria uma arena pública, onde os diversos atores participam de um processo deliberativo, reconhecendo suas identidades, convergências e divergências. Para que o resultado deste processo transcenda os interesses particularistas [...], é necessário que se construam teses, [...]. As teses, propostas pelo governo ou produzidas pela sociedade, são os instrumentos para gerar acordos e produzir estratégias consensuais.²⁷ (TEIXEIRA, 2007 apud BRASIL. MS, 2006, p.4).

De tal modo, nestas idas e vindas da história contada, acreditamos que o processo de consolidação do SUS, esteja numa permanente oscilação, entre o sonho e a realidade, de um sistema de saúde que garanta ao cidadão o acesso e a qualidade dos serviços de saúde ofertados.

2.2.4. Inovação dos procedimentos: O Pacto pela Saúde

Em virtude dos grandes obstáculos que o setor saúde tem enfrentado, desde a criação do SUS, com suas políticas de saúde fragmentadas e programas de saúde verticalizados, os gestores das esferas federal, estadual e municipal pactuaram, em

²⁴ Osmar Terra – Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

²⁵ Saraiva Felipe – Deputado Federal e Ex-Ministro da Saúde

²⁶ Francisco Batista Junior – Presidente do Conselho Nacional de Saúde

²⁷ Sônia Fleury Teixeira – Doc. Ciências Políticas e Presidente do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes).

reunião do dia 26 de janeiro de 2006, realizada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o “Pacto pela Saúde”.

O Pacto foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), no dia 9 de fevereiro de 2006, e publicado pela Portaria GM/MS nº. 399 de 22/02/2006, sendo estruturado em três dimensões: “Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão”. (BRASIL. MS, 2006)

Desta maneira, foram instituídas novas bases para o sistema de saúde, visando proporcionar um processo mais solidário de gestão e a reforma institucional em defesa do SUS como política de estado. Deste modo, o processo de consolidação e efetivação do sistema de saúde, parece mais uma vez, buscar formas que venham efetivar a saúde como direito de cada cidadão.

O Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes. (BRASIL. MS, 2006)

As prioridades pactuadas, no Pacto pela Vida, são:

A saúde do idoso; controle do câncer do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, tuberculose, [...] e o fortalecimento da atenção básica. (BRASIL. MS. 2006, p.8).

No Pacto em Defesa do SUS, foram definidos:

Apoio à mobilização social [...]; elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde²⁸; fortalecimento das relações com os movimentos sociais;²⁹ [...] regulamentação da EC. nº. 29³⁰ e aprovação de um orçamento geral do SUS. (BRASIL. MS. 2006, p.8).

²⁸ A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde fundamenta-se em seis princípios básicos de cidadania, juntos eles asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados.

²⁹ O Pacto pela Saúde é a afirmação da importância da participação e do controle social nos processos de pactuação e negociação.

E, por último, o Pacto de Gestão, que define:

Atribuições e responsabilidades sanitárias de cada esfera de gestão, compondo o seu Termo de Compromisso de Gestão (TCG), aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, que: “considera as responsabilidades gerais da gestão do SUS; regionalização; planejamento e programação; regulação, controle e avaliação e auditoria; gestão do trabalho; educação na Saúde e participação e controle social”. (BRASIL. MS. 2006, p.8-9).

Neste entendimento, os problemas da saúde pública brasileira, nas variadas dimensões, tanto continentais, regionais e locais, quanto individuais e coletivas, necessitam de superações que ultrapassem as esferas de gestão pública.

Logo, para o enfrentamento dessas adversidades, é preciso inovar os processos e instrumentos de gestão, como também, reconhecer a participação social como mecanismo provocador das mudanças.

³⁰ EC. 29 – Emenda Constitucional nº. 29 de 13 de setembro de 2000 – Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Hoje, o mínimo está estabelecido em 15% do orçamento público, o qual se destinará à saúde.

Capítulo 3 - A Municipalização e Gestão em Saúde.

3.1 - O Município reconhecimento do espaço das relações solidárias.

Atualmente, a aceleração tecnológica parece transtornar os valores éticos e morais, o novo ideal deve partir do reconhecimento do homem em suas essências e apoiado no movimento social, construindo um sistema de ampla participação. (LICASTRO e PELIZZA, 1999, p.44).

Na trajetória histórica e institucional da construção do sistema de saúde, no Brasil, tem-se na descentralização, um dos eixos estruturantes deste processo. Contudo, considera-se importante sublinhar que para conceber a descentralização política, é imprescindível a compreensão dos problemas locais, de seguridade, de emprego e das condições de vida de uma comunidade.

As relações comunitárias são manifestadas a partir das contradições sociais, motivadas pelas relações civis e pela política, palavra que vem do grego polis³¹, sendo o município a representação da condução desta comunidade com alguns princípios fundamentais, como: a identidade, integridade, a justiça, a equidade social, pluralismo ideológico e político, dignidade humana e qualidade de vida.

Assim, como forma de percorrermos o processo de descentralização do sistema de saúde e a municipalização das práticas sanitárias, cabe preliminarmente, conceituar “município”.

O município, segundo Licastro e Pelizza (1999) conceitua-se em: “El Municipio es una unidad política fundamental, autónoma, de base territorial, que nace naturalmente por relaciones solidarias de vecindad, y com personalidad jurídica expresada em el derecho público”. (LICASTRO e PELIZZA, 1999, p.45).

³¹ O desenvolvimento antropológico e territorial da cidade enlaça o poder da consciência com a consciência do poder, e segundo o axioma aristotélico, “a ética culmina na política”, ambas possam mostrar sua consistência na ordem social. Por esta razão, atualizar a cidade como doutrina aperfeiçoando a vida na democracia, supõe resgatar a origem sagrada da cidade, relembrando o significado do ritual de fundação presente em todas as culturas. (LICASTRO e PELIZZA, 1999, p.44).

Neste sentido, a conceituação de município abraça várias definições com características próprias. A unidade política fundamental dá direito reconhecido de uma maior descentralização política com autonomia, que se expressa na capacidade de governar com identidade própria e soberania num determinado território, o qual nasce naturalmente pelas relações e vínculos sociais firmados no cotidiano da vida em comunidade. Todo este aparato envolto de uma personalidade jurídica, expressada no direito público, protegendo a vida na comunidade e suas diversas manifestações.

Também, reafirmamos que são indispensáveis à autonomia financeira e econômica para o município, como elemento de composição da autonomia política. Assim, sem estas autonomias, o poder descentralizado seria meramente ilusório e inexequível.

A vida comunitária é boa em sua origem, pois está regida pelos princípios da solidariedade, da cooperação, da familiaridade, da identificação cultural e racial e dos interesses comuns, e o lugar mais apropriado para este exercício, é o *município*. Assim, Carvalho e Totti (2007) conceituam município, e relatam, que com a crescente complexidade social e política das realidades nacionais e internacionais, a naturalidade da vida comunitária, vem sendo substituída por uma artificialidade político-administrativa. Desta maneira, o município passa a ser visto como uma criação artificial que, somente teoricamente, reflete uma identidade comum nos elementos de territorialidade, população e administração e, então, seria visto como:

Um corpo quase sempre estranho, burocrático, distanciado, alienado e dedicado a interesses exógenos. Parte de um enorme aparato administrativo, político e econômico, cuja complexidade vai crescendo a cada dia, cujas prioridades em nada recordam a pureza original e vai corrompendo a vida comunitária. (CARVALHO E TOTTI, 2007, p.32).

No Brasil, pós 1988, com a promulgação da Constituição Brasileira, a autoridade política de cada nível de governo se torna soberana e passam existir de forma independente uma da outra, reconhecendo os municípios como entes federativos autônomos, firmando-se as realizações das gestões de políticas sociais nas bases institucionais de um Estado Federativo.

Contudo, há de se questionar esta autonomia! Os municípios têm as condições administrativas e econômicas para assumirem as responsabilidades, resultantes da descentralização dos serviços, como é o caso da municipalização do sistema de saúde?

3.2. A descentralização e municipalização do sistema de saúde.

A descentralização do sistema de saúde é princípio ético-político do processo de reformas institucionais que vem sendo implementado no Brasil, principalmente a partir do final da década de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. (BRASIL. MS, 1996).

Ao longo das discussões sobre o sistema de saúde brasileiro, deparamo-nos, muitas vezes, com questões relativas ao processo da descentralização. Entretanto, essas discussões tornam-se inesgotáveis, uma vez que a consolidação do SUS encontra-se permanentemente em processo de solidificação.

Nesta etapa, abordaremos pontos de extrema relevância na condução do processo de descentralização da gestão de saúde enquanto princípio normativo do sistema de saúde.

Assim, hoje, tem-se o reconhecimento de que a globalização como livre manifestação das forças sociais e econômicas no mercado, exige a liberação dos controles políticos do Estado à sociedade para o exercício pleno da competição ou concorrência nos moldes do liberalismo, assim então, temos como paradigma o mercado como idealizador da vida contemporânea, em vigor desde 1980 e sendo aplicado até os dias atuais.

Neste contexto, acontece a redução da presença do Estado na condução das políticas sociais e, conseqüentemente, sua transformação em políticas de caráter compensatório. Desta maneira, as políticas sociais se reconfiguram com os desmontes do sistema de proteção social assumidos pelo Estado. A política de saúde não é diferente, apresenta-se com o caráter da racionalidade econômica, na qual as propostas têm custos e responsabilidades sobre ela.

Então, mediante este caráter, o da racionalidade econômica, pergunta-se: Quem irá pagar pelos serviços ofertados? E quem deve ofertar o serviço?

A política de saúde no Brasil, dentre as políticas sociais, é a que mais aplica a descentralização em sua estrutura organizacional, normativa e jurídica. Segundo Teixeira et al (1997), podem ser identificados dois padrões de mudança, em nível dos governos locais.

Um **privatizante**, onde o melhor desempenho é entendido como aumento da eficiência na prestação de serviços, o que é buscado através da transferência de funções públicas a terceiros e da adoção de mecanismos de mercado;

Outro **publicizante**, onde o melhor desempenho é entendido como um incremento da sensibilidade do governo em detectar e agir conforme as demandas da sociedade, o que é buscado através da instituição de novos mecanismos de interlocução e do aprimoramento da relação entre Estado e Sociedade, ou seja, pela maior influência da população organizada na elaboração e no controle de políticas públicas.

(TEIXEIRA, et al, 1997, p.4).

Desta maneira, os autores afirmam que apesar da municipalização da saúde no Brasil ter um caráter publicizante, tem seu impacto sobre o poder local relativizado, tanto pelos antecedentes patrimonialistas, quanto pelo eventual predomínio do modelo privatizante na reforma do Estado.

Posto isto, considerando-se o caráter paradigmático que a saúde vem assumindo junto às outras políticas sociais, em seu modelo descentralizado, os autores propõem uma investigação que dimensione e qualifique as reações e adaptações da esfera municipal às novas responsabilidades gestoras, cotejando-as com as prescrições e expectativas do SUS.

O processo de descentralização no Brasil está atribuído à grande herança da centralização e seu impacto sobre as capacidades administrativas dos governos locais, bem como à heterogeneidade dos municípios brasileiros. Segundo Arretche e Marques (2002), o modelo centralizado, cujas origens são anteriores aos anos 30, vem sendo substituído por um sistema no qual os municípios devem vir a assumir a gestão dos programas de saúde pública e de atenção básica à saúde, além de regular a rede hospitalar instalada no município.

De tal modo, o processo não ocorreu de maneira homogênea no país. Isto é facilmente explicado, uma vez que, temos estados e municípios com características diferenciados, num país com características continentais.

Assim, cada município, busca adaptar-se às regras de acordo com as suas peculiaridades.

Cada município busca adaptar-se às regras do jogo. Eis a questão!

O Estado favorece a 'descentralização', em parte, porque no plano financeiro os recursos são centralizados em nível federal, sendo controlados pela equipe econômica do governo - Ministério da Fazenda, exercendo controle sobre os outros ministérios, governos estaduais e municipais. O comando é exercido por um 'controle férreo', estabelecido num conjunto de regras orçamentárias para os respectivos repasses de recursos.

Neste enfoque, o governo federal passa a ter o poder central e agir como agente financeiro em relação aos entes federativos. Assim, Carvalho e Totti (2007) explicitam a situação:

Este é o grande paradoxo (ou não tem paradoxo?): "um discurso teórico, federalista e municipalista, que prega a descentralização e a valorização dos governos locais, frente a uma prática política na qual prevalece a centralização férrea dos poderes" (CARVALHO E TOTTI, 2007, p.33).

Os programas de descentralização na área da saúde passam pela adesão à municipalização, envolvendo custos políticos e financeiros no compromisso de arcar com as responsabilidades da oferta universal dos serviços de saúde à população local, além de, pressupostamente, o município possuir aparato técnico à execução das ações normatizadas pelo Ministério da Saúde.

Segundo Mendes (1993), a municipalização dever inscrever-se como micro-espaço social do exercício cotidiano da construção da democracia e, portanto, da criação da cidadania. (MENDES, 1993, p. 116).

Neste sentido, observamos alguns pontos nevrálgicos no processo da municipalização, como o isolamento do município sem articulação com o espaço microrregional, o que leva à fragmentação de recursos e equipamentos sanitários e, conseqüentemente, a baixa qualidade e ineficiência do sistema. Diante disto, atualmente, os municípios encontram-se em processo de construção gerencial e articulação política, via consórcios intermunicipais, buscando a formação de uma rede de serviços de maior complexidade, otimizando custos e recursos. Esta é uma preocupação que vem sendo mantida desde a criação das normas operacionais.

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atender usuários encaminhados por outro. As negociações destas referências devem ser efetivadas, exclusivamente, entre os gestores municipais. (BRASIL. MS, 1996).

Registra-se, também, um aspecto bastante polêmico e crítico na análise da municipalização, trata-se do que chamamos de 'prefeituralização, ou seja, a centralização do poder local na figura do executivo municipal. Segundo Luz (2000), um governo centralizador do poder político como a nossa república é coerente com uma sociedade particularista (concentradora de poder) do ponto de vista social, e assim analisa:

A unidade política necessária ao funcionamento das instituições republicanas é obtida à custa de um poder centralizador e concentrador de decisões. O poder unitário tende a ser um poder autoritário, acima da sociedade, e não fruto do consenso na diversidade da sociedade civil (poder democrático). A sociedade política não representa a sociedade civil: paira acima dela, como diria Gramsci, não a integrando senão de maneira instável e coercitiva. As políticas públicas, sobretudo as sociais, são um exemplo da permanência secular destas características: unitárias, verticais e instáveis. (LUZ, 2000, p.296).

Contrapondo esta situação, estaria a figura dos conselhos municipais de saúde. Entretanto, as suas atuações, na maioria das vezes, submetem-se ao jugo do poder central, uma vez que alguns conselheiros se sentem ou estão vinculados aos interesses municipais, mesmo tendo sido eleitos por seus pares.

É preciso pensar no fortalecimento da relação do poder local com a sociedade civil, através dos movimentos sociais, como sendo uma questão fundamental. As decisões das políticas públicas deveriam ocupar um espaço, no qual a sociedade civil participaria de forma mais presente e efetiva. Segundo Bava (1995) é possível enfrentar os problemas locais e implementar política sociais com o objetivo de melhoria da qualidade de vida com formas criativas e de experiências inovadoras com a população participando da gestão municipal.

Não só se reconhece a capacidade da população de tomar decisões políticas e torná-las práticas sociais efetivas, mas vai-se além, atribuindo às prefeituras a responsabilidade de estimular esse tipo de participação e contribuir para o florescimento de uma nova cultura política, o que faz com que haja a necessidade de imprimir transparência às ações de governo, criar mecanismos que permitam o acesso da população às informações, promover iniciativas que estimulem a organização popular e possibilite o acompanhamento, a fiscalização dos projetos governamentais, além de criar espaços públicos plurais de formulação, negociação e decisão das políticas municipais. (BAVA, 1994:9 apud TEIXEIRA et al.1997, p.3).

Capítulo 4 – As práticas sanitárias em São João da Barra

4.1. As características do município de São João da Barra.

Creio que nenhum poder imperante político, cultural e religioso é gerador de esperança, no sentido de abrir a possibilidade real de outro tipo de humanidade, outro tipo de relação entre os povos e para a natureza. Está tudo viciado. Mas há imensas reservas de esperança e do novo nas massas humanas, no povo. Embora dominado e humilhado, há nele espaços de sonho, de liberdade, de práticas solidárias, de criatividade em todos os sentidos, que permitem vislumbrar uma forma diferente de organizar a vida e plasmar o futuro da humanidade e da Terra. (BOFF, 2004 apud ARBEX JR; VIANA (Orgs.), 2006, p.211).

As descrições do município e avaliação de alguns indicadores foram extraídas do documento “**Diagnóstico de São João da Barra**”, estudo realizado pelo Tribunal de Contas do Estado – TCE, no ano de 2005.

Outras fontes de pesquisa foram investigadas, entretanto, existe muito pouca documentação disponível no município, o que dificultou a sua descrição histórica, cultural, ambiental e social. Contudo, as informações levantadas tiveram um caráter, apenas descritivo, não causando nenhum prejuízo na construção da pesquisa, uma vez que o objeto da mesma refere-se às práticas sanitárias e à municipalização do sistema de saúde sanjoanense. Os dados relevantes à pesquisa foram levantados em fontes secundárias e “*in loco*”, proporcionando informações capazes de retratar o perfil de saúde do município.

São João da Barra é um município da Região Norte Fluminense, inicialmente habitada pelos índios Goitacá e que tem os seus primeiros registros datados de 1539. Quase um século depois, em 1622, nasce na foz do rio Paraíba do Sul, um “povoado de pescadores”, denominado Atafona. Mais tarde estes pescadores se deslocaram da foz criando um novo povoado, chamado São João do Paraíba do Sul.

A vila foi elevada à categoria de cidade em 17 de junho de 1850, com o nome atual de São João da Barra onde a prosperidade reinava beneficiada pela riqueza que chegava pelo porto fluvial, no Cais do Imperador, o qual escoava toda a produção de açúcar da região norte fluminense. Porém, com o assoreamento da barra e o aumento

do calado dos navios, São João da Barra perde a importância portuária e o seu reinado.

Mais uma vez, a história se repete! Hoje, está sendo construído um porto, o Porto do Açú, com a finalidade de escoar o minério de ferro vindo de Minas Gerais. A região do Açú é tipicamente uma região de restinga, com povoados de pescadores, e que inevitavelmente, está sofrendo com todos os aspectos e impactos ambientais provocados pelo empreendimento. Apenas destaque, já que esta observação não é objeto deste estudo, tal fato estará comprometido com o desenvolvimento deste município?

O município está localizado na margem direita da foz deltaica do Rio Paraíba do Sul, com um território de 431,9Km², inteiramente situado sobre a restinga, tendo uma extensão de 32 quilômetros de praias com alta concentração de iodo e areias monazíticas com um elevado valor medicinal e terapêutico, com uma população estimada de 28.980 habitantes (IBGE, Censo 2007).

Figura 1 - Localização do município de São João da Barra. RJ



Possui bolsões de mata atlântica de transição para a vegetação de restinga, possuindo as cinco faixas completas de vegetação de restinga, não existindo outras cidades com o mesmo bioma. A cidade fica na parte mais baixa da planície goitacá, numa altitude de seis metros acima do nível do mar.

Mesmo estando São João da Barra, numa posição privilegiada no ranking fluminense de 8º lugar no PIB – Produto Interno Bruto, isto não o coloca em posição confortável na qualidade de vida. A renda per capita chega a 68.013 reais, por habitante/ano, devendo isto aos royalties do petróleo³².

O município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M. 2000) de 0,723, destacando-se em 79º lugar no ranking estadual e no 2573º no ranking nacional. Também, outros indicadores, considerados determinantes sociais da saúde, como a esperança de vida ao nascer, a educação e as condições sanitárias e ambientais, revelam que o sanjoanense tem uma média de vida em torno de 69,23 anos melhor que a nível nacional que está em torno de aos 67,7 anos e que 18% dos adultos são analfabetos enquanto que o índice nacional é de 14,8% de analfabetos.

O município tem um número total de 17.450 domicílios, com uma taxa de ocupação de 47%, sendo que dos 9.253 domicílios não ocupados, 82% têm uso ocasional, caracterizando um elevado número de turistas de temporada e de finais de semana, principalmente nos balneários de Atafona e Grussaí.

Em relação à educação, o município possui 3(três) Creches, 30 escolas do Ensino Fundamental e 1(uma) escola de Educação Especial, contando assim com 4.308 alunos matriculados na Rede de Ensino Municipal para o ano de 2006.

Os dados censitários das últimas décadas apresentam uma forte redução na taxa de analfabetismo da população brasileira. Em 2000 o país ainda tinha 14% de analfabetos na população com 15 anos ou mais em contrapartida aos 7% no Estado do Rio e aproximadamente 15% em São João da Barra.

No que se refere às condições sanitárias e ambientais, os dados demonstrados no Quadro 1, revelam um panorama crítico em relação ao esgoto sanitário, no qual apenas 18,9% do município têm rede de esgoto. As outras condições sanitárias, também, evidenciam um município que tem muito por fazer e se preocupar, uma vez que os sistemas de abastecimento de água, de esgotos sanitários, de coleta e

³² Estudos da Universidade Cândido Mendes e Fundação CIDE (Jornal O GLOBO de 20/11/05).

destinação adequada de resíduos sólidos, em especial das áreas urbanas, estão diretamente ligados à qualidade de vida da população.

Quadro 1 - Medidas Sanitárias e Ambientais, ano de 2000. São João da Barra. RJ

1. Abastecimento de Água Distribuição: 9979 m ³ diários; 87% passam por tratamento convencional e o restante por simples desinfecção (cloração).				
Rede de Água 62,7%		Poço ou Nascente 36,2%%		Outro Acesso 1,1%
2. Esgoto Sanitário				
Rede de esgoto 18,9%	Fossa Séptica 43,4%	Fossa Rudimentar 35,8%	Vala 0,6%	Rio 1,2%
2. Lixo Doméstico Resíduos sólidos coletados (140 toneladas dia)				
Coleta Regular 86,3%		Terreno Baldio 1,3%		Queimadas 12,4%

Fonte: TCE/2005 – Indicadores Ambientais, Ano 2000; SIAB. DATASUS. MS, 2007

Um grande percentual das doenças nos países em desenvolvimento é proveniente da água de qualidade ruim. As enfermidades mais comuns que podem ser transmitidas são: febre tifóide, disenteria, cólera, diarreia, hepatite, leptospirose e giardíase sendo que o tratamento do esgoto sanitário constitui uma das mais importantes medidas preventivas dessas enfermidades. O saneamento é definido pela Organização Mundial de Saúde - OMS como um dos controles dos fatores do meio físico que exercem ou podem exercer efeitos nocivos sobre a saúde do homem, incluindo as medidas que visam a prevenir e controlar as doenças transmissíveis ou não.

Quanto à economia, as principais atividades econômicas do município estão mais diretamente ligadas ao turismo, à agropecuária, à olericultura, à fruticultura nativa, à pesca, às indústrias de bebidas e doces caseiros, assim como artesanatos em palhas, conchas, couro e escamas de peixes.

Os dados levantados para o ano de 2004 revelam que a grande parte da arrecadação municipal, quase 70%, vêm do repasse dos royalties do petróleo, com referência do poço de Roncador, observando-se uma predominância das transferências correntes e dos *royalties*, já que a receita tributária representou 2% do total. São João da Barra tem suas receitas correntes comprometidas em 93% com o custeio da

máquina administrativa. Sua autonomia financeira é de 3,1% e seu esforço tributário alcançou 5,1% da receita total. A dependência de transferências da União, do Estado e dos *royalties* atingiu 95%.

Os dados apresentados me fazem lembrar uma análise feita por Carvalho e Totti (2007), no artigo 'Município para qué o para quién?', no qual fazem uma reflexão sobre o município e sua autonomia.

A arrecadação municipal é insuficiente e tem várias explicações possíveis. Em primeiro lugar, a existência de transferências dos outros níveis de governo estimula o que se denomina de 'renúncia fiscal', ou seja, a não cobrança de impostos por parte das prefeituras; ao que se segue a falta de vontade política para cobrar impostos, na medida em que os 'impostos' são uma instituição culturalmente impopular em todas as partes. Para os políticos populistas, rende muito mais dividendos eleitorais a isenção do que a cobrança de impostos. Outro fator responsável da pouca arrecadação é, sem dúvida, a pobreza generalizada da maior parte da população, o que a torna relativamente incapaz de pagar impostos. Por último, podemos apontar a incapacidade administrativa das prefeituras para montar e manter um sistema fazendário eficiente e atualizado, o que torna uma tarefa onerosa e ineficiente. (CARVALHO E TOTTI, 2007, p.30).

4.2. O sistema local de saúde e a municipalização.

A situação de saúde no município de São João da Barra é resultado de uma longa caminhada em estreita relação como a história de construção do SUS e da estruturação do sistema de saúde no município. A municipalização deu-se no início da década de 90, atendendo à legislação em vigor.

Na busca da consolidação do sistema, com base no processo de redemocratização, através da Lei nº 29/91 de 22/11/1991, criou-se o Conselho Municipal de Saúde de São João da Barra, em consonância com a Lei nº 8.142/90, visando garantir a participação da comunidade na definição da política de saúde do município, assim como, na execução das ações e seu financiamento, na busca da solidificação do controle social, bem como, na seqüência deu-se, a criação do Fundo Municipal de Saúde sob a Lei nº 07/97 de 11/06/1997 com o objetivo de administrar os

recursos financeiros destinados à saúde.

Dessa maneira, vem sendo construída, ao longo de uma década e meia, a rede de saúde, hoje, formada por: Unidades Básicas, Policlínicas com atendimento especializado e rede de Urgência e Emergência, além das estruturas necessárias ao controle da rede contratada e conveniada, bem como, a implantação de projetos e programas especiais.

O município está habilitado, normativamente, à condição de Gestão Plena da Atenção Básica sob a égide do modelo normativo NOAS. SUS. 01/01, não tendo havido adesão ao modelo atual, o Pacto pela Saúde, expresso pelas Portarias nº 399 de 22/02/06 e nº 699 de 30/03/2006.

A Atenção Básica deve ser compreendida como o conjunto de ações prestadas às pessoas e à comunidade, com vistas à promoção da saúde e à prevenção de agravos, bem como seu tratamento e reabilitação no primeiro nível de atenção dos sistemas locais de saúde. (MS. Política Nacional de Atenção Básica-Série Pactos pela Saúde, Ano 2006, pág. 10).

Nesta condição normativa, o município é responsável pela: Gestão e Execução da Assistência Ambulatorial Básica; Ações Básicas de Vigilância em Saúde; Gerência de todas as Unidades Ambulatoriais ou Privadas; Autorização de Internações Hospitalares; Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e Controle e Avaliação da Assistência Básica.

4.2.1. O Conselho Municipal de Saúde de São João da Barra

Apresentamos, sucintamente, a composição textual da Lei 29/91, em seus capítulos e artigos de relevância às argumentações da análise.

Capítulos I – Objetivos

Art. 1º - Fica instituído o Conselho Municipal de Saúde - CMS, em caráter permanente, como órgão deliberativo do Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito do Município;

Art. 2º - Sem prejuízo das Funções do Poder Legislativo, é competência do Conselho Municipal de Saúde, a saber: 'definir as prioridades para Saúde; estabelecer diretrizes; definir critérios; acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde; entre outras'.

Capítulo II

Seção I – Da Composição

Art. 3º - O Conselho Municipal de Saúde será composto por 12(doze) Membros com a seguinte distribuição: 6(seis) representantes dos usuários; 3(três) representantes do Poder Público Municipal, sendo 1(um), o Secretário Municipal de Saúde; 2(dois) representantes dos Profissionais de Saúde e 1(um) representante dos prestadores de serviços de saúde.

& 2º - Quem ocupar cargo de confiança no poder público ou fizer parte da diretoria de Entidade que tem direito a representação no Conselho, quer como titular ou suplente, não poderá participar do CMS representando outra Entidade.

&5º - O Secretário Municipal de Saúde é *membro nato do CMS* e seu Presidente.

Seção II – Do Funcionamento

Art. 6º - O CMS terá seu funcionamento regido pelas seguintes normas:

I – O Órgão de deliberação máxima é o Plenário.

III - Para a realização das sessões será necessária a presença de 2/3(dois terços) dos Membros do Conselho Municipal de Saúde, que deliberará pela maioria dos votos.

Art. 12º - O mandato dos Conselheiros será de 2 (dois) anos.

Art. 13º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. Gabinete do Prefeito, 18 de outubro de 1991, assinado pelo Prefeito Genecy Mendonça.

Assim, a partir do texto legal, podemos perceber questões relevantes para análise do processo investigativo, através dos documentos referentes à participação em reuniões ordinárias, como a VII Conferência Municipal de Saúde em julho de 2007

e, também, em reuniões extraordinárias, como a apresentação do relatório de gestão do período de 2006 e 2007, ficando evidente que:

1. Considerando o Capítulo 1, Art. 2º, no qual está explicitado que é competência do Conselho, definições de prioridades e critérios e, também, acompanhamento, avaliação e fiscalização dos serviços, dentre outras, tecemos os seguintes comentários:

- a) Nas reuniões, nas quais participei como ouvinte, observadora e até expositora, percebi que o acompanhamento e avaliação dos serviços ofertados pela rede de saúde, não são colocados em prática por parte dos conselheiros, ou seja, poucos são participativos no cotidiano das unidades de saúde. Entretanto, torna-se bastante difícil, este acompanhamento e avaliação, uma vez que, não existem instrumentos de supervisão na rede de saúde;
- b) As apresentações de resultados das ações são apresentadas pela Secretaria Municipal de Saúde e pouco discutidas, sendo percebido, um total consentimento da maioria dos conselheiros na aprovação dos resultados;
- c) As apresentações dos técnicos, responsáveis pelos diversos programas, transcorreram de forma tranqüila, não havendo nenhum tipo de questionamento, quanto aos resultados apresentados;
- d) Percebe-se que por parte de alguns, o que está sendo discutido é algo que não está na compreensão dos mesmos. Por exemplo, quando se apresenta a cobertura de metas pactuadas junto ao Ministério da Saúde para as doenças notificáveis. Os termos técnicos são rebuscados por demais, para a compreensão da maioria.
- e) Que a fala dos técnicos, em sua maioria, está fora do alcance da compreensão da maioria dos conselheiros.

Neste sentido, observa-se que o poder técnico, de alguma forma, pareceu intimidar alguns conselheiros, principalmente, representantes do segmento 'usuário. E, assim, a comunicação entre os pares do conselho, não expressam com clareza, o que está sendo discutido. Na verdade, o entendimento do discurso se apresenta desigual entre iguais e o discurso do dominante desqualifica a voz do oprimido.

Desta maneira, segundo Habermas (1987), o fundamento da comunicação está nas relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre

classes, grupos e culturas e seus significantes, aparentemente iguais, carregam conotações e significados expressivos da própria realidade conflitiva. (HABERMAS, 1987, p.94 apud MINAYO, 2004, p.225).

Então, compreende-se que numa sociedade marcada por relações sociais de produção profundamente desiguais, a comunicação está sistematicamente perturbada. A linguagem é um índice de alienação que expressa à dominação dos homens sobre seus semelhantes³³.

2. Considerando o Capítulo 2, Art. 3º, & 2º, no qual está descrito que não poderá participar do Conselho quem ocupar cargo de confiança no poder público ou fizer parte da diretoria de Entidade que tenha representação no Conselho, comento:

a) Existem evidências de membro do conselho, do segmento 'usuários', estar participando direta ou indiretamente da administração pública;

b) Assim, o papel de fiscalizador, descrito no Capítulo 1, Art.2º está comprometendo a sua função e, ao mesmo tempo, descumprindo a deliberação pautada no item 2. Exemplificamos esta situação, fazendo uma observação em relação ao Programa de Atenção ao Idoso: Este programa fez parte das propostas aprovadas na VI Conferência Municipal de Saúde em 2005, na qual foi aprovada a implantação deste programa em nível municipal. Pois bem, já transcorreu a VII Conferência no ano de 2007 e, até hoje, o programa não foi implantado e nem sequer cobrado pelo conselho.

c) Perguntamos: Como é possível fiscalizar a si próprio?

Assim, fica claro, a cooptação de alguns de seus conselheiros. Por exemplo, existem conselheiros que atuam como agente fiscalizador do sistema de saúde, como também, coadjuvante deste sistema, uma vez que são contratados para exercerem funções junto à Secretaria Municipal de Saúde.

³³ *Ibid.*, p. 225.

4.2.2. As Conferências Municipais de Saúde de São João da Barra.

Na trajetória do Sistema Único de Saúde de São João da Barra, ao longo dos 16 anos, a partir da criação do Conselho Municipal de Saúde - CMS foram realizadas (sete) Conferências Municipais de Saúde, com o objetivo de traçar junto ao Poder Público Municipal, a Política Municipal de Saúde.

Serão mencionadas a VI e VII Conferências Municipais de Saúde, referente ao período de equivalência da pesquisa, entre 2005 e 2008, objetivando destacar as deliberações de maior relevância ao setor saúde.

VI Conferência Municipal de Saúde de São João da Barra

Temática: “Políticas Públicas de Saúde – SUS em São João da Barra”



Figura 2
VI Conferência Municipal de Saúde, realizada em 24 de novembro de 2005 no Auditório da Prefeitura de São João da Barra. RJ.



Fonte: Arquivo da Secretaria Municipal de Comunicação Social de São João da Barra.

Foi realizada em 24 de novembro de 2005, no auditório oficial do município, tendo como objeto, a 'avaliação dos 15 anos de SUS', seus reflexos e influências sobre as políticas de saúde do município, bem como, as conclusões que privilegiam a participação da sociedade local nas definições da condução dos programas de saúde com bases nas diretrizes do SUS.

Em síntese, destacamos alguns pontos que foram recomendados ao Poder Público na organização e planejamento das ações de saúde, a saber:

- Formação de uma política de planejamento familiar;
- Prioridades para o Programa de Saúde da Família;
- Implantação do Programa de Atenção ao Idoso;
- Estímulos às parcerias com o Hospital de Referência – Santa Casa de Misericórdia de São João da Barra;
- Implantação do Programa de Odontologia especial;
- Promover uma política para saúde mental e;
- Promover a capacitação dos profissionais de saúde da rede pública municipal;
- Ratificação a deliberação da V Conferência Municipal de Saúde, nos itens ainda não implantados e implementados pelo município.

VII Conferência Municipal de Saúde de São João da Barra

Temática: “Pacto pela Vida”

Foi realizada em 31 de julho de 2007, tendo como tema principal o ‘Pacto pela Vida’, havendo destaques para o que foi considerado – Pacto pela Vida.

Alguns pontos foram discutidos, como:

- O início da nova era da Saúde Pública no Brasil;
- Saúde é um direito do cidadão e dever do Estado;
- Comando Único da Saúde – SUS.

Além de se destacar a importância da gestão participativa em saúde e dentre tantas propostas, algumas se destacaram, como:

- Implantação do Programa Saúde da Família em Grussaí;
- Criação de Núcleo de Recursos Humanos;
- Descentralização da Farmácia Popular no 5º Distrito;
- Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde em áreas descobertas;
- Atuação do Conselho no planejamento das diretrizes da oferta da assistência de saúde;
- Acesso ao Planejamento Familiar pelo casal;

- Sistematização da prestação de contas do Conselho Municipal de Saúde junto aos municípides.

Na linha investigativa, foi observado no “Livro Ata” do Conselho Municipal de Saúde de São João da Barra, que algumas deliberações aprovadas nas Conferências, nem sempre se fizeram valer, ou seja, não se implantou alguns serviços e ações.

Desta maneira, podemos entender que as Conferências enquanto instrumentos de participação na consolidação das políticas públicas de saúde, em algumas vezes, são realizadas como mero protocolo de exigência normativa do sistema e não como espaço de construção dessas políticas. Assim, a participação dos conselheiros nestas Conferências e nas reuniões do Conselho, não faz prevalecer, o verdadeiro papel de cada um, que é o controle social.

4.3. O diagnóstico local de saúde

No intuito de evidenciar as práticas sanitárias implantadas e atuantes em São João da Barra, a presente pesquisa teve como aporte estrutural a descrição e análise das informações levantadas, através das fontes primárias e secundárias. Nas fontes primárias foram visitados sistemas de informações de saúde³⁴, instalados na Coordenação Municipal de Epidemiologia. E, nas fontes secundárias, foram levantadas as informações, obtidas junto ao banco de dados, da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro e do Ministério da Saúde, disponíveis na internet³⁵.

A análise descritiva agregou as informações selecionadas para o Brasil e região Sudeste, para o Estado do Rio de Janeiro como um todo e a região Norte Fluminense, assim como para o município de São João da Barra. Os indicadores mais relevantes tiveram um tratamento comparativo, buscando compreender a situação de saúde do município em relação às demais regiões citadas. Os indicadores selecionados foram:

³⁴ Estes sistemas foram desenvolvidos pelo DATASUS. MS: Sistema de Informação de Mortalidade-SIM; Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC; Sistema Nacional de Agravos Notificáveis – SINAN; Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e outros.

³⁵ <http://www.saude.rj.gov.br/informacoes>; <http://www.datasus.gov.br>.

- Indicadores de Recursos – estrutura e produção ambulatorial e hospitalar;
- Indicadores de Mortalidade – mortalidade infantil, materna e geral;
- Indicadores de Morbidade – agravos notificáveis;

4.3.1. Estrutura Organizacional da Rede de Saúde

Inicialmente, utilizaremos a descrição da rede de saúde e estruturas existentes. A rede de saúde de São João da Barra, como se observa no Quadro 2, é formada de 07(sete) Unidades Básicas de Saúde, 01(uma) Unidade de Saúde da Família, com atendimento da população adscrita, ou seja, demarcada num determinado território; 04(quatro) Unidades Mistas, com atendimento ambulatorial e de emergência/urgência e 2(duas) Policlínicas com atendimento especializados, além de contar com 1(uma) Unidade Móvel e com um Hospital filantrópico, Santa Casa de Misericórdia de São João da Barra.

Quadro 2 - Rede de Saúde, segundo nível de complexidade e localização, ano 2007. São João da Barra. RJ

Unidades de Saúde/localização	Quantidade
Unidade Básica de Saúde – UBS	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Unidade Básica de Saúde de Atafona ❖ Unidade Básica de Saúde de Cajueiro ❖ Unidade Básica de Saúde Felix de Sá ❖ Unidade Básica de Saúde de Grussaí ❖ Unidade Básica de Saúde de Sabonete ❖ Unidade Básica de Saúde de Palacete ❖ Unidade Básica de Saúde de Quixaba 	7
Unidade de Saúde da Família – PSF	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ PSF de Nova São João da Barra 	1
Policlínicas de Saúde	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Policlínica de Saúde Central ❖ Policlínica de Saúde do Sabonete 	2
Unidade Mista/Posto de Urgência – PU	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Unidade de Saúde do Açú ❖ Unidade de Saúde de Barcelos ❖ Unidade de Saúde de Mato Escuro ❖ PU Central – Sede 	4
Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São João da Barra	1

- Existência de uma unidade móvel para atendimento odontológico, no momento, desativada.

Fonte: SMS/CNES de SJBARRA. RJ, Ano 2007.

Deste modo, a estrutura organizacional da rede está modelada em: Unidades Básicas de Saúde com atendimentos de pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica e odontologia; Unidades Mistas - Postos de Urgências (PU) com atendimento ambulatorial e de emergência/urgência; Policlínicas, em caráter secundário de atendimento – 2º nível, totalizando 16 especialidades, como neurologia, cardiologia, dermatologia, oftalmologia, ortopedia, angiologia, psiquiatria, entre outras; Unidade Móvel com atendimento médico e odontológico, em caráter itinerante e, por último, com o atendimento hospitalar, em caráter de contratualização de serviços, realizado pela Santa Casa de Misericórdia de São João da Barra.

Em relação à estrutura, destacamos que as ofertas dos serviços são de responsabilidade das unidades de saúde, as quais denominarão de 'operativas'. Entretanto, cabe destacar que todo e qualquer procedimento técnico, inserido no atendimento à população, segue padrões normativos, denominados de protocolos, os quais são definidos pelo Ministério da Saúde e aplicados, em nível municipal, pelas coordenações das áreas programáticas. Deste modo, a rede de saúde está organizada em dois eixos, a saber: os segmentos operativos e os normativos.

Os segmentos operativos estão sob a responsabilidade da administração das Unidades de Saúde em seus diferentes níveis de complexidade, na figura do 'administrador', que no caso de São João da Barra, não são cargos técnicos. Os cargos são ocupados por pessoas de confiança do executivo, e que em sua maioria, não apresentam formação condizente a um cargo de gestão. Portanto, não está sendo considerado o conhecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, como elemento fundamental, na gestão dessas unidades. Assim, dando evidências que, possivelmente, as ocupações dos cargos estão em obediência a interesses individuais e políticos e não aos interesses coletivos de toda a comunidade.

No que se refere aos segmentos normativos, a Secretaria está organizada em diversas áreas programáticas, responsáveis pelos programas e pelas ações de vigilância da saúde. Os programas são vistos como instrumentos responsáveis pelos procedimentos técnicos a serem executados, bem como acompanham a evolução dos indicadores de saúde e o cumprimento das metas pré-estabelecidas, os quais estão

sob a responsabilidade das Coordenações Técnicas³⁶ de cada área específica, a saber: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança, Planejamento Familiar, Tuberculose, Hanseníase, Saúde Bucal, DST/AIDS³⁷, Hipertensão³⁸, Programa de Agente Comunitário de Saúde, entre outros, além de contar em sua estrutura organizacional com as Coordenações das Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental.

A normatização das ações tem um papel importantíssimo na efetivação das ações e na sua eficácia, uma vez que estabelece: Como, quando, porque e a quem deve ser aplicada uma determinada conduta?

Os protocolos assistenciais implantados, se incorporados, efetivamente, à prática dos profissionais de saúde, servirão de instrumentos que irão assegurar a integralidade da atenção à saúde, além de serem considerados aportes instrumentais da gestão da clínica e das patologias, ampliando a resolutividade das ações básicas de saúde e demais pontos da atenção à saúde.

Nesta linha, incorpora-se à rede de saúde, o Programa Saúde da Família – PSF³⁹, pleiteado e votado, desde 2005, na VI Conferência Municipal de Saúde, sendo somente implantado em setembro de 2007, o que reforça uma discussão feita no capítulo III desta pesquisa, no qual fica evidente a fragilidade do Conselho Municipal de Saúde de São João da Barra, enquanto instância de controle social.

A Unidade de Saúde da Família - PSF de Nova São João da Barra abrange os bairros de Nova São João da Barra, Chatuba e Água Santa, dando cobertura a 700 famílias e 2.800 pessoas. E, mais recentemente, inaugurados, as Unidades de Saúde da Família do Carrapicho e do Campo de Areia, atingindo uma cobertura da população de 7,64%.

³⁶ As metas pré-estabelecidas referem-se às coberturas de indicadores de saúde, como cobertura vacinal, redução das taxas de infestação do *Aedes aegypti*, entre outras. A Programação Pactuada Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI. ECD contém o resultado da programação acordada entre municípios quanto à assistência, vigilância sanitária e ambiental.

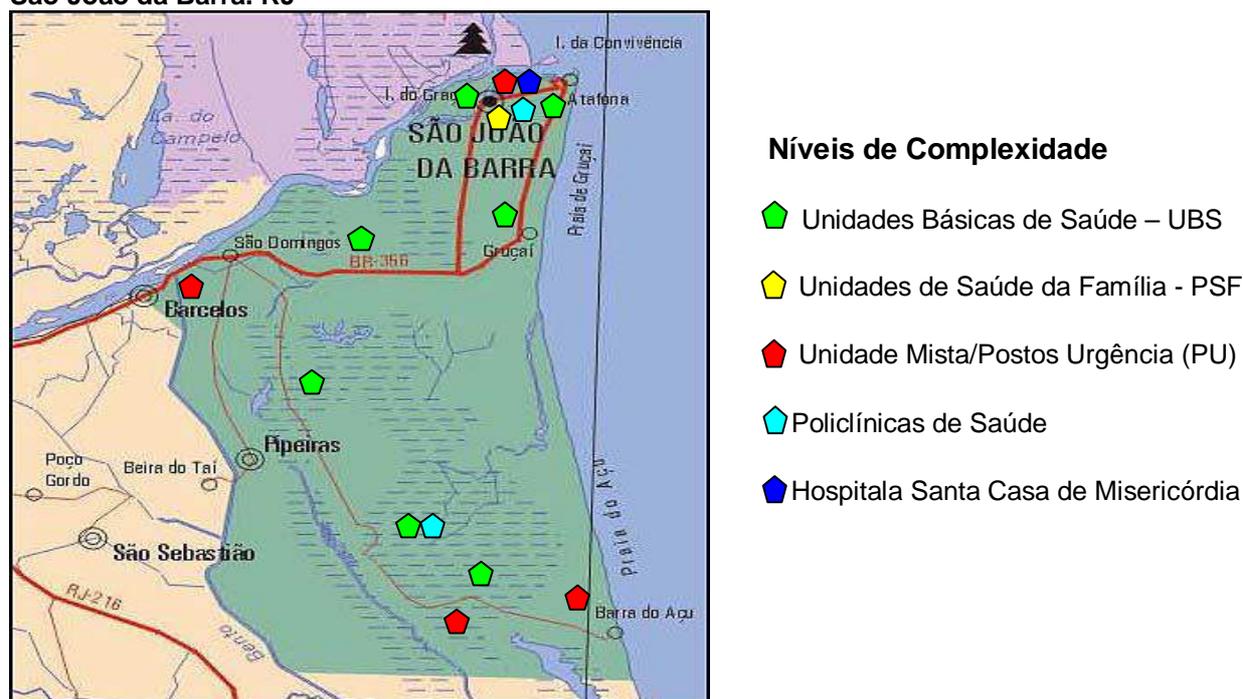
³⁷ **DST/AIDS** – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Doença da Imunodeficiência Adquirida.

³⁸ Hipertensão – Programa de Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

³⁹ O **PSF - Programa de Saúde da Família**, proposto pelo Ministério da Saúde, surge como uma proposta inovadora em relação ao modelo de assistência à saúde, sendo uma estratégia entendida no contexto da vigilância da saúde, centrada na promoção da saúde e da qualidade de vida.

O sistema de saúde dispõe de uma rede física capacitada para a realização dos serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade, conforme demonstrado na figura 2, tendo como marcador de sua ordenação espacial, as vias de acessos, como a rodovia BR. 316, vias públicas entre a sede e as localidades de Atafona e Grussaí e estradas vicinais das localidades do 5º distrito. Pela rodovia, circundam as Unidades de Cajueiro e Barcellos, ocupando 13,34% da rede. As unidades que tem acesso pelas vias públicas são as unidades localizadas na sede do município, como: Unidade de Saúde Félix de Sá, PU Central, Policlínica Central e Unidade de Saúde da Família, bem como as unidades localizadas em Atafona e Grussaí, as quais totalizam uma ocupação de 46,66%. Tendo acesso pelas estradas vicinais, estão às unidades básicas de saúde do Palacete, Quixaba e Mato Escuro, o PU do Açú e Sabonete e, também, a Policlínica de Sabonete, ocupando os restantes 40% de toda a rede de saúde.

Figura 3 - Mapeamento das Unidades de Saúde, segundo níveis de complexidade, ano 2007. São João da Barra. RJ



Fica evidente que a distribuição das unidades de saúde no território de São João da Barra tem um caráter político-administrativo e econômico. Percebe-se que, na região próxima ao litoral, entre Grussaí e Açú (5º distrito) não existe nenhuma unidade de saúde instalada. Na verdade, a instalações das unidades de saúde estão próximas as vias públicas. Esse caráter está vinculado à economia local, no qual se utiliza das

vias de acesso para escoar os produtos agrícolas, bem como, o deslocamento da população até os lugares com mais recursos, como: a Barra do Açu, Barcelos e a sede do município.

Assim, essas áreas mais distantes, das vias de acesso, têm uma tendência à pulverização da população, levando à baixa densidade demográfica, como também, a baixa cobertura dos serviços de saúde. Neste caso, buscando contornar a situação, justificar-se-ia a implantação de Unidade de Saúde da Família - PSF com a participação de agentes comunitários de saúde, realizando o atendimento básico e, buscando referendar o atendimento de maior complexidade à rede de saúde.

Finalizando a descrição organizacional, destaco que além da Secretaria Municipal de Saúde, algumas instituições compõem a rede de saúde no município: são as Organizações Não Governamentais – ONGs, desenvolvendo algumas ações de saúde voltadas a população carente, como é o caso da Associação Humanitária Geraldo Costa, entidade filantrópica que presta serviços à comunidade, essencialmente, pesqueira da Colônia Z-2 de Atafona. Esta organização oferece atendimento de odontologia, psicologia, fisioterapia, nutrição, advocacia, ensino de informática, arte e cultura, desempenhando um papel de cunho social.

A segunda questão desta análise, diz respeito à funcionalidade da rede. A análise foi desenhada, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, constantes no Plano Nacional de Saúde⁴⁰, obedecendo aos seguintes recortes: **atenção à saúde, condições de saúde da população e o investimento em saúde.**

4.3.2. Funcionalidade da Rede de Saúde do Município.

4.3.2.1. As linhas de Atenção à Saúde

As diversas linhas de atenção à saúde, como: a atenção básica, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar e serviços de emergência e urgência,

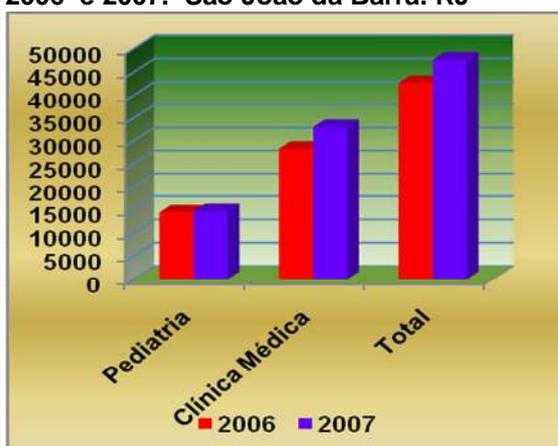
⁴⁰ Plano Nacional de Saúde: Um Pacto pela Saúde no Brasil, 2004, aprovado através da Portaria 2607 de 10/12/04. O Plano é um instrumento de referência para a gestão da saúde e para o controle social.

devem buscar a reorganização das práticas sanitárias, historicamente, hospitalocêntricas, em práticas coletivas que levem à promoção da saúde com ênfase na humanização do atendimento.

A partir dos dados levantados, evidenciaram-se nos anos de 2006 e 2007, um total de 90.235 mil consultas na rede básica de saúde, referentes às consultas de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia, havendo um incremento de 11.69 pontos percentuais no número de consultas básicas por categoria profissional. As consultas especializadas foram realizadas pelas Policlínicas de Sabonete e Central, constatando-se um total de 44.911 mil consultas nas diversas categorias, revelando um incremento de 58.23 pontos percentuais de um ano para outro.

A pesquisa revela que houve um incremento no número de consultas de um período para o outro, especialmente no atendimento especializado, conforme pode ser observado nos gráficos 1 e 2. Evidencia-se que as consultas de clínica médica são as mais procuradas, seguidas pelas consultas de pediatria, enquanto que no atendimento especializado, as maiores procuras são para a cardiologia, seguidas da neurologia, oftalmologia e psiquiatria.

Gráfico 1
Número de consultas médicas, por categorias nas Unidades de Saúde, anos 2006 e 2007. São João da Barra. RJ



Fonte: SMS/CNES. São João da Barra. RJ, 2007

Gráfico 2
Número de consultas especializadas nas Policlínicas Municipais, anos 2006 e 2007. São João da Barra. RJ



Fonte: SMS/CNES. São João da Barra. RJ, 2007

Constatou-se, também, que o número de consultas de pediatria, registrou um aumento, de apenas, 1.66% de um ano para outro, numa média de 14.620 mil consultas em crianças menores de 14 anos, equivalendo a 1,85 consultas/ano/habitante, estando desta maneira abaixo da média de consulta *per capita*

no Estado do Rio de Janeiro que é de 2,99 e no Brasil de 3,4 consultas na infância. Desta forma, As crianças sanjoanenses estão tendo uma média de 1,35 consultas a menos do que em níveis estadual e nacional (IBGE – PNAD/2003 – Saúde)

Diante do resultado encontrado em relação à média de consultas, buscou-se avaliar o desempenho dos profissionais da rede básica nas 3(três) categoria analisadas, no período de janeiro a junho de 2007, com a intenção de demonstrar a produção ambulatorial mensal de cada profissional. Os dados coletados foram advindos do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) de cada profissional, sendo tabulados numa planilha própria e consolidados, ao final do semestre.

Os números analisados referem-se ao atendimento por especialidades básicas, como: clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia. Foram totalizados 27.070 atendimentos no período acima citado e descritos na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição e proporcionalidade dos atendimentos básicos, por categorias médicas, segundo Unidades de Saúde, 1º semestre de 2007. São João da Barra. RJ

Unidade de Saúde	Clínica Médica		Pediatria		Ginecologia/ Obstetrícia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Açu (*)	5037	36,39(**)	545	7,10	428	7,71	6010	22,20(***)
Atafona	970	7,01	735	9,57	580	10,45	2285	8,44
Barcelos	0	0,00	1670	21,75(**)	1390	25,05(**)	3060	11,30
Cajueiro	1414	10,22	559	7,28	134	2,41	2107	7,78
Félix de Sá	21	0,15	1831	23,84(**)	1715	30,90(**)	3567	13,18(***)
Grussaí	1149	8,30	755	9,83	548	9,87	2452	9,06
Mato Escuro (*)	4092	29,56(**)	442	5,76	0	0,00	4534	16,75(***)
Palacete (*)	275	1,99	253	3,29	189	3,41	717	2,65
Quixaba (*)	399	2,88	428	5,57	86	1,55	913	3,37
Sabonete (*)	484	3,50	461	6,00	480	8,65	1425	5,26
Total	13841	51,13(**)	7679	28,37	5550	20,50	27070	100,00

(*) Unidades do 5º Distrito

(**) Maiores percentuais por categoria médica

(***) Maiores percentuais por Unidade de Saúde

Fonte: SMS. CNES. Boletim de Produção Ambulatorial./São João da Barra. RJ

Ao observarmos a tabela 1, destacamos que as Unidades do Açu, Mato Escuro e Félix de Sá apresentam os maiores percentuais de atendimentos 22,20%, 16,75% e 13,18%, consecutivamente, em relação ao total dos pacientes atendidos, sendo a

clínica médica, a categoria de maior percentual, equivalendo a 51,13% em relação às outras. As Unidades do Açú e Mato Escuro ocupam 36,39% e 29,56%, dos atendimentos nesta categoria, consecutivamente. Em relação aos atendimentos de pediatria e ginecologia/obstetrícia, evidencia-se que as unidades Félix de Sá e Barcelos apresentam os maiores percentuais em relação às outras unidades de saúde.

Neste cenário, a partir das diferenças e peculiaridades dos resultados encontrados, destacamos algumas situações que, provavelmente, possam justificar o panorama encontrado:

- As unidades de maior percentual em atendimento, por clínica médica, estão localizadas no 5º distrito e se configuram como unidade mista, ou seja, possuindo atendimento ambulatorial e emergencial, em caráter de 24 horas, o qual oferece atendimento a todos os grupos etários da população;
- A população migra para estas unidades, em sua maioria, buscando atendimento emergencial, por estar sendo acometido de alguma manifestação de dor ou incômodo;
- A procura pelo atendimento como: vacinação, acompanhamento mensal de crianças, entre outras ações de rotina, é muito pequena;
- Os atendimentos de pediatria e ginecologia/obstetrícia migram para dois pólos: um na sede do município, sendo representado pela Unidade Félix de Sá e outro em Barcelos, através da Unidade de Barcelos (PU) com atendimento ambulatorial e emergencial, tendo uma localização de proximidade ao 5º distrito. Esta proximidade, possivelmente, permite escoar toda a demanda de crianças e gestantes residentes no 5º distrito.

Nesta vertente, evidencia-se um grande contraste na região do 5º distrito, em relação ao número de atendimento por unidades de saúde, região e categorias médicas. As Unidades de Palacete, Quixaba e Sabonete apresentam uma produtividade ambulatorial muitíssimo pequena em relação às Unidades do Açú e Mato Escuro.

Todas estas evidências sugerem uma análise focada na relação oferta x demanda dessa região, adequando as necessidades reais da população, bem como, avaliando o modelo assistencial e, por fim, realocando os recursos existentes.

Nesta linha de análise, demonstraremos a produtividade dos profissionais das categorias estudadas, no período de janeiro a junho de 2007, sendo correlacionado o número total de atendimentos à carga horária trabalhada e tomando como parâmetro, o número de consultas mínimas estabelecidas no município⁴¹ que são 35(trinta e cinco) consultas/semanais por categoria médica. Foi analisada a produção ambulatorial de 15(quinze) profissionais de pediatria, 21(vinte e um) profissionais de ginecologia e obstetrícia e 41(quarenta e um) profissionais de clínica médica. Cabe lembrar que alguns profissionais distribuem sua carga horária em mais de uma unidade de saúde

A organização dos resultados obtidos está expressa em números absolutos e relativos (%), estando evidenciados no quadro 2. A metodologia traçada para esta análise baseou-se na avaliação do percentual de produtividade, identificando à maior e a menor produtividade, assim como, a média de produtividade por categoria médica, evidenciando-se a relação da meta estabelecida versus a média atingida, buscando observar as possíveis oscilações no desempenho desses profissionais

Quadro 3 - Proporcionalidade (%) em relação ao nº de atendimentos realizados e preconizados por categorias médicas, 1º semestre de 2007. São João da Barra. RJ

Referências	Categorias	Clínica Médica	Pediatria	Ginecologia/ Obstetrícia
Nº de Profissional por categoria		41	15	21
Nº Atendimentos preconizados		34440	12600	17640
Nº Atendimentos realizados		13841	7679	5550
Proporção (%) atingida por atendimento e categoria		40,19	60,94	31,46
Relação proporcionalidade (%) entre a meta estabelecida versus meta atingida		-59,81	-39,06	-68,54
Maior (%) produtividade por profissional nos atendimentos realizados		12,17	15,39	17,21
Menor (%) produtividade por profissional nos atendimentos realizados		0,07	3,27	0,30
Média (%) produtividade por profissional		2,43	6,67	4,76

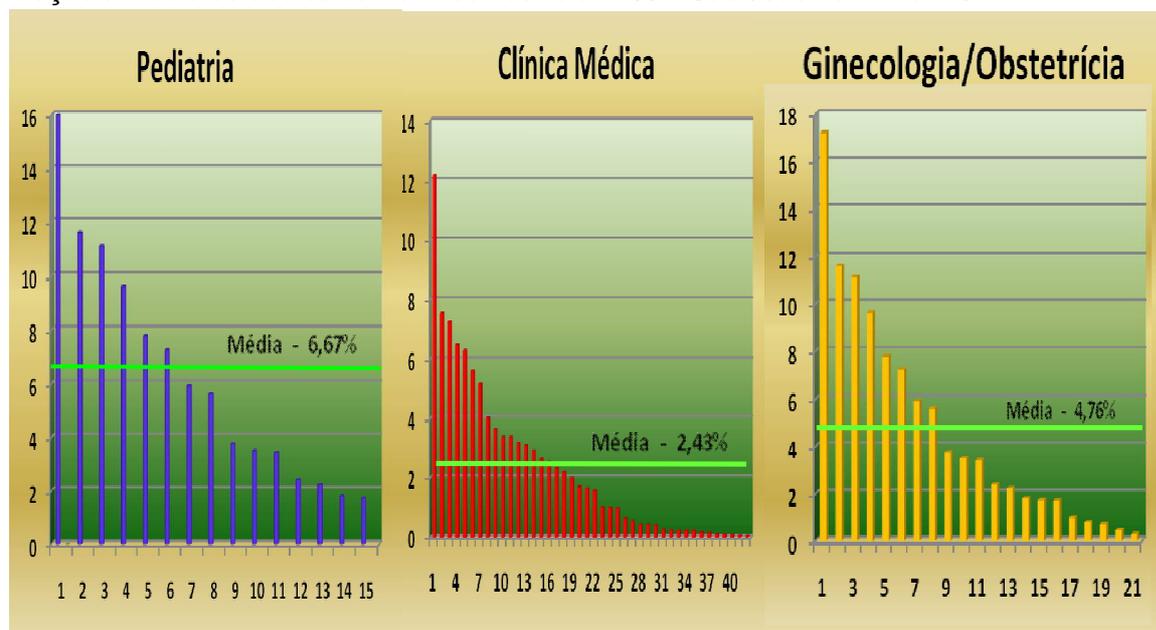
Fonte: SMS/Boletim de Produção Ambulatorial/São João da Barra. RJ.

⁴¹ O número padrão é de 20(vinte) consultas/dia com uma carga horária de 2(dois) dias semanais, equivalente a 160(cento e sessenta) consultas/mês. No município de São João da Barra tem-se estabelecido um número mínimo de 35(trinta e cinco) consultas semanais, equivalendo a 140(cento e quarenta) consultas mensais.

Nas categorias médicas encontramos acentuadas variações, as quais podem estar interferindo no resultado avaliado, como: a possibilidade do não cumprimento do teto mínimo de consultas por alguns profissionais e a existência de profissionais que podem estar fazendo, apenas, substituição de férias ou de falta de algum profissional no plantão. Além disso, quando analisada a relação da proporcionalidade entre as metas, encontrou-se percentuais bem abaixo das metas estabelecidas, ou seja, os números de consultas médicas não atingiram o mínimo preconizado (35 consultas médicas semanais).

Na clínica médica, na pediatria e na ginecologia/obstetrícia, os profissionais estão 60.97%, 60% e 61.90%, respectivamente, abaixo da média estabelecida, assim, demonstrado no gráfico 3. A média de produtividade estabelecida para cada categoria foi de 2.43% para a clínica médica, 6,67% a pediatria e 4.76% para a ginecologia/obstetrícia, sendo a maior média encontrada na pediatria.

Gráfico 3 - Proporção (%) da produtividade dos profissionais por categoria médica, em relação à média estabelecida no 1º semestre de 2007. São João da Barra. RJ



— *Média Estabelecida

Fonte: - SMS/CNES. Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), São João da Barra. RJ

Tomando como base a média de consulta per capita do Estado do Rio, que é de 2.99 consultas/ano/hab., conclui-se que o número de consultas ofertadas em relação ao número de profissionais deveria ser maior. Na clínica médica em relação ao número de adultos seriam necessários 23 clínicos, ao invés, de 40 existentes, assim

como, para ginecologia/obstetrícia dos 21 existentes, seriam necessários, apenas 14 profissionais.

Estes resultados revelam pontos que levam a uma reflexão sobre a capacidade instalada da rede em contrapartida às necessidades da população. Neste contexto, destacam-se dois pontos que podem contribuir nesta discussão:

- Caso não haja procura do atendimento, por parte do usuário, não se justificaria manter profissionais, além da necessidade da população;
- Caso haja a procura pelo atendimento, mas o profissional não se encontra no local de trabalho, se justificaria, então rever questões administrativas.

Tanto numa situação como em outra, é necessário uma reavaliação do planejamento local com ênfase na adequação dos recursos e na capacidade instalada da rede, buscando a utilização racional dos recursos financeiros, garantindo o acesso à população, oferecendo serviços de qualidade e buscando garantir a resolutividade das ações de saúde.

Outra fragilidade encontrada foi o não preenchimento completo e correto do Boletim de Produção Ambulatorial - BPA, como também, a ausência de uma rede informatizada, sendo um fator dificultador na elaboração do diagnóstico situacional de saúde local, podendo levar às informações pouco fidedignas, prejudicando todo um planejamento de saúde. Na verdade, o que existe é o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, o qual é alimentado com as informações extraídas do BPA de cada profissional, sem haver qualquer análise e interlocução da produção ambulatorial com as áreas programáticas.

Em relação ao atendimento especializado, realizado pelas Policlínicas, podemos analisar comparativamente que o aumento de consultas na rede básica de saúde foi acanhado, enquanto que no atendimento especializado, o incremento foi em torno de 5 vezes mais do que nas consultas básicas. (Gráfico 4).

O fato pode ser explicado por ter havido contratação de profissionais médicos de diversas especialidades, passando de 8(oito) especialidades em 2006 para 16(dezesseis) em 2007. Sendo assim, não é possível negar a ampliação do

atendimento especializado, aumentando o acesso de atendimento à população, porém, é importante que se avalie as prioridades e necessidades desta população.

Gráfico 4 - Relação de Proporcionalidade (%) entre o número de consultas básicas e especializadas, na rede de saúde, nos anos de 2006 e 2007. São João da Barra. RJ



Fonte: SMS/CNES - São João da Barra. RJ, 2007

Quando se abre uma porta, a procura é inevitável. Para efeito de elucidação da análise, vamos recordar: o atendimento de uma Policlínica se efetua por referência e contra-referência, ou seja, a Unidade Básica, se necessário, encaminha o paciente para o atendimento especializado.

No intuito de elucidar a questão, evidenciou-se que o atendimento acontece por referência e por demanda espontânea, assim sendo, algumas considerações se fazem necessárias:

- Quando a demanda é espontânea, quem busca o atendimento é o usuário;
- O usuário, muitas vezes, identifica o tipo de atendimento que ele necessita: se o atendimento é para uma especialidade ou outra;
- Muitas vezes, em sua maioria, esta procura é equivocada;
- Outras vezes, é inapropriada, pois, quem deveria identificar a necessidade e o tipo do atendimento seria o profissional qualificado;
- Quando a demanda é espontânea, a policlínica passa a ter uma configuração de porta de entrada, apresentando característica de unidade básica;
- Outro aspecto é a procedência do usuário, uma vez que não se pode identificar se o usuário é residente ou não no município.

Estas fragilidades do sistema e a ausência de um sistema de informação poderão estar contribuindo para o aumento do número de atendimento, além das responsabilidades sanitárias do município.

É importante uma redefinição da clientela dessas Policlínicas e de uma revisão das alocações de recursos do SUS, propondo um forte ajuste dos instrumentos de responsabilização sobre os resultados da execução destes recursos e dos indicadores de saúde, como deve ser considerado a condição de gestão em que o município está habilitado, no caso, a Gestão Plena da Atenção Básica, o que indica que se devem investir, prioritariamente, nos serviços básicos de saúde de qualidade e eficiência, capazes de solucionar os problemas de saúde da população.

Os gastos totais com os procedimentos de média complexidade – atenção ambulatorial especializada foram muito maiores do que os procedimentos básicos, conforme pode se observado em planilhas orçamentárias e financeiras do Fundo Municipal de Saúde. É fundamental uma nova orientação e política de organização desse nível da atenção. Para tal, devem-se considerar alguns pontos críticos de diferentes ordens, como: oferta de serviços que leva em consideração a lógica dos procedimentos e não as necessidades da população; serviços com baixa resolutividade; falta de qualificação profissional; a co-responsabilidade inadequada dos profissionais em relação à saúde integral do paciente; falta de articulação entre os diferentes níveis assistenciais e concentração de oferta de serviços, desconsiderando-se as áreas geográficas mais desprotegidas.

Em relação ao atendimento hospitalar, o município tem firmado a contratualização dos serviços com a Santa Casa de Misericórdia, hospital filantrópico, conveniado ao SUS, oferecendo um total de 35 leitos hospitalares, numa proporção de 1,18 leitos por mil habitantes, representando menos da metade da oferta, em nível estadual e nacional, os quais apresentam uma média de 2,65 e 2,9 leitos por mil habitantes, respectivamente, considerados razoáveis em relação às recomendações da Organização Mundial de Saúde.

Foi realizado em 2006, pela Santa Casa de Misericórdia de São João da Barra, um total de 677 internações hospitalares em contrapartida aos 763 em 2007, havendo um acréscimo de 11.27 pontos percentuais entre esses períodos. As internações estão

representadas pela clínica médica, pediátrica, cirúrgica, obstétrica e psiquiátrica, sendo que as internações pela clínica médica representam 53,26% das diversas categorias, seguidas das internações cirúrgicas. Sobretudo, destacamos que as internações atingem uma maior proporção fora do município e, neste caso, para o período estudado, a média foi de 60.75% em relação às internações realizadas dentro do município, conforme observado no Gráfico 5. Além de, evidenciar-se que mais da metade das internações do município acontecem, em sua maioria, nos Hospitais do município de Campos dos Goytacazes, como o Hospital Ferreira Machado, Hospital dos Plantadores de Cana, entre outros.

Gráfico 5
Proporcionalidade (%) de internações hospitalares, anos 2006 e 2007. São João da Barra. RJ



Fonte: SMS/CNES São João da Barra. RJ, 2007

No Brasil, os leitos hospitalares estão pulverizados em pequenos hospitais, os quais oferecem uma média de 30 leitos, representando 43% da rede hospitalar, sendo a maioria desses hospitais, localizados em municípios, com menos de 30 mil habitantes. O município de São João da Barra enquadra-se neste perfil, sendo a Santa Casa de Misericórdia, a única possibilidade de internação local.

Dando continuidade, discorreremos sobre a assistência de 'urgência e emergência', denotando-se alguns desafios para a gestão municipal, como: a melhoria da resolutividade do atendimento e adequação do acolhimento ao paciente, o qual, muitas vezes, aguarda o atendimento em pé e com dor; melhoria da área física do Posto de Urgência – PU Central; investimentos em equipamentos de terapia e diagnose e melhoria no prontuário de atendimento e registro de informações.

Referente aos atendimentos de urgência/emergência, no período de dezembro de 2006 a dezembro de 2007, realizou-se 79.524 atendimentos, assim distribuídos: PU Central, Mato Escuro e Barcelos, evidenciando-se que 71,9% dos atendimentos são ofertados pelo PU Central, seguido do PU de Mato Escuro com 14,17% dos atendimentos e os 13,93% dos atendimentos restantes, sendo distribuídos em 3(três) categorias, a saber: Atendimento médico c/ observação até 24 horas; Atendimento médico especializado em urgência /emergência e Consulta/Atendimento de urgência em clínica básica c/ remoção, conforme evidenciado no Quadro 4.

Quadro 4 - Número de Atendimentos realizados nos Postos de Urgências - PU's, no período de dezembro de 2006 a dezembro de 2007. São João da Barra. RJ

TIPO DE ATENDIMENTO	Nº ATENDIMENTO
Atendimento médico c/ observação até 24 horas	15.258
Atendimento médico especializado em Urgência /emergência	63.735
Consulta/Atendimento de urgência em clínica básica com remoção	531
TOTAL DE ATENDIMENTOS NO PERÍODO	79.524

Fonte: SMS/CNES. São João da Barra. RJ

4.3.2.2. As condições de saúde da população

a) Indicadores de Mortalidade

a.1) Mortalidade Infantil

O desenvolvimento de programas de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente aqueles que buscam reduzir a mortalidade infantil, como o aleitamento materno, exige uma confiável base de dados e um estruturado fluxo de notificação que expresse quantitativa e qualitativamente a complexidade da inter-relação das condições sócio-econômicas da população.

Sendo assim, alguns indicadores de saúde⁴², como o coeficiente de mortalidade geral, o coeficiente de mortalidade Infantil e o coeficiente de mortalidade de menores de 5 anos são mais utilizados para diagnósticos epidemiológicos em nível local, fornecendo subsídios aos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de atenção à saúde.

Tanto os coeficientes de mortalidade geral, quanto os coeficientes de mortalidade infantil são bons indicadores em saúde pública. A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador das condições de vida de uma população e revelam a oportunidade de acesso e qualidade das ações e serviços de saúde, significando o número de crianças mortas até um ano de vida para cada mil nascidas vivas⁴³.

No Brasil, a mortalidade infantil vem caindo ao longo das últimas décadas, estando este declínio associado à expansão da rede de assistência, da aceleração da infraestrutura de saneamento básico, principalmente da rede de abastecimento de água e do aumento da escolarização. Também, incorporando-se como fatores determinantes desta melhoria, os programas de saúde materno-infantil, principalmente aqueles voltados para o pré-natal, parto e puerpério; ampliação da oferta de serviços; campanhas de vacinação; programas de aleitamento materno e reidratação oral.

Desse modo, resumidamente, a reunião de todos esses programas e ações, juntamente com a queda da fecundidade, vem intensificando o processo deste declínio, embora o Brasil, ainda, apresente taxas elevadas se comparadas aos países socialmente mais evoluídos. Contudo, esta redução representa uma grande vitória para as políticas sociais, uma vez que sua queda deve-se a melhores condições de vida, saúde e trabalho.

Segundo Ministério da Saúde (2006), a mortalidade infantil⁴⁴, no Brasil, caiu de 25,1 para 22,5 por mil nascidos vivos de 2002 para 2004, representando em números absolutos 8.078 mortes evitadas, correspondendo a uma redução de 9,9%, sendo que

⁴² Indicadores de saúde são utilizados para descrever uma situação existente e avaliar mudanças ou tendências durante certo período. O coeficiente de mortalidade infantil (CMI), por exemplo, está relacionado com a morte de nascidos vivos no primeiro ano de vida; o coeficiente de mortalidade materna (CMM), por sua vez, relaciona-se a óbitos de mulheres até 42 dias após o parto.

⁴³ As informações sobre mortalidade estão disponíveis no site: www.datasus.gov.br do Ministério da Saúde. Brasil e no SIM – Sistema de Informação de Mortalidade disponível em nível local.

⁴⁴ Ver Painel de Indicadores do SUS, 2006

a maior queda está na região nordeste do país com uma variação de 8,9%, apesar dos valores ainda serem altos. As menores taxas encontram-se nas regiões sul e sudeste, apresentando, o Estado do Rio de Janeiro, uma variação de 3,7% em contrapartida aos 5,2% na região sudeste, como pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2 - Tendências da mortalidade infantil no período 2002 - 2004. Brasil.

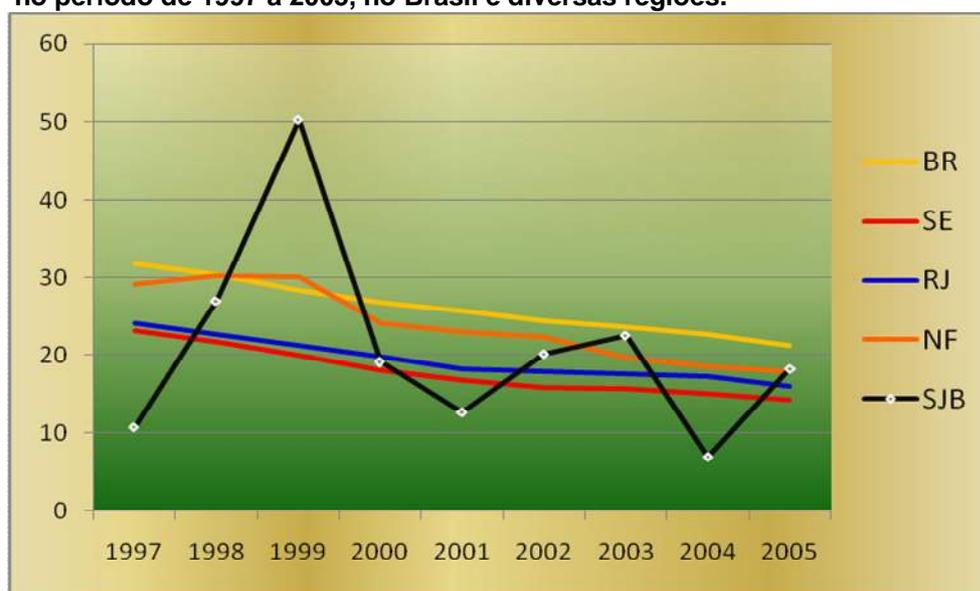
Região	2002	2004	Varição (%) 2002 – 2004
Norte	27,0	25,6	↓ 5,2
Nordeste	37,2	33,9	↓ 8,9
Sudeste	15,7	14,9	↓ 5,2
Estado do Rio	17,9	17,2	↓ 3,9
Sul	16,0	15,0	↓ 6,7
Centro-Oeste	19,3	18,7	↓ 3,0
BRASIL	25,1	22,5	↓ 7,4

↓ Declínio da taxa de mortalidade infantil.

Fonte: MS, SVS e SIM: Painel de Indicadores do SUS, ano 2006

Torna-se evidente, que as taxas de mortalidade infantil, vêm sofrendo declínio, ano após ano. No gráfico 6, destacam-se as taxas de 1997 a 2005, indicando a evolução ocorrida no Brasil, na Região Sudeste, no Estado do Rio de Janeiro e em São João da Barra.

Gráfico 6 - Coeficiente comparativo de mortalidade infantil (X1000 nascidos vivos), no período de 1997 a 2005, no Brasil e diversas regiões.



Fonte: DATASUS. MS

SIM/SINASC/SVS. Saúde de São João da Barra. RJ.

Percebe-se que em São João da Barra a trajetória da mortalidade infantil, no período analisado, sofre uma oscilação, diferentemente da trajetória em nível nacional, estadual e regional, as quais apresentam uma curva descendente sem características pendulares, ou seja, num determinado ano, a taxa está em baixa e, no outro, em alta. A trajetória delineada indica a necessidade de uma avaliação dos possíveis motivos que estejam delineando este panorama. De tal modo, seria interessante proceder o rastreamento do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), juntamente com a Declaração de Óbitos (DO), considerando seu registro, local de ocorrência e a redistribuição para os órgãos competentes, bem como, sugere-se uma crítica dos dados, buscando a existência de possíveis inconsistências das informações levantadas junto ao DATASUS.MS.

Neste sentido, buscando confirmar esta trajetória, buscou-se analisar períodos posteriores ao ano de 2005, os quais não estavam disponíveis junto aos sistemas de informação do DATASUS e nem da Secretaria de Estado de Saúde.RJ. Para obtenção desses dados, foi feito um levantamento junto à Secretaria Municipal de Saúde de São João da Barra, através do sistema local de informação, sobre nascidos vivos e óbitos infantis. A partir dos dados levantados, calcularam-se os coeficientes de mortalidade infantil⁴⁵, sendo encontradas as taxas⁴⁶ de 5,19 e de 16,23 óbitos em 1.000 nascidos vivos para 2006 e 2007, respectivamente, confirmando a manutenção da trajetória pendular e reforçando o que já tinha sido sugerido anteriormente.

No cenário apresentado, o decréscimo do coeficiente de mortalidade infantil, nas últimas décadas, fez com que a maior parte dos estudos de mortalidade na infância, se desdobrassem em componentes, assim definidos: neonatais - óbitos ocorridos em crianças menores de 28 dias e infantil tardia - óbitos de crianças de 28 dias de vida até 1 ano de idade. Neste estudo, observa-se uma diminuição predominante da mortalidade infantil tardia, principalmente, através da redução do risco de morte por doenças infecto-contagiosas e parasitárias, como as doenças diarréicas, as imunopreveníveis e as doenças respiratórias. A mortalidade neonatal vem ocupando um percentual, em torno de 50% ou mais, de óbitos em menores de 1 ano de vida, indicando a necessidade de investigação e do monitoramento desse grupo.

⁴⁵ Coeficiente de Mortalidade Infantil é calculado sobre o número de crianças menores de 1 ano que foram levadas à óbito X 1000(vezes mil), dividido pelo número de nascidos vivos naquele ano.

⁴⁶ Os dados levantados estão sujeitos à alterações.

O risco de morte, no primeiro ano de vida, não é apenas uma medida indicadora das condições de saúde e qualidade de vida da população menor de um ano, mas também, uma medida sintetizadora dessas condições da população em geral, assim reconhece Monteiro (1980). “Este reconhecimento se apóia na ampla influência que os principais determinantes da qualidade de vida podem, em potencial, exercer sobre as causas comuns de óbito no primeiro ano”. (MONTEIRO et. al.1980, s/p).

Assim, compreendemos que o nível de acesso à alimentação, à educação, à moradia, entre outros determinantes, como diferentes classes sociais, tem influenciado e determinado o número de óbitos em crianças menores de um ano.

Desta forma, a mortalidade infantil é influenciada tanto por causas de natureza médica, como também, de natureza social. A médica é palpável à ação da assistência médica, ao passo que, as sociais dependem das condições sócio-econômica, cultural e ambiental que estão inseridas na vida cotidiana de uma população.

a. 2) Mortalidade Materna

A morte de mulheres por causas ligadas a gravidez, aborto, parto e puerpério é, em sua quase totalidade, evitável. Trata-se de um importante indicador do nível de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos na comunidade. A mobilização da sociedade civil e o fortalecimento de espaços como os Comitês de Mortalidade Materna são essenciais para seu enfrentamento. (BRASIL. MS, 2006, p.20).

A Organização Mundial de Saúde revela que a maioria das mortes materna poderia ser evitada com medidas de melhoria na assistência. No Brasil, a precária qualidade da assistência obstétrica, a má qualidade da informação e a subnotificação dos óbitos, o qual muitas vezes, não é notificado como morte materna, à morte de mulheres grávidas, contribui para um perfil com pouca redução. Este quadro adverte o

Brasil, quanto as Metas do Milênio até o ano de 2015⁴⁷, nas quais está inserida a melhoria da saúde materna.

A mortalidade materna associa-se ao direito de acesso aos serviços de saúde de qualidade, como também se associa às desigualdades sociais e as iniquidades, como por exemplo, no Brasil, os óbitos decorrentes dos abortos estão representados, em sua maioria, pelas mulheres negras. (MS. SVS, SaudeBrasil, 2005).

As informações levantadas foram advindas dos sistemas de informações de mortalidade (SIM) e de nascidos vivos (SINASC) em nível primário e secundário. Os dados foram organizados e tabulados, buscando evidenciar o perfil da mortalidade materna no município, assim como a saúde da mulher.

Na atenção materno-infantil, verificamos existir taxas de mortalidade materna, para o Estado do Rio de Janeiro, acima das taxas encontradas para as diversas regiões e para o país, conforme demonstrado na tabela 3.

Tabela 3 - Razão de mortalidade materna (RMM)⁴⁸, no período de 2000-2004. Brasil.

Região	2000	2001	2002	2003	2004
Norte	62.26	49.77	53.12	57.17	53.10
Nordeste	57.66	57.42	62.42	62.89	63.79
Sudeste	48.38	44.37	46.44	42.25	44.36
RJ	76.03	71.38	74.06	68.03	69.60
SJB	191.20	S/R	224.22	S/R	S/R
Sul	53.44	52.65	57.62	51.58	59.02
Centro-Oeste	39.11	54.06	60.74	53.55	62.12
BRASIL	52.36	50.65	54.19	52.14	54.37

Fonte: MS.SVS e SIM: Painel de Indicadores do SUS, ano 2006;
SMS.SJBARRA – Sistema sobre Mortalidade Materna.
S/R – sem nenhum registro

Em relação ao perfil da mortalidade materna no município de São João da Barra, observa-se que no período analisado só existem registros para os anos de 2000 e 2002 no sistema de informação sobre mortalidade materna.

⁴⁷ Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.

⁴⁸ RMM – Razão de Mortalidade Materna - Número de mortes maternas por 100 mil nascidos vivos; RMM sem fator de correção: pesquisa de Laurenti e colaboradores FSP/USP-SP) recomenda uma correção de 40% para o Brasil, não aplicável a Regiões e Estados. (BRASIL. MS, 2006, p.20)

No sentido de completar a série histórica, buscaram-se junto ao sistema de informação local, os dados referentes à mortalidade materna, sendo evidenciado que não há registros de óbitos maternos para os anos de 2000, 2001 e 2003. Entretanto, junto à Coordenação Municipal de Epidemiologia, pode-se levantar que para o ano de 2007 foi notificado um óbito materno mortalidade para 314 nascidos vivos, o que equivale a uma razão de 318,47 óbitos maternos / por 100.000 nascidos vivos. O óbito aconteceu no Hospital dos Plantadores de Cana em Campos dos Goytacazes, maternidade regional de referência para gravidez de alto risco, tendo como causa uma pré-eclâmpsia grave.

As taxas encontradas em São João da Barra são altas, baixas, normais? Se considerarmos a tabela 2, afirmamos que estão acima dos parâmetros nacionais e regionais. Segundo Laurenti et. al (2000), as indagações referem-se, as quais valores que representariam as taxas normal e baixa. Nos países economicamente desenvolvidos, variam entre quatro e dez e, no máximo, 12 a 15 por cem mil nascidos vivos e nos países subdesenvolvidos, os valores atingem entre 80 e 100 no mínimo por 100 mil nascidos vivos. Assim, os autores mencionam que no Brasil, nas décadas de 80 e 90, o valor médio estimado situava-se acima de 100 por cem mil nascidos vivos e, segundo alguns entre 150 e 200 por cem mil, apesar, dos dados oficiais revelarem uma razão de 54.8 por cem mil nascidos vivos em 1996.

Para chamar mais a atenção para a gravidade da situação, na publicação sobre a avaliação do Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna, da Organização Pan-americana da Saúde (OPS)⁴⁹, afirma que:

[...] a cada vinte e cinco minutos, uma mulher morre como resultado da gravidez ou do parto em alguma parte da região das Américas. Pode ser uma mãe adolescente, sozinha, que se encontrava longe da ajuda profissional. Pode ser uma mulher que teve seu parto em um hospital. Ou pode ter sido uma mulher que, às escondidas, em seu desespero, recorreu ao aborto para terminar com uma gravidez não desejada. (LAURENTI et al, 2000 apud OPS/OMS, 1996, p.1).

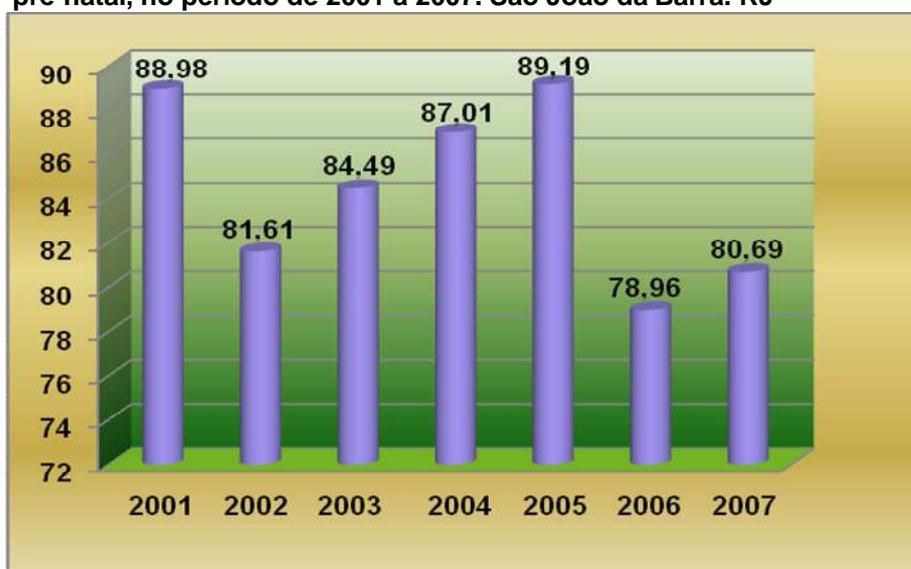
⁴⁹ O Plano foi aprovado pelos países americanos na 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Washington, em setembro de 1990. Nesse plano está bem explícita a meta de "melhorar as condições de saúde da mulher da Região, por meio do aumento da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, com a finalidade de reduzir as taxas atuais de mortalidade materna em 50% ou mais para o ano 2000" (OPS/OMS, 1990a, p. 12).

Neste cenário, a atenção à saúde da mulher deverá garantir o atendimento ao pré-natal e atenção ginecológica em todas as fases da via. O Pré-natal deverá garantir assistência humanizada a gestação, parto e puerpério com diagnóstico e tratamento de DST e outras doenças.

Com o compromisso assumido na Assembléia Geral das Nações Unidas, em 2000, o Brasil deverá reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015 a mortalidade materna no país. Para tal, o Ministério da Saúde, mais recentemente, através do Pacto pela Vida, definiu como indicador, o percentual de gestantes com 4 ou mais consultas no Pré-Natal. Segundo dados, mais da metade das gestantes das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste já atingiram 7 ou mais consultas contrapondo as regiões norte e nordeste. Este cenário reafirma as desigualdades em nível regional existente no país. (BRASIL. MS, 2006, p.18).

O município de São João da Barra, em relação a este indicador, apresenta uma média em torno de 93,34%, ao longo dos anos de 2001 a 2006. Entretanto, observa-se que 84,42% das gestantes sanjoanenses, tem acesso a 7 ou mais consultas no Pré-natal, podendo ser evidenciada no gráfico 7, a série histórica do percentual dessas consultas. Estes resultados indicam um bom nível de cobertura no atendimento ao Pré-natal do município, acima do encontrado na região sudeste do país e no Estado do Rio de Janeiro, os quais estão em torno de 64%, sendo as informações sobre as gestantes, cadastradas no sistema de informação – SIS. Pré-natal.

Gráfico 7 - Percentual de gestantes com 7(sete) ou mais consultas de pré-natal, no período de 2001 a 2007. São João da Barra. RJ



Fonte: SMS. SIS. Pré-Natal. São João da Barra.

Dando fechamento às evidências e análises referentes à saúde da mulher, destacamos que, através do levantamento de dados, 0,99% das gestantes do município estão na faixa etária de 10 a 14 anos, enquanto que 22% estão na faixa de 14 a 19 anos. Os percentuais encontrados são semelhantes à média estadual para o ano de 2003. Segundo, Ministério da Saúde (2006), entre 2002 e 2004, nota-se uma pequena tendência de queda da gravidez na adolescência nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste em contrapartida a uma relativa estabilidade no Norte e Nordeste.

a.3) Mortalidade Geral

Os coeficientes de mortalidade por causas específicas podem revelar, satisfatoriamente, o estado geral de saúde de uma coletividade. As doenças transmissíveis podem ser consideradas como indicativos das possíveis condições de saneamento básico, oferta eficiente dos serviços, bem como o acesso as medidas de prevenção e controle das doenças.

No intuito de revelar as principais causas de óbito na população sanjoanense, utilizamos o indicador mortalidade proporcional por grupo de causas, no 1º semestre de 2007, sendo identificados os cinco primeiros grupos de causa de óbitos, os quais se referem às doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas, doenças pulmonares e doenças endócrinas, com uma taxa de 422,37 óbitos em 100.000 habitantes, num total de 118 óbitos, distribuídos pelas diversas faixas etárias, sendo indicada a proporcionalidade desses óbitos na Tabela 4.

Tabela 4 - Mortalidade proporcional por faixa etária, no período de janeiro a junho de 2007. São João da Barra. RJ

Faixa Etária	Nº. de óbitos	Mortalidade Proporcional
<1 ano	7	5,9%
1 a 4 a	1	0,8%
5 a 19 a	1	0,8%
20 a 49 a	23	19,5%
50 E+	86	72,9%

Fonte: SESDC. RJ, 2007

Dentre as causas básicas de óbitos, em todas as faixas etárias, as doenças cardiovasculares despontam como a maior causadora, seguidas das neoplasias e causas externas e doenças do aparelho respiratório, podendo ser observado na Tabela 5.

Tabela 5 - Mortalidade proporcional por grupos de causas (CID 10), segundo Percentuais (%) de óbitos, 1º semestre de 2007. São João da Barra. RJ

Causa (base CID10)	Nº. De Óbitos	Percentual
Doenças Cardiovasculares	33	27,5%
Neoplasias	23	19,2%
Causa Externa	15	12,5%
Doença Pulmonar	11	9,2%
Doença Endócrina	10	8,3%
		76.75%
Causa Mal Definida	8	6,7%
Doenças Perinatais	5	4,2%
Doença Infecto – Parasitária	4	3,3%
Doença do Aparelho Digestivo	4	3,3%
Doença do Aparelho Genito-Urinário	4	3,3%
Mal Formação Congênita	3	2,5%
	118	100.00%

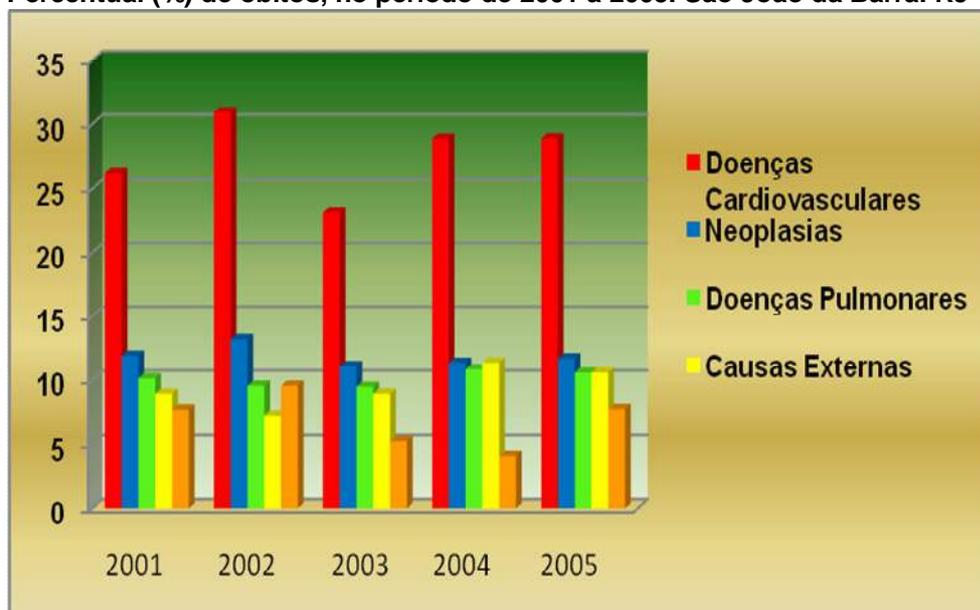
Fonte: SES. RJ, 2007.

Este é o padrão de causas básicas de óbitos no país, estando o município de São João da Barra, dentro do padrão esperado.

Neste sentido, ao analisarmos a série histórica da mortalidade proporcional por grupos de causas, evidencia-se que o padrão esperado está sendo mantido, conforme descrito no Gráfico 8.

Entretanto, observa-se que está ocorrendo uma alternância no ranking desta proporcionalidade entre as doenças do aparelho respiratório e causas externas, sendo que a diferença desses percentuais é muito pequena, não chegando alterar o quadro geral.

Gráfico 8 - Mortalidade proporcional por causas básicas (CID 10), segundo Percentual (%) de óbitos, no período de 2001 a 2005. São João da Barra. RJ



Fonte: SIM. São João da Barra. RJ.

b) Indicadores de Morbidades – Agravos Notificáveis

Nesta etapa da análise foram considerados os aspectos de maior relevância na situação de saúde do município, em conformidade ao quadro de doenças transmissíveis, especialmente, as que compõem o Pacto pela Vida e as Metas do Milênio.

A construção do perfil epidemiológico objetivou fornecer informações sobre natalidade e mortalidade, anteriormente descritas e sobre doenças e agravos de notificação compulsória, visando contribuir para a escolha das prioridades e elaboração do plano municipal de ações e, conseqüentemente, proporcionando a melhoria das condições de saúde da população.

Neste enfoque, foram selecionados os agravos e as doenças de maior relevância, delineando a situação de saúde do município e sendo consideradas as diversidades locais e os grupos populacionais mais expostos.

Assim então, delineou-se esta etapa: endemias de maior relevância compreendendo a Tuberculose, a Hanseníase, a Dengue e Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e outros agravos, como a Hipertensão Arterial e Diabetes.

b.1. Endemias de maior relevância

• Tuberculose

A tuberculose é um dos problemas mais sérios em saúde pública, juntamente com os outros países em desenvolvimento são responsáveis por 80% dos casos mundiais da doença. Segundo o Ministério da Saúde (2006), atualmente, ocorrem em torno de oito milhões de casos novos e quase três milhões de mortes por tuberculose. No Brasil, aproximadamente 85 mil casos novos por ano e cerca de 5 a 6 mil mortes pela doença.

Pode-se verificar que no Brasil houve um acréscimo de casos novos de tuberculose, no período de 2000 a 2003, possivelmente pela melhoria de detecção dos casos e da sua notificação no sistema de informação de agravos de notificação – SINAN. Apesar disso, ainda existe um percentual significativo de subnotificações, estando entre 20 a 30%. Foram detectados em torno de 80 mil casos novos em 2003, caso não houvesse a subnotificação, os casos passariam para quase 100 mil.

O Ministério da Saúde tem como objetivo localizar 70% dos casos estimados e curar no mínimo 85% deles. Em São João da Barra, o percentual de cura dos casos novos foi de 100%, em contrapartida aos 73% em nível nacional, estando o município dentro do padrão recomendado, evidenciado na tabela 6.

Provavelmente, as ações que contribuíram para efetividade da ação de monitoramento, controle e cura dos pacientes foram: agilidade no exame bacteriológico, o qual é realizado num período máximo de 48 horas; nenhum registro de abandono de tratamento; assiduidade de todos os pacientes assistidos no programa; oferta de cesta básica de alimentos aos pacientes em tratamento e melhoria dos parâmetros higiênicos sanitários, por parte dos agentes comunitários de saúde.

Tabela 6 - Números de casos de Tuberculose, anos de 2006 e 2007. São João da Barra. RJ

CASOS	2006	2007
Notificados	05	03
Em tratamento	05	03
Com Cura/Alta	05	0

Fonte: SMS. São João da Barra. RJ

Entretanto, a Coordenação Municipal de Controle da Tuberculose, relata a grande dificuldade na detecção de casos novos. Talvez, o preconceito e a discriminação em relação aos portadores da doença, façam com que as pessoas não procure a unidade de saúde local. A coordenação enfrenta esta dificuldade e manifesta a intenção de organizar busca ativa dos Sintomáticos Respiratórios, ou seja, pessoas com tosse e expectoração por três semanas ou mais, na triagem nas Unidades Mistas de Saúde, sendo esta, uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros destas unidades e, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde.

A coordenação entende que a descentralização da coleta de escarro nos Sintomáticos Respiratórios para todas as Unidades de Saúde e PSF, favorecerá o diagnóstico precoce da doença.

E mais, neste entendimento, a coordenação municipal busca conscientizar a população dos riscos da doença, utilizando diversos meios de comunicação, como o rádio e caminhadas.



Figura 4. Dia Mundial da Luta contra a Tuberculose, no dia 24 de março de 2007, nas ruas de São João da Barra com a caminhada de sensibilização e conscientização à população sobre a doença.

Fonte: Arquivo da Secretaria Municipal de Comunicação Social. São João da Barra.

- **Hanseníase**

Apesar dos avanços do SUS, a hanseníase continua sendo uma doença de importante endemicidade. A ausência de informações sobre as condições sociais dos portadores da doença é um ponto negativo na compreensão da doença e sua dinâmica social.

Segundo informações do Ministério da Saúde, em 2005, a taxa de prevalência da hanseníase passou a 1,48 casos por 10 mil habitantes, o que equivale a 27.313 pessoas em tratamento. Entretanto, o coeficiente de detecção foi de 2,09 por 10 mil habitantes, equivalendo a 38.410 casos novos notificados pelos serviços de saúde. (BRASIL. MS, 2006, pg.26)

No Estado do Rio de Janeiro, a endemicidade da doença apresenta um grau moderado de 1 a 5 casos por 10 mil habitantes, e o coeficiente de prevalência para a região sudeste é de 2,40 por 10 mil habitantes. (SINAN/ SES/IBGE. 2005).

No município de São João da Barra o quadro endêmico tem-se mantido, com 1(um) caso notificado e uma proporção de cura de 100% dos casos novos. A situação da hanseníase é semelhante às características psicossociais dos portadores da tuberculose. Também há o preconceito e a discriminação em relação aos portadores da doença.

- **Dengue**

Atualmente, é a mais importante arbovirose que vem afetando a população, e assim, constituindo-se em sério problema de saúde pública no mundo e no Brasil. O mosquito *Aedes aegypti*, encontra-se presente em todas as cidades e regiões do país, com exceção de algumas áreas urbanas dos estados da Região Sul.

Após as epidemias de 1916 e 1923, a dengue ressurgiu em 1986 em várias cidades do país, como Niterói, Rio de Janeiro e algumas capitais do Nordeste, mantendo-se, desde então, com características semelhantes a uma endemia. A partir de 2002 a epidemia teve características de casos com febre hemorrágica.

O controle da dengue conta com uma peculiaridade própria, que é a descontinuidade das ações de combate e controle, em virtude da substituição dos

agentes endêmicos na transição dos governos municipais. Isto permite que as ações percam sua continuidade e, conseqüentemente, mantenham os índices da doença acima do esperado.

No período de 2001 a 2006 evidenciamos a evolução da doença em nível de Brasil, região Sudeste e Estado do Rio de Janeiro e, ficou evidenciado um aumento considerável de casos novos no ano de 2002, sendo considerada uma epidemia pelo Ministério da Saúde, conforme Tabela 7.

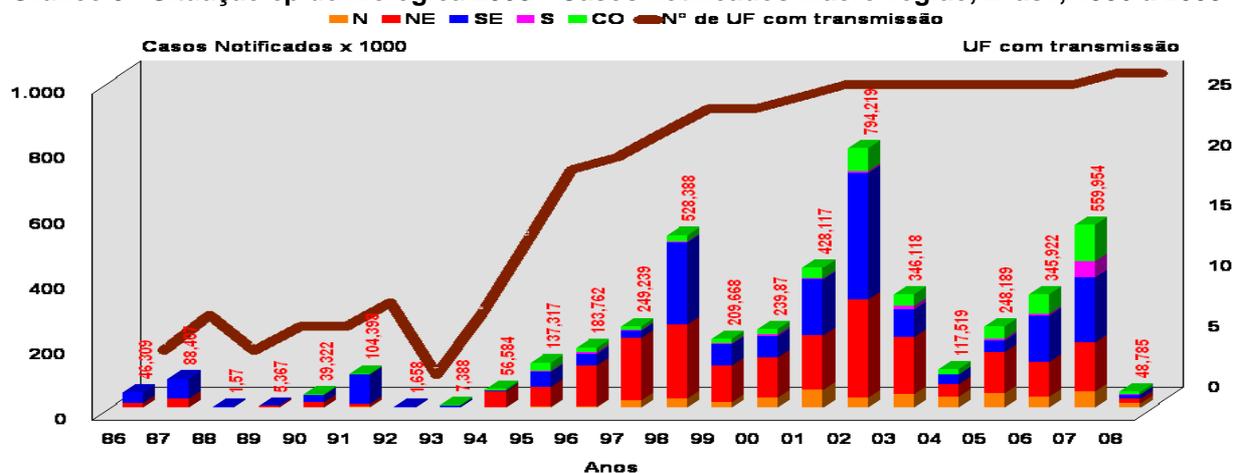
Tabela 7 - Taxa de incidência de dengue por 100.000 habitantes, no período de 2001 a 2006. Brasil.2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Brasil	237.15	398.46	165.25	41.37	84.87	151.28
Sudeste	239.98	467.34	104.03	30.15	30.03	141.61
RJ	484.69	1766.81	43.42	9.40	10.24	376.69

Fonte: MS/SVS/SINAN. 2007

A evolução da dengue no Brasil, desde 1986, vem demonstrando um crescimento ascendente do número de casos novos notificados, com destaque para a epidemia de 2002, como também, para o aumento do número de unidades federativas em relação à transmissibilidade da doença. Percebe-se que a região sudeste é que apresenta a maior concentração de casos da doença, sendo considerada a região de dispersão da doença no Brasil., como pode ser observado no Gráfico 9 da Secretaria de Vigilância da Saúde.MS.

Gráfico 9 - Situação epidemiológica 2008 - Casos notificados macrorregião, Brasil, 1986 a 2008*



A partir do sudeste, dispersão no BR

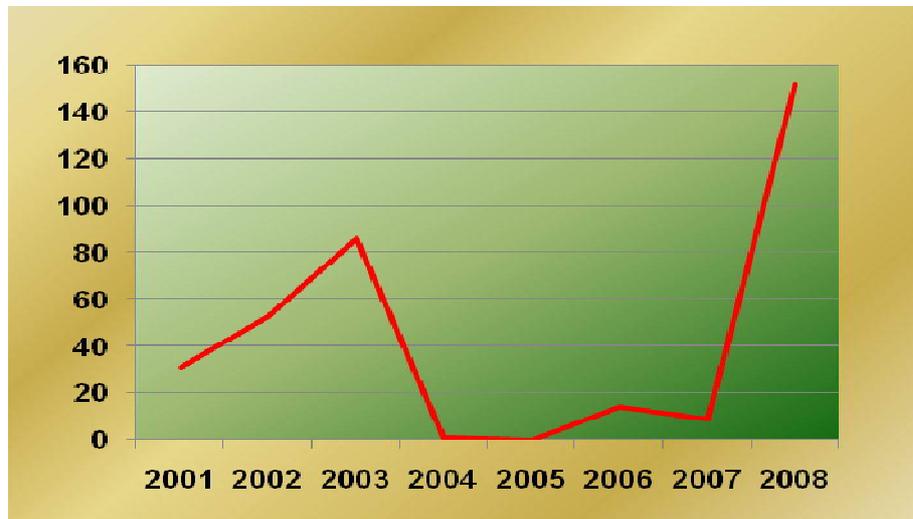
Fonte: SVS/MS, 2008 / *Dados sujeitos à alteração

A Secretaria de Vigilância da Saúde.MS (2008) reconhece como determinantes na expansão da dengue no Brasil, alguns indicadores, como:

- Aumento da densidade populacional - 81% em áreas urbanas;
- Heterogeneidade na oferta regular de água entre as regiões do país;
- Aumento da produção de lixo urbano com destino inadequado;
- Condições favoráveis para a rápida dispersão do vetor - transporte de pessoas e cargas;
- Aumento na mobilidade da população e do fluxo de turistas.

Em São João da Barra, no período de 2001 a 2008, a dengue teve uma maior manifestação no ano de 2008, assim, evidenciado no Gráfico 10. Em 2006, ocorreram 14 casos de dengue, equivalendo a uma taxa de incidência de 4.05 casos para cada 10.000 habitantes, sendo considerado razoável para a situação da doença no Estado do Rio de Janeiro.

Gráfico 10 - Número de casos notificados de dengue, no período de 2001 a 2008*. São João da Barra. RJ



Fonte: SMS/SINAN. SJBarra.RJ, 2008

*Dados sujeito à alteração

O índice de infestação foi de 0,45%, o que representa 2.22 vezes menor que o índice preconizado pelo Ministério da Saúde que é de 1%;

Os resultados encontrados, provavelmente, foram alcançados a partir das medidas de controle focal e campanhas de divulgação.

Figura 5 – Campanha de divulgação sobre a prevenção da dengue, intitulada “Prevenir a Dengue é responsabilidade de todos”, realizada no verão 2007.



Figura 6 – Controle focal, realizado em domicílios do município de São João da Barra, voltado ao combate do mosquito da dengue.



Fonte: Arquivo da Secretaria Municipal de Comunicação Social. São João da Barra.

- **Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e AIDS**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS é uma doença emergente que representa um dos maiores problemas de saúde pública, pelo seu caráter pandêmico e pela sua gravidade. A transmissão vertical⁵⁰ é um dos aspectos prioritários do Programa Nacional de DST/AIDS.

O enfretamento da epidemia e a melhoria da qualidade de vida da população que vive com o HIV/AIDS são vitórias do SUS e da sociedade brasileira, através das militâncias das organizações não governamentais, dos movimentos de luta contra a AIDS e das parcerias que tornaram como exemplo mundial, o Programa Nacional de DST/AIDS,

⁵⁰ A probabilidade de transmissão vertical da infecção pelo HIV foi largamente mostrada por vários estudos. A maioria dos casos de transmissão, cerca de 65%, ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito e que os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação. Além disso, o aleitamento materno representa risco adicional de transmissão de 7% a 22%. Pesquisas mostraram que são vários os fatores associados ao aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho. (BRITO et. al. 2006)

Apesar de toda a mobilização, a epidemia ainda se encontra em níveis elevados, com cerca de 170 mil pessoas portadoras do vírus no país, porém, o número de óbitos vem diminuindo e se estabilizando, graças às medidas de controle da doença, como uso de seringas descartáveis, preservativos e fornecimento de medicamentos anti-retrovirais.

Destacamos, também, a sífilis congênita como um dos agravos notificáveis de extrema relevância. A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória e objeto de eliminação, enquanto problema de saúde pública, tendo como objetivo a detecção de menos de 1(um) caso a cada 1000 nascidos vivos, estimando-se a prevalência de sífilis ,em gestantes, de aproximadamente 2%.

Na tabela 8, evidencia-se o número de consultas, exames e testes anti-HIV realizados no período de 2006 e 2007 em São João da Barra. É importante destacar que, possivelmente, exista uma subnotificação de casos e, conseqüentemente, revelando um número baixo das doenças DST/AIDS no município.

Tabela 8 - Número de consultas, exames e testes anti-HIV realizados no período de 2006 e 2007. São João da Barra.RJ

Procedimentos	2006	2007
Consultas	657	579
Casos Notificados de DST	170	40
%	25,87	6,91
Testes anti-HIV	431	328
Casos Positivos (%)	5 (1,16)	4 (1,22)
Exames VDRL (sífilis)	259	S/I
Casos Positivos (%)	3 (1,15)	S/I

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. SJBarra, 2007

Nas atividades relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis, foram evidenciadas ações de caráter educativo, através de campanhas e palestras realizadas aos alunos e professores das escolas públicas do município

Figura 7 – Palestra realizada no Dia Mundial da Saúde sobre DST/AIDS no estádio de esportes de São João da Barra.



Fonte: Arquivo da Secretaria Municipal de Comunicação Social de São João da Barra.

b.2. Outros Agravos

- **Hipertensão Arterial e Diabetes**

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são problemas de saúde pública de grande relevância para todo o país. As estatísticas, apesar dos sub-registros, revelam essa importância, além disso, essas doenças se constituem como os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório que, há algumas décadas, representam uma das maiores causas de morte no país.

Os dados descritos na tabela 9 demonstram as taxas de internações hospitalares por acidentes vasculares cerebrais, no período de 2001 a 2007, podendo observar uma redução significativa, a partir do ano de 2004. Esta redução pode estar associada à melhoria das ações de saúde com enfoque no controle e monitoramento dessas doenças.

Tabela 9 - Taxa de internação, por acidente vascular cerebral (AVC), período de 2001 a 2007. São João da Barra. RJ

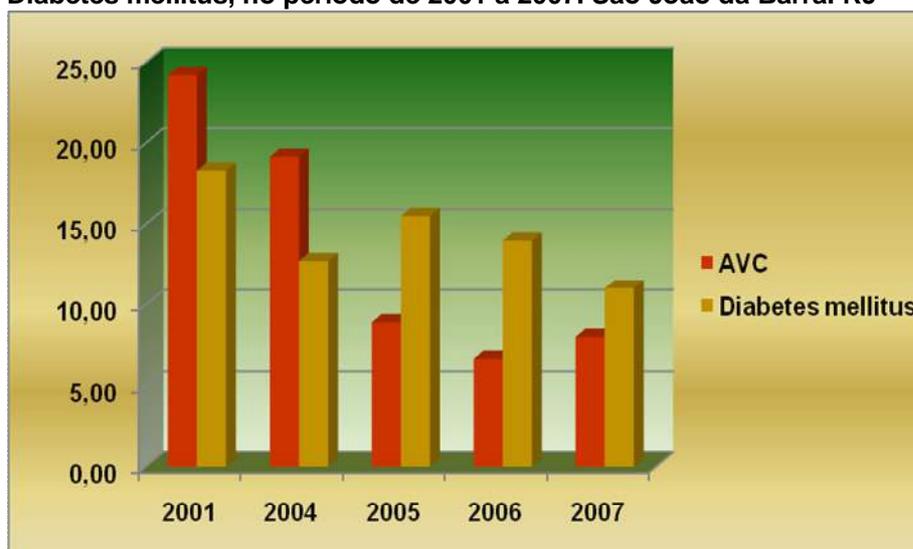
REGIÕES / MUNICÍPIOS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
São João da Barra	24,17	17,0	8,11	19,1	8,90	6,64	11,00

Fonte: SESDC. RJ, 2007.

Os derrames cerebrais (AVC) estão, hoje, entre as maiores causas de morte e invalidez. O Ministério da Saúde, através do Programa Hiperdia, executado em nível municipal, tem como objetivo o acompanhamento e tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, buscando o controle desses agravos e a redução de internações hospitalares.

Em São João da Barra evidencia-se no Gráfico 11, a partir dos dados levantados no período de 2001 a 2007, uma redução das internações hospitalares por AVC e por diabetes mellitus. Provavelmente, o que pode estar influenciando na mudança deste perfil, é o monitoramento desses pacientes em nível ambulatorial com a distribuição mensal dos medicamentos para estas patologias, através do Programa Municipal de Hipertensão e Diabetes – HIPERDIA. MS.

Gráfico 11 - Taxa de Internação⁵¹ por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Diabetes mellitus, no período de 2001 a 2007. São João da Barra. RJ



Fonte: SESDC. RJ, 2007

Também, foram desenvolvidas ações coletivas, como: palestras e campanhas educativas.

⁵¹ Número de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na população de 40 anos e mais/População de 40 anos e mais X 10.000

Figura 8 – Campanhas de verificação de Pressão Arterial (PA) e Glicemia e Palestras sobre Alimentação saudável, Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus.

Lado esquerdo superior – Verificação de PA;

Lado direito superior – Teste de Glicemia;

Lado esquerdo inferior – Palestra sobre alimentação saudável;

Lado direito inferior – Palestra sobre Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus.



Fonte: Arquivo da Secretaria Municipal de Comunicação Social de São João da Barra.

4. Financiamento da Saúde

A Organização Mundial de Saúde indica que os gastos com saúde no Brasil são bem menores que em países como, Austrália França, Japão e Estados Unidos. No Brasil o gasto público per capita em saúde é de 153U\$dólar/ano (2003) em contrapartida a U\$1.699 na Austrália. (BRASIL. MS, 2006 pg. 32).

Os gastos com saúde nas diversas esferas de governo sofrem grandes variações. Por conta disso, um dos caminhos para reduzir essas iniquidades é a regulamentação da EC.29, estabelecendo o montante mínimo de 15% para os

municípios, a serem aplicados em ações de saúde, além de se definir o que é 'gasto' com saúde. O lançamento de despesas indiretamente vinculadas à saúde, e até outras, totalmente fora da finalidade da saúde pública camuflam, em muitas circunstâncias, o verdadeiro gasto com o setor. Além disso, o entendimento, por parte de alguns gestores, de que o percentual estabelecido no orçamento da saúde é praticado como '**teto**' e não como '**piso**', distorce a perspectiva de ampliação da receita.

Mesmo com o avanço do sistema, no qual custea-se tanto vacinas, quanto transplantes, o financiamento público é baixo em relação ao necessário, sendo menor que 1(hum) real/dia por habitante(DATASUS/MS.SIOPS, 2006).

O Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) implantado no Fundo Municipal de Saúde de São João da Barra, responde por toda informação e movimentação financeira referente ao setor saúde.

No quadro 5, demonstra-se a programação e execução física e financeira do orçamento do município com destaque para os recursos aplicados e sua origem, como também, o percentual aplicado de recursos financeiros à saúde, por parte do governo municipal.

Foram levantados dados referentes a receitas e despesas dos anos de 2006 e 2007 do setor saúde. A partir das informações recebidas pelo representante do Fundo Municipal de Saúde, observa-se no tópico I que houve um incremento de 31,75% de recursos financeiros do ano de 2006 para o ano de 2007, o que não significava, necessariamente, investimento no setor.

Outro aspecto que pode ser observado é o cumprimento legal da EC. 29 para o ano de 2007, conforme informações obtidas, através do funcionário da procuradoria do município, sendo respeitada a aplicação mínima de 15% dos recursos próprios para a saúde. Entretanto, para o ano de 2006, não foi possível identificar por falta de informação.

Ao observarmos o tópico II do quadro, evidenciamos que do total dos recursos destinados à saúde, a média de 92,46% são referentes à fonte própria e transferência dos royalties do petróleo.

Dando continuidade, ao analisar o tópico III, observamos que dos gastos totais com a saúde, as fontes próprias representam em média 26,52%. Contudo, destacando-se que as despesas de custeio das ações de saúde estão vinculadas, a maior parte, aos royalties que correspondem à média de 66,13% desses gastos, e em menores percentuais, pelas transferências da esfera estadual e federal, através do PAB- Piso de Atenção Básica⁵².

No contexto da análise, verificando os documentos disponibilizados pelo Fundo Municipal de Saúde, observou-se que as despesas de *peçoal e encargos*, no período estudado, representam uma média de 97,33% dos recursos próprios destinados à saúde e uma média de 71,87% dos recursos dos royalties empregados ao setor.

Outro aspecto evidenciado trata-se da subvenção da Santa Casa de Misericórdia de São João da Barra, que recebeu a cada ano do período analisado, o valor de R\$1.200.000,00 dos recursos dos royalties destinados à saúde, representando em torno de 12,27% desses recursos.

A seguir, descreveremos as aplicações de recursos orçamentários pelas esferas municipal, estadual e federal, considerando-se os gastos públicos (R\$) e suas respectivas fontes para os anos de 2006 e 2007. (Quadro 5).

⁵² O Piso de Atenção Básica consiste em um montante de recursos financeiros federais, destinados à viabilização de ações de Atenção Básica. A transferência baseia-se na multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população do município (IBGE).

Quadro 5 - Aplicação de recursos orçamentários, por esferas de governo, segundo gastos públicos (R\$) e respectivas fontes, nos anos de 2006 e 2007. São João da Barra. RJ

PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO FÍSICA E FINANCEIRA DO ORÇAMENTO				
I - APLICAÇÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS EM SAÚDE PELA PREFEITURA				
RECEITAS	2006		2007	
Valores em Impostos e Transferências (R\$)	14.374.683,41		18.937.903,09	
Aplicação em saúde	15%		15%	
% Fixado pela EC. 29/2000				
% Aplicado	S/I		16,83%	
II- RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS DESTINADOS, SEGUNDO ESFERAS DE GOVERNO				
ORIGEM	2006		2007	
	Custos	%	Custos	%
Prefeitura de São João da Barra (Impostos e Transferências)	14.374.683,41	90,98	18.937.903,90	93,95
Fundo Nacional de Saúde	879.984,99	5,57	947.898,50	4,70
Convênio com a União Farmácia Popular	50.000,00	0,32	8.000,00	0,04
Secretaria de Estado de Saúde SESDC. RJ	495.367,26	3,14	263.393,12	1,31
TOTAL	15.800.035,66		20.157.194,71	
III- GASTO PÚBLICO COM SAÚDE POR ESFERAS DE GOVERNO (FONTES) EM R\$.				
 FONTE	2006		2007	
	Gastos	%	Gastos	%
1. Fonte Própria	4.491.319,25	29,17	4.610.335,05	23,88
2. Royalties	9.782.302,33	63,54	13.268.131,74	68,72
3. Fundo Nacional de Saúde FNS.MS	590.135,08	3,83	1.320.046,50	6,84
4. Secretaria de Estado de Saúde SESDC.RJ	530.726,30	3,45	108.590,07	0,56
TOTAL	15.394.482,96		19.307.103,36	

S/I – Sem informação

Fonte: Fundo Municipal de Saúde/SIOPS, SJBarra, 2007.

A compreensão e percepção dos atores locais frente à promoção e defesa do direito à saúde e cidadania.



Em lugar do feitiço dos números que costuma medir a eficácia dos produtos acabados nas avaliações convencionais, o estilo desta avaliação dá ênfase ao processo de contradição que costumam acompanhá-lo. (MINAYO, 1984, p.4)



A transição para um futuro sustentável, não mais configura um problema técnico ou conceitual. É um problema de valores e de empenho político. Assim, diz: "um outro mundo é possível" (CAPRA, 2003)



4.5. A compreensão e percepção dos atores locais frente à promoção e defesa do direito à saúde e cidadania.

O processo é feito de conjunção de fatos, de experiências e implica a presença de atores e forças que lutam, se contrapõem, se aliam e assim constroem a realidade. Processo conota movimento, mudança, direção, interação e intencionalidade. Parte do pressuposto de que todo projeto humano é inconcluso e pode ser superado, portanto envolve atuação dos agentes sociais participantes e do analista do processo social. Desta maneira, os resultados advindos da avaliação são um produto processual histórico, não externo, mas do grupo e pode ser recuperado para ele e por ele em forma de um serviço de melhor qualidade. (MINAYO, 1991, p.8).

O presente estudo voltado para os olhares dos atores locais sobre as práticas sanitárias, instituídas no município de São João da Barra, tem como objetivo relatar as concepções e percepções desses atores sobre o conceito de saúde e doença, o direito à saúde como exercício de cidadania e o cotidiano da assistência médica.

A análise teve como foco a comparação entre as concepções e percepções dos profissionais de saúde, dos usuários da rede de saúde do município, das lideranças comunitárias e do gestor municipal de saúde. Para tal, foi utilizada a investigação qualitativa a fim de revelar as possíveis interpretações das ações dos sujeitos.

A pesquisa qualitativa constitui, hoje, uma das modalidades usadas na investigação da saúde, apesar de muitos criticarem esta modalidade por não serem utilizados dados estatísticos na construção do diagnóstico.

Reconhecemos que a abordagem qualitativa apresenta-se como uma referência cada vez mais difundida no campo científico. Segundo Bosi (2004), o campo da saúde destaca-se durante a maior parte do século XX nas vertentes tradicionais do modelo hegemônico da ciência e das propostas quantitativas do positivismo. Esta corrente tem gerado uma insatisfação muito grande com os resultados encontrados no âmbito sanitário, em especial, nos serviços de saúde ofertados à população.

Entretanto, neste início de século, o mundo acadêmico e científico, ainda, segue empregando o modelo tradicional ou positivista no campo das ciências. Todavia,

a abordagem qualitativa vem despertando cada vez mais, como uma alternativa à investigação das práticas sanitárias, vinculadas ao fenômeno saúde-doença, assim como, à atenção à saúde e suas políticas.

O setor saúde é um dos espaços sociais onde a opinião dos especialistas e profissionais continua sendo decisiva no planejamento, organização e avaliação dos serviços. Ante tal situação, as propostas derivadas da Pesquisa Qualitativa pressupõem a existência de diversos pontos de vista e, também, a inexistência de verdades únicas, universais e eternas. Neste sentido, a visão dos profissionais de saúde, ou dos especialistas, passa a ser considerada uma dentre tantas interpretações possíveis ou existentes.(BOSI & MERCADO, 2004, p.39).

Neste sentido, existem interpretações sob várias dimensões em diversos segmentos e atores sociais. Existe a perspectiva dos profissionais de saúde que trabalham com o serviço, as visões dos usuários e das lideranças comunitárias, por fim, existem diversos pontos de vista sobre a questão, construídos a partir do cotidiano de cada um, revelando seus conhecimentos, percepções, opiniões, representações, significados, experiências e suas práticas no campo da saúde.

Neste cenário, podemos recordar que as abordagens qualitativas remetem-nos a uma vasta e variada vertente no estudo das ciências sociais da saúde, como sociologia, antropologia, psicologia, história e outras afins. As abordagens qualitativas seguem diversos caminhos e conceitos, uma vez que não possuem teoria própria, seguindo o campo interpretativo. Bosi (2004)⁵³ destaca Chizzoti (1991) quando ressalta que “a abordagem qualitativa tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre sujeito e o objeto e uma postura interpretativa”.

A partir do reconhecimento da importância de se investigar as práticas de saúde no cotidiano de uma população, ficou clara a decisão de fundamentar em

⁵³ *Ibid.* p.32

“Práticas Sanitárias e Municipalização – Um olhar dos atores locais em São João da Barra”, a etapa qualitativa desta pesquisa.

A etapa qualitativa foi estruturada em três partes propriamente dita. A primeira parte refere-se à ‘fase exploratória’, que teve como objetivo compreender conceitos e idéias, os quais serviram de aporte à investigação na formulação dos problemas. As questões relacionadas à saúde-doença, a oferta de serviços e as políticas de saúde tornaram-se elementos delineadores da pesquisa, sendo de importante relevância, os valores, a relação dos usuários dos serviços com o poder público e a leitura do papel do Estado e da sociedade em relação ao direito constitucional da saúde.

Há de lembrar-se que a concepção tradicional sobre os serviços de saúde nos remete a um conjunto de estruturas, processos e ações que, direta ou indiretamente, estão vinculados à enfermidade e sua reabilitação, na perspectiva dos profissionais e na biomedicina, pouco ajustada aos princípios da investigação qualitativa.

Sobremaneira, a perspectiva do ‘outro’ deverá ser a preocupação norteadora nesta investigação. Portanto, a alteridade deverá contribuir para que as diferenças possam ser percebidas e valorizadas em seus conceitos e idéias na vida cotidiana

A etapa seguinte refere-se ao ‘delineamento da pesquisa’, no qual foi elaborado o planejamento da pesquisa, levando-se em consideração alguns aspectos, como:

- Elaboração da entrevista, em caráter semi-estruturado, a partir da concepção de conceitos e práticas sobre a saúde-doença, acesso e resolutividade dos serviços de saúde e direito à saúde;
- Recortes e escolhas dos locais a serem investigados;
- Escolhas das pessoas a serem entrevistadas.

- **Entrevista semi-estruturada**

O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa à fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos ou políticos. (MINAYO, 1993, p.245).

A entrevista foi construída em 3(três) partes: identificação da entrevista; identificação do entrevistado e abordagem das categorias selecionadas, como: conceito de saúde, consciência sanitária e assistência médica.

As perguntas foram elaboradas tendo como premissa a vivência e prática do pesquisador no âmbito da saúde, buscando compreender o significado das categorias e as percepções de cada ator nas questões abordadas, estando demonstrados no Apêndice 1.

- **Seleção das Unidades de Saúde**

As unidades de saúde foram selecionadas, obedecendo a 3(três) critérios, conforme descritos abaixo e evidenciadas, através das imagens 7,8 e 9 de algumas unidades trabalhadas, bem como suas descrições no Quadro 6.

- a) Nível organizacional dos serviços, considerando-se o nível de complexidade da assistência à saúde;
- b) Localização geográfica das unidades trabalhadas, tendo como fator de escolha, a eqüidistância entre elas e a aproximação/distância em relação a sede do município(centro político-administrativo);
- c) Características demográficas e econômicas das localidades.

**Figura 10 – PU Central
Atendimento de Urgência e Emergência.**



**Figura 11 – PU Barcelos – Unidade Mista
Atendimento Básico e Emergência/Urgência**



Fonte: Arquivo da Secretaria Municipal de Comunicação Social de São João da Barra

Imagem 12 – Unidade de Saúde de Atafona
Atendimento Básico de Saúde
1º nível de atendimento.



Imagem 13 - Policlínica Central
Atendimento Especializado
2º nível de atendimento



Fonte: Arquivo da Secretaria Municipal de Comunicação Social de São João da Barra.

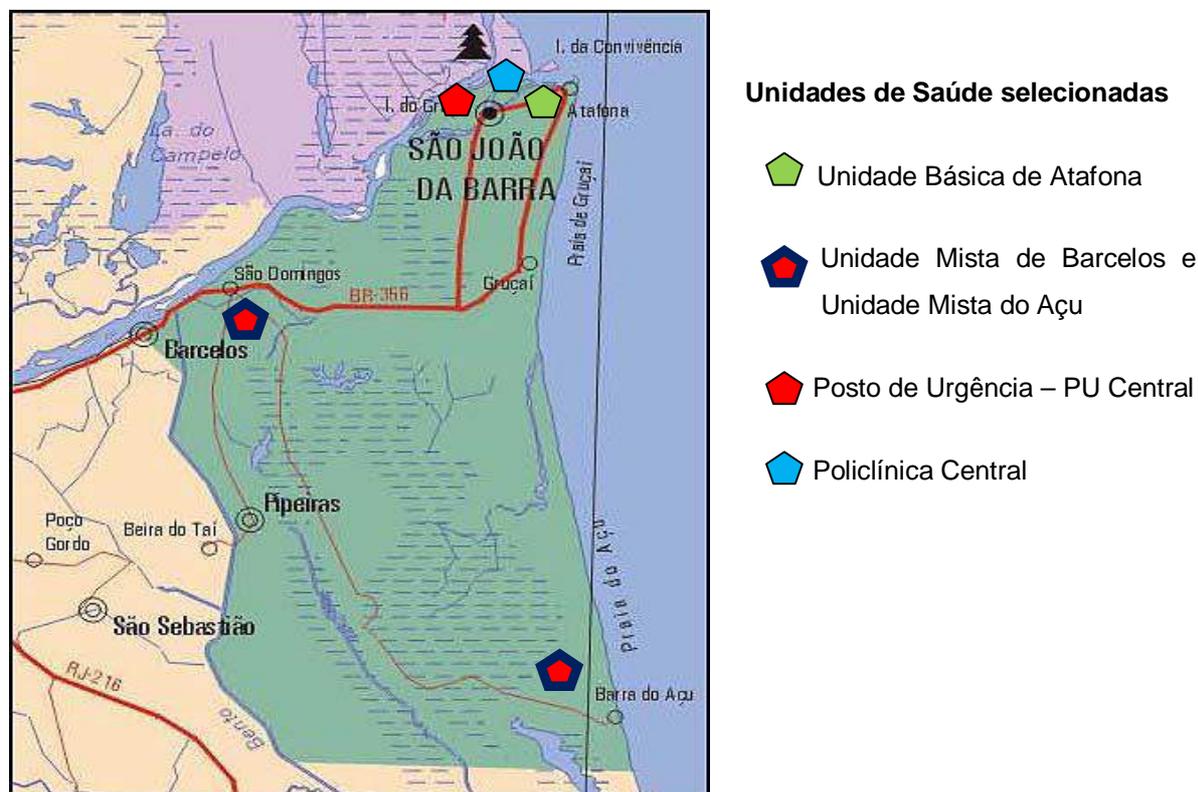
Quadro 6 - Unidades de saúde selecionadas na pesquisa qualitativa, segundo nível de complexidade e características sócio-econômicas e geográficas. São João da Barra, 2007.

NOME DA UNIDADE	CARACTERÍSTICAS
<p align="center">UNIDADE DO AÇU</p> <p>Nível de Complexidade: Atenção Básica e Atendimento 24 horas Unidade Mista</p>	<p>Balneário com característica rural e distante da sede a mais ou menos 40 km - unidade de difícil acesso; Pólo Logístico com a construção do Porto do Açú pela Empresa MMX.</p>
<p align="center">UNIDADE DE ATAFONA</p> <p>Nível de Complexidade: Atenção Básica de Saúde</p>	<p>Balneário com característica urbana, distando 3 km da sede do município; Povoamento de pescadores e uma considerável ocupação de turistas, no período do verão.</p>
<p align="center">UNIDADE DE BARCELOS</p> <p>Nível de Complexidade: Atenção Básica e Atendimento 24 horas Unidade Mista</p>	<p>Localidade com características urbanas e rurais, limítrofe com o município de Campos dos Goytacazes; Distante da sede a mais ou menos 30 km, tendo seu acesso pela rodovia BR.356; Existência de Usina de Cana de Açúcar do Grupo Othon.</p>
<p align="center">POLICLÍNICA CENTRAL DE SAÚDE</p> <p>Nível de Complexidade: Nível Secundário de Atenção</p>	<p>Localizada na sede do município. Atendimento de 2º nível de complexidade, possuindo diversas especialidades médicas.</p>
<p align="center">POSTO DE URGÊNCIA – PU CENTRAL</p> <p>Nível de Complexidade: Atendimento Básico de Emergência/Urgência</p>	<p>Localizada na sede do município; Atendimento de básico de emergência e urgência, com características de pronto atendimento.</p>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São João da Barra. RJ, 2007.

Observamos, através da Figura 3, a localização, a distância das unidades de saúde em relação à sede do município, assim como a distância entre elas.

Figura 13 – Localização das unidades de saúde selecionadas para a realização das entrevistas dos atores locais. São João da Barra.



Fonte: www.maps.google.com.br

• Escolha dos Atores locais

A aproximação com atores locais aconteceu a partir do conhecimento do entrevistador com alguns conselheiros municipais de saúde, organizações não governamentais, profissionais de saúde e administradores das unidades. Esta relação proporcionou a aproximação com os usuários da rede e a aplicação das entrevistas.

A entrevista foi dirigida aos atores locais de diferentes segmentos sociais e institucionais, num total de 12(doze)⁵⁴ entrevistados, assim distribuídos: 6 usuários; 2

⁵⁴ O número de 12(doze) entrevistados foi definido aleatoriamente.

lideranças comunitárias e 4 profissionais de saúde de diversas categorias profissionais, podendo ser evidenciado no Quadro 7 e na imagem 10.

Na definição do número de entrevistados, levou-se em consideração o critério de paridade, ou seja, 50% dos entrevistados referem-se ao segmento dos usuários e os 50% restantes, aos segmentos dos profissionais de saúde e lideranças comunitárias.

Quadro 7 - Atores locais entrevistados, segundo categorias, ocupação em relação à oferta dos serviços e local da entrevista. Ano 2007. São João da Barra. RJ

ATOR LOCAL (*)	CATEGORIA PROFISSIONAL	OCUPAÇÃO EM RELAÇÃO À OFERTA DOS SERVIÇOS	LOCAL DA ENTREVISTA
USUÁRIOS			
ERG	Agricultora	Usuários	Unidade Mista do Açú
JSGB	Do lar	Usuários	Unidade Mista do Açú
MPSO	Empregada Doméstica (desempregada)	Usuários	UBS de Atafona
VMB	Cuidadora de Idosos	Usuários	UBS de Atafona
LGA	Do lar	Usuários	Policlínica Central
PSM	Empregada doméstica	Usuários	Posto Urgência Central
LIDERANÇA COMUNITÁRIA			
TBOC	Servidora Pública (aposentada)	Presidente da ONG.	Associação Humanitária Geraldo Costa
PAC	Agente da Pastoral	Líder da Pastoral da Criança; Conselheira do CMS**	Pastoral da Criança
PROFISSIONAIS DE SAÚDE			
LAV	Medicina	Médico	Unidade Mista de Barcelos
PRJ	Enfermagem	Coordenador Ações Programáticas	Secretaria Municipal de Saúde
MSMD	Auxiliar Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Unida Mista do Açú
ABP	Agente Comunitário de Saúde	Controle de Vacinas	Coordenação de Imunização
GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE (***)			

(*) Iniciais do nome do entrevistado.

(**) Conselho Municipal de Saúde de São João da Barra

(***) A entrevista não foi concedida, alegando-se motivos pessoais.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São João da Barra. RJ, 2007

A última etapa qualitativa, referente à 'operacionalização' foi construída em duas etapas. A primeira está relacionada à aplicação das entrevistas com os atores e locais pré-definidos. As entrevistas foram gravadas, após o consentimento dos entrevistados e transcritas pelo próprio entrevistador.

Na segunda etapa da operacionalização, deu-se a leitura, decodificação e interpretação da fala dos entrevistados, buscando as aproximações e distanciamentos dos discursos. Para tal, buscamos como apoio os trabalhos desenvolvidos por Minayo (1988)⁵⁵.

O processo de decodificação e análise das categorias previamente selecionadas iniciou-se pelo 'conceito de saúde', abordando a causação das doenças na visão popular. Segundo Minayo (1988), a "opção por aprofundar a causação das doenças justifica-se pelo fato de que essas explicações concentram elementos de grande importância dos diferentes sistemas médicos".⁵⁶

Para a autora, estudar o campo da causalidade nos coloca frente a uma das questões polêmicas no interior da chamada sociologia médica. Na verdade, trata-se da classificação dicotômica da origem natural e sobrenatural das doenças. Assim, numa teoria preconceituosa parte de uma visão evolutiva da sociedade, considerando-se 'atrasado' tudo que está vinculado ao 'primitivo' num conceito de superstição ligado à vida e à morte e, 'evoluído', seria o 'científico', num conceito de doença que somente acontece no plano físico, ou seja, no corpo material.⁵⁷

Ao buscarmos a compreensão da saúde-doença através da causalidade, percebemos várias facetas da realidade e que a etiologia da doença se mostra numa dimensão pluralística com explicações diversas.

⁵⁵ Professora da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Socióloga, Antropóloga e Sanitarista, possui vários livros e artigos publicados, como fruto de sua experiência como pesquisadora. Destacam-se *Os Homens de Ferro* e *os Construtores da Cidade* que tratam antropologicamente das condições de vida da classe trabalhadora no Brasil; *Raízes da Fome e Saúde em Estado de Choque*; *O Desafio do Conhecimento* com uma abordagem teórico-metodológica da pesquisa social em saúde, entre outros.

⁵⁶ *Ibid.* s/p

⁵⁷ *Ibid.* s/p

No estudo realizado por Minayo (1998), “Memória Social de Saúde/Doença na Classe Trabalhadora”, pesquisa realizada em seis favelas do Rio de Janeiro, através de entrevistas semi-estruturadas, relata-se as histórias de vida de saúde/doença. O material de estudo permite compreender o universo social dos usuários do sistema de saúde. Como referência à autora, elegeu o estudo de Ngokwey (1988), considerando ser o que mais se adapta aos pontos de vista defendidos por ela. Segundo, este autor, o conhecimento etiológico se relaciona com o conceito de cultura popular [...]. “As teorias populares desenvolvem-se a partir das experiências da vida e se reorganizam constantemente no contato com a prática, tanto da medicina oficial como de todos os sistemas alternativos”. (MINAYO, 1988, s/p).

No grupo estudado em São João da Barra, a concepção ‘saúde-doença’ ultrapassa o campo da biomedicina e atinge um universo repleto de medos, angústias e sofrimentos. O sistema etiológico do grupo estudado assemelha-se ao que foi encontrado por Minayo (1988) em seu estudo. O sistema inclui e integra vários domínios de causação, como: psicossocial, sócio-econômico e sobrenatural. Esses grupos se apresentam com características distintas, vinculadas e relacionadas entre si.

Ao iniciarmos a discussão sobre as causações da relação ‘saúde-doença’, faremos um breve comentário sobre esta relação: a compreensão de que a realidade possui inúmeras facetas é o caminho do reconhecimento que a etiologia da doença não é monolítica, podendo ser compreendida por diversos ângulos.

- **Causação Psicossocial**

A causa em questão refere-se aos sentimentos e emoções que podem levar às doenças, dentre elas podemos destacar a raiva, o susto e a revolta, como também, manifestam-se a tristeza, a angústia e o sofrimento, provocados pelo que se entende de ‘Nervoso da Vida’.

Muitas doenças são citadas pelos ‘usuários’ por conta dos conflitos vividos em suas vidas, vejamos alguns desses depoimentos:

Quando a pressão atrapalha um pouquinho, a gente fica sem saúde, nervosa, fica agitada.

Ah! Sim, a gente fica, quando tá com pobrema de saúde, já viu né! destorno(transtorno) daquele. Tudo é bom quando a gente ta bem de saúde, tendo pobrema já viu!

[...] não adianta você chegar lá 5 e meia, 6 horas da manhã, porque já tem gente sentado lá, e não tem mais ficha, já tudo contado certinho e você volta pra casa com o problema que você ta, você não consegue. Não consegue, entendeu?

Como podemos observar, a causação psicossocial está, nestes casos, associada à relação do indivíduo com a doença, em busca da cura e solução dos seus problemas de saúde, estando bem evidentes, as manifestações de sofrimento, angústia, tristeza e revolta, presente nas relações sociais do cotidiano de cada um.

[...] procura o atendimento [...] e você não encontra um bom atendimento. Vamos iniciar do atendente, que já desestimula [...] ao chegar ao consultório, o médico mal olha pra você, então, se você está doente, sai mais doente ainda.

Como me sinto? Se sinto mal, porque eu não consigo[...] o atendimento não é bom. Eu vou, e toda vez eu vou pra mesma coisa [...] e não consigo uma solução.

- **Causação Sócio-econômica**

São as causas relacionadas com as condições materiais de existência, como salário, moradia, saneamento básico e, também, os serviços de saúde e seu funcionamento. As relações com o trabalho são enfatizadas e consideradas fundamentais para a tranqüilidade e bem estar.

Veja a fala de um 'usuário':

"[...] quando eu quero trabalhar, e a pressão sobe, essas coisas impedem de eu trabalhar [...] eu quero trabalhar e não posso. Tô nervosa, como vou trabalhar doente? É um problema, com certeza.

Assim, o trabalho representa a garantia do bem estar, uma vez que a impossibilidade de trabalhar gera certa angústia e estresse e, possivelmente, a insegurança da perda de subsistência de sua família.

Num outro olhar, percebe-se que a compreensão do 'usuário' está voltada para a condição dos recursos financeiros na garantia da saúde.

[...] eu fui ver ginecologista para mim e só tinha a partir de 40 anos, quer dizer eu que estou com 29 não tive a consulta. [...] se eu tivesse com algum problema sério no meu útero eu teria que morrer ou esperar. [...] acho que você chegar com dinheiro, você é atendido rápido, independente de você ter 20, 30 ou 40 anos, [...] se você não chegar com o dinheiro não é atendido. [...] aí paga, entendeu, paga o social e é atendido.

A saúde comprica quando a pessoa não tem o recurso pra compra de medicamento ou para se deslocar para buscar um atendimento.

Como também, a saúde vinculada à falta de tempo para cuidar do corpo, em virtude do trabalho, é observado na fala do 'profissional de saúde', demarcando a divisão entre o estar ou não doente.

[...] sono mais reparador (nos plantões, isso é meio difícil), mais tempo pra me alimentar com mais qualidade e mais tempo pra me dedicar a atividades físicas e a cultura do ócio.

Quando não acordo pela manhã com muita disposição para encarar as minhas tarefas do dia.

A relação com a alimentação, o saneamento básico, a higiene e a moradia estão presentes em algumas falas dos 'profissionais de saúde', os quais relacionam 'ter saúde' com melhores e adequadas condições de vida.

[...] uma condição melhor e adequada de saneamento, ambiente e principalmente moradia.

Higiene né, o pessoal aqui, principalmente aqui no Açú são muito carente e falta muita higiene na residência, água tratada, esgoto e muita coisa. [...] uma alimentação que também falta muito aqui [...] agora que tá tendo mais recursos do governo, essas coisas aí, bolsa família, mais antes era muito complicado eles viviam de pesca, eles dependem do se dá não dá[...]naquela época, eles plantavam na roça pra poder melhorar tudo.

O bem estar social. Se você só trabalha, se você só tem compromissos, e comprometimentos, mas não tem o lazer, aí não terá saúde.

[...] para ter saúde, a gente tem que ter boa alimentação.

Em relação aos serviços de saúde ofertados, surge o sentimento de opressão e discriminação. Surgindo, também, a evidência do descaso, dos médicos que não tratam e não atendem bem, provocando revolta e descrença no sistema, conforme observado nas falas dos 'usuários'.

[...] chega lá de colarinho, de carrinho, é atendido [...] pobre humilde tem que esperar a vez, se tiver a vez, se não fica pra trás. [...] eu vi gente sentada esperando pra ser atendida, e chegou outra pessoa de nível social melhor, e entrou e foi consultada e acabou! Entendeu? [...]

[...] Chega com um filho no pronto socorro em uma emergência, e vê a inegritância médica [...], fui com ele no domingo, voltou para casa [...], tive com ele na 2ª feira voltou para casa, dizendo que era garganta inflamada e meu filho com febre de 40.[...], na 3ª feira voltei com meu filho, meu filho quase entrando em crise convulsiva, e aí, o médico que tava lá, falou: minha senhora, seu filho tá com todos os sintomas de dengue. [...] Aí eu pensei assim, se desde domingo tivesse feito isso[...] porque meu filho quase morreu. É um pronto socorro? Então tem que ter médico, entendeu, do nível altíssimo para poder chegar ali e se atendido. Quando (como) a saúde chega a esse ponto!

Assim, reafirmamos que o sistema biomédico se apresenta com um caráter dominante, sendo representado por um serviço de saúde inespecífico com enfoque no biológico. Um sistema hospitalocêntrico que menospreza o cliente como sujeito e seus sentimentos e emoções, sendo um lugar onde o medo está presente.

Minayo (1988) relata com muita propriedade quando diz: “a descrença que flui da fala dos usuários nas suas relações com o sistema médico é fruto de um lado, de uma experiência prática em que se sentem anônimos, impotentes e discriminados.”⁵⁸

Na verdade, se sentem excluídos do sistema e os depoimentos de tamanha indignação nos dão a dimensão da lacuna e do vazio existente entre os serviços de saúde e a sua cultura. Não basta melhorar o diagnóstico, o atendimento e até torná-lo humanizado, pois, é necessário aprofundar estas questões no que se refere à visão de mundo desses atores locais.

⁵⁸ *Ibid.* s/p

Analisando essas críticas, a autora relata⁵⁹: “ocorre-nos uma pergunta oportuna: se a população desconfia dos serviços, por que estão sempre cheios nossos serviços ambulatoriais e de pronto atendimento?” Uma das respostas é que o sistema biomédico é a classe dominante, criando mecanismos de aproximação e de imposição, e a outra, seria que a população reconhece também, a eficácia da medicina oficial para muitos casos de distúrbios da saúde, e assim, teima em usufruir desse saber socialmente construído e tão igualmente apropriado.

Outra manifestação importante da ‘saúde-doença’ é sua relação com o modelo biomédico, é a concepção de que a doença, a dor, o mal estar e a medicalização são importantes marcadores da ausência de saúde. Algumas falas dos ‘usuários’ refletem esta compreensão:

[...] falta muita coisa, né [...] não tem os médicos que eu preciso, um cardiologista, reumatologista, quer dizer, que eu preciso dessas coisas.

[...] sinto muita dor porque eu tenho problema de descalcificação de ossos, osteoporose,[...] tá aqui no laudo do médico[...]

Ah! [...] eu vivo em tratamento médico, medicação de pressão alta, os remédios mesmos, entendeu?

É quando a minha filha fica doente e não tem médico.

Desta maneira, um dos fatos importantes na reflexão do conceito de saúde está na sua relação reducionista quando se iguala a ausência de dor, como indicativo de ausência de doença. Numa visão mais ampla, a saúde é muito mais do que isto, porém, percebemos nos discursos que, também, é primeiramente isto.

Assim, Bosi (2004) destaca o pensamento de Lèriche (1936) apud Canguilhem (1990, p.73) que “ao definir a doença não achou outro meio de defini-la a não ser por seus efeitos”. E deste modo, Lèriche vê a dor como “um fenômeno individual monstruoso e não uma lei da espécie”. Deste modo, a dor não é tomada por doença, porém não se pode negar que é um fato da doença. (BOSI, 2004, p. 460-461)

⁵⁹ *Ibid.* s/p

Outras compreensões podem ser integradas ao conjunto das explicações da relação da saúde-doença como os critérios extracientíficos, ou seja, a delicadeza do atendimento seria um deles, e que pode ser visto na fala de um usuário.

[...] apesar de eu não ter os meus medicamentos, compro tudo, sou bem atendida [...] eu nunca fui maltratada aqui [...].

- **Causação Sobrenatural**

O universo desta causalidade é transcendental e são representados por Deus, Santos, Orixás, Mentores Espirituais e Anjos-da-guarda. A causação sobrenatural aparece geralmente associada às explicações psicossociais, tendo seu lugar de expressão o corpo.

A visão religiosa da saúde-doença perpassa pela relação entre a fé a graça e ao Deus se pede a cura de todos os males e se tem a resignação de ser oprimido, discriminado e desrespeitado, assim revelado nas falas dos usuários.

Portanto, a fé cristã vê Deus como a causa primeira de cura e solução dos problemas. Esta concepção está presente nas falas tanto dos 'usuários', quanto das 'lideranças comunitárias'.

Se for da vontade de Deus [...]

[...] às vezes acontece muito, as pessoas enfartam, essas pessoas desmonta mesmo, aí que a gente tem que ter fé em Deus [...].

[...] quem tem conhecimento é atendido, e quem não tem minha filha, tem que esperar, esperar e entregar na mão de Deus. Se for da vontade de Deus, entendeu? Porque só Deus para ajudar, mesmo.

Na conjunção de todos os entendimentos, percepções e sentimentos descritos, é interessante observar que, se por um lado percebe-se a postura imediatista, na qual a idéia de saúde é a ausência de dor e da doença, por outro, se percebe um

aprofundamento no campo psicossocial, no qual são revelados os medos, angústias e sofrimentos.

Tecendo considerações, no discurso dos usuários, a saúde aparece como um conceito pluridimensional, podendo ser evidenciado nas vivências, nas crenças e no cotidiano das pessoas, como o trabalho, o atendimento médico, a fé cristã, entre outras. A população usuária, os profissionais de saúde e a liderança comunitária, em sua maioria, têm a visão do modelo biomédico. Entretanto, não podemos afirmar que este seja o modelo popular da doença, uma vez que outras dimensões se manifestam no estar doente.

Segundo a Minayo (1988) é preciso, lembrar que o conhecimento humano é finito, historicamente limitado e contextualizado.

Da mesma forma que a visão de saúde-doença da população se apóia nas suas condições reais de existência, também, a ideologia que embasa a prática médica se produz dentro dos limites do processo social. Ela carrega a carga de uma visão cartesiana do mundo que a torna pragmática, parcelada e materialista. Vencendo falsas dicotomias seria necessário perceber que a classe dos usuários na sua forma de lidar com a saúde-doença resistem a uma ciência que se propõe a vê-los como um corpo sem alma, um corpo sem emoções, um corpo fora do contexto. Não teriam eles razões para reagir a essa investida? ⁶⁰

A autora cita Capra (1986) em seu livro, “O Ponto de Mutação”, no qual são analisados os limites do modelo biomédico, confrontando-se com a visão totalizante da vida, apresentada pelos sistemas primitivos, tradicionais e orientais de cuidado com a saúde. Fica demonstrado por Capra como mundos científicos avançam na direção de uma concepção alternativa de mundo: orgânica, holística e ecológica e, desta maneira, o universo deixa de ser visto como uma máquina e passa a ser visto como um todo dinâmico, inter-relacionado e indivisível.⁶¹

A doença é tanto um fato clínico quanto um fenômeno sociológico, assim Minayo (1991) revela: “Ela exprime hoje e sempre um acontecimento biológico e

⁶⁰ *Ibid.* s/p

⁶¹ *Ibid.* s/p

individual e também uma angústia que pervaga o corpo social, confrontando com as turbulências do homem enquanto ser total”.⁶²

Assim, a doença passa a ser entendida como uma realidade construída e o doente um personagem social. Portanto, o tratamento da doença não deve estar atrelado, somente, nas questões fisiológicas, morfológicas e epidemiológicas da medicina, pois assim no entendimento da autora, constituir-se-ia uma ‘miopia frente ao social e uma falha no recorte da realidade a ser estudada’.

Passando adiante, inseriu-se na entrevista com os atores locais, a temática ‘o direito à saúde como exercício de cidadania’ estando o foco desta análise voltado para o reconhecimento do direito enquanto direito.

Preliminarmente, destacamos que a saúde é um direito constitucional de todo cidadão e responsabilidade do Estado, assim textualmente declarada na Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196. Na saúde, apesar dos inegáveis avanços no campo jurídico-legal, temos a clareza da necessidade de superação de muitos desafios tanto no campo objetivo das práticas sanitárias quanto no campo da subjetividade, dentre as quais se encontram a construção de uma consciência sanitária.

Segundo Bosi (2004), Berlinguer⁶³ (1978) entende que a “tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa”, caracteriza-se como um importante elemento no processo de construção deste direito no cotidiano, sendo a participação popular um instrumento de controle social do Estado, sendo desta forma um mecanismo na garantia do direito reconhecido.

Neste sentido, no reconhecimento do ‘direito’, segundo Bobbio (1992) existe um distanciamento entre o direito reivindicado, reconhecido e protegido. Desta maneira, procuramos evidenciar os limites e as dificuldades de materialização desse direito, sendo escolhidos como cenário de investigação, os microespaços dos serviços de saúde, os atores que os utilizam e aqueles que prestam serviços.

⁶² *Idem.* s/p

⁶³ **Giovanni Berlinguer**, médico italiano, sanitarista e bioeticista, membro do Comitê Internacional de Bioética da UNESCO. Recebeu em 03/04/07 o diploma de doutor *honoris causa* da FioCruz. (maiores detalhes ver entrevista da Agência FioCruz de Notícias no site www.fiocruz.br/ccs.)

Foram elaboradas questões que pudessem contribuir e legitimar a temática. Quando questionado a 'responsabilidade pela saúde', pode-se observar, em alguns relatos, dos '**usuários**' a compreensão de que é dos representantes públicos e nenhum ator se sente responsável e donos do processo.

Ah! É o médico, e o prefeito né, e os médicos né. O prefeito coloca os médicos.

Eu acho que é ele né?! É o responsável para manter o médico, é isso.

O próprio médico ou a administradora, alguma coisa né.

Aí dependendo né, Ah! Eu acho que é o Estado, que agente depende né, precisa.

É o governo da cidade né? A prefeita, porque é ela que é a autoridade da cidade.

Acho que é a Prefeita [...], a secretária de saúde e vereadores [...].

Desta maneira, o segmento dos usuários reconhece que o Estado tem a responsabilidade sobre os serviços de saúde, tendo a maioria à compreensão de que o governo municipal é a representação direta desta obrigação, através da figura da prefeita. Fica evidente que a secretária de saúde, os vereadores e a categoria médica representam, em algumas falas, esta responsabilidade, demonstrando nitidamente uma visão de poder, destas categorias, no olhar desses atores. Também, dúvidas suscitam a fragilidade na compreensão do direito à saúde e cidadania.

Num olhar de outro 'usuário', essa responsabilidade está relacionada às condições de vida e atendimento médico, na lógica da biomedicina, e não na lógica do direito constitucional da saúde.

Acho que é o todo, né! É o governo e o cidadão, também né. Porque se eles tiver assim uma boa alimentação para eles, eles vão ter uma boa saúde, e também o governo né, se tiver bons médicos e bons salários, [...] isso aí, vai ter uma saúde pra todos muito bem né.

Inúmeros trechos remetem-nos a fragilidade da consciência sanitária, no que se refere à responsabilidade da saúde e dos direitos do cidadão. Contudo, mais do que a ausência desta consciência está à percepção de que os direitos não pertencem aos pobres, observe como os discursos dos 'usuários' revelam uma apatia e descrença nos serviços de saúde.

Alguém que realmente que quisesse fazer alguma coisa pela população, que se preocupassem com a população de baixa renda, pessoas pobres, humildes, que precisa e que vai a um posto de saúde precisando de um médico e que vai chegar lá e vai saber que vai ter.

Alguém que tivesse interesse [...] tem muitos que não querem trabalhar [...] eles saem de ignorância com você, te trata assim com cinco pedras [...] alguém que realmente visse o lado das pessoas que tá precisando.

[...] agente não tem condição social [...] ou você tem colarinho pra bater de frente ou você não bate. [...] é muito difícil conseguir médico, muito difícil. Preciso de médico e não tenho médico.

Às vezes, a gente é bem atendido, às vezes a gente não é[...] é vergonhoso porque a gente chega lá não tem médico no dia certo que a gente vai ou o posto ta fechado, não encontra nada direito.

[...]se a gente fala alguma coisa, vem de cara feia, a gente tem a obrigação de esperar.

Em algumas falas, a percepção de resignação, submissão e sentimento de revolta estão presentes nas falas dos '**usuários**', revelando que a situação deveria ser diferente, mas sentem-se impotentes para mudar.

Eu vou procurar socorro [...], porque é o único espaço que a gente tem pra procurar, mas satisfeita não to não!

É um pronto socorro, é um pronto socorro? Então tem que ter médico, entendeu?

Quando eu vou toda vez no posto de saúde e não tem médico pra atender, aí, em muita situação, não tem médico, aí fica o problema, atrapalha a minha vida.

[...] eu fico chateada, porque muitas vezes não sou bem recebida. É um direito! Porque fala que não tem, que tá médico de férias. Toda vez eu vou, e não encontro a ficha, não consigo marcar, me sinto enrolada.

Evidenciamos, também, uma fala bem interessante de um 'usuário', tendo a visão do atendimento como um 'favor' e não como direito.

Privelegiada, quando você consegue, entendeu! [...] porque tá muito difícil você conseguir médico pelo SUS, ta muito difícil!

O entendimento do direito à saúde nos discursos dos 'profissionais de saúde e lideranças comunitárias', também, está voltado para o Estado, enquanto responsabilidade da saúde da população. Entretanto, percebe-se que a responsabilidade perpassa, também, a esfera da sociedade civil e, o controle social visto como estrutura de garantia desses direitos.

Em primeiro lugar, nós mesmos.

[...] cada cidadão desde que receba esclarecimentos e suporte por parte do Estado e suas políticas públicas.

Os seus representantes [...] depois a população na fiscalização de seus direitos pela saúde.

Se existe espaço de saúde é o governo que tem a obrigação de fazer.

No discurso do 'membro do conselho municipal de saúde', quando perguntado sobre a importância do espaço da unidade de saúde, fica claro a relação de cooptação com o poder público e a ausência de consciência sanitária, revelando que o conselheiro não tem qualquer noção do seu papel no controle social.

Hoje, tem ultrassom, ortopedia, isto tudo é novidade, isso não tinha, então melhorou muito [...]. Em primeiro lugar, agradecer a Deus e também a nossa secretária, por exigência dela, graças a Deus por ela ser médica [...] Aproveito para agradecer a nossa prefeita que vem aí com todos e tudo, e temos a certeza que vamos fazer muito mais.

Quando indagados como seria a procura do atendimento de saúde e o sentimento de receber este atendimento, revelou-se uma insatisfação desses atores, de modo geral, explicitado em suas falas que o atendimento não é humanizado e que existem favorecimentos na relação de alguns profissionais com alguns usuários.

Uma grande dificuldade. [...] você chega e as pessoas te olham com cara de paisagem e quando você pede uma informação eles não te respondem com clareza.

Só tendo dinheiro, sem dinheiro você não é atendido. Não é atendido pelo SUS, vai procurar o serviço privado.

Nem sempre é bem atendido. Às vezes vem um sentimento de tristeza, por ver um profissional que se forma e não se dedica a sua formação exata no atendimento ao público.

[...] o atendimento a gente marca a consulta e assim a gente é atendido. Acho que nem deveria ter uma data só pra marcar consulta, porque a pessoa espera um mês para marcar, aí nesse intervalo, sempre tem gente que preenche um caderninho com nome e quando vão as pessoas enfrentarem fila para marcação de consulta, já terminou antes da hora, já não tem mais vaga.

As relações com o poder público e médicos revelam nas percepções do usuário e liderança comunitária de que o 'favor' foi motivador para concessão do atendimento demandado. Assim, o conhecimento é o passaporte para se ter um atendimento, sem precisar marcar a consulta e esperar, às vezes, meses por este atendimento.

Desta maneira, entendemos que a 'consciência' de posição social ficou demarcada, quando se percebe que foi o 'outro', de outra classe social, que estreitou a relação entre o sujeito e os benefícios do poder público, ficando evidentes as relações de dependência e um 'não empoderamento' das relações e das trajetórias construídas pelos usuários, revelando a ausência de consciência dos seus direitos e do 'direito de ter direitos'.

Abordando a temática 'assistência médica' voltada ao 'cotidiano do atendimento', os discursos presentes emergiram do espaço da assistência e das relações entre os profissionais de saúde e usuários da rede.

Foi indagado aos entrevistados: quem deveria ser responsável pelo atendimento de saúde? Ficou bem evidente que a relação da população com a unidade de saúde está estritamente vinculada ao tratamento médico.

Os usuários, em sua totalidade, têm a opinião de que a responsabilidade pelo atendimento de saúde está na figura do médico, porém, mesclando a estas falas, a figura de Deus, como a primeira causa de cura, bem como a cura vista pelo olhar do curandeirismo. Vejamos as falas que revelam estas situações.

O médico né! Médico né, porque vivo em tratamento médico mesmo né, entendeu!

Oro a Deus primeiro e depois procuro o médico.

É o chazinho da mãe primeiro, depois é o médico.

Eu procuro minha mãe e tomo um remédio caseiro.

Já nos discursos, da maioria, dos 'profissionais de saúde', ficou claro que esta responsabilidade é de todos com uma abordagem multiprofissional.

Toda a equipe multiprofissional.

É o médico.

Isso aí, eu acho que cabe a todos os funcionários dentro do posto, não só o médico, a enfermeira, o serviço social.

Continuando as indagações, perguntou-se: O que se espera do médico em relação à saúde de cada um? Está satisfeito com o atendimento que está sendo ofertado? Costuma voltar à unidade de saúde para resolver o mesmo problema?

[...] porque vou ao médico e eles demoram pra atender na Santa Casa, e às vezes não quer me dar um remédio pra pressão.

Que ele pergunte as coisas, examine e veja que a pessoa ta bem, que dê uma receita.

Essas indagações vieram reforçar que a relação da saúde no olhar desses atores está, culturalmente, vinculada à lógica biomédica

As percepções do descaso, da incerteza, do medo e da dependência, assim como a total ausência do reconhecimento do direito ficam bem evidentes. A ausência de consciência leva o 'usuário' a identificar o direito à saúde como direito do serviço, na maneira como lhe é ofertado, assim, evidenciada pelas queixas que se referem, somente, ao atendimento.

Atende muito mal, espero um atendimento melhor. Agente chega lá[...] é muito difícil, tem que esperar.

[...] se a gente fala alguma coisa, vem de cara feia, a gente tem a obrigação de esperar.

[...] tem que voltar, não tem outro hospital, agente tem que se sujeitar a esse.

[...] quando a gente não se sente bem, agente fica desesperada né! Ah, ah, ah! Falta tudo.

[...] geralmente a gente busca soluções de pessoas que estão acima da questão do posto médico, mas nem sempre a gente obtém resposta, acaba desistindo e deixando a coisa voando, sem resposta mesmo.

[...] meu filho mais velho encontrava-se doente [...] fui pro posto perto da minha casa e fiquei aguardando durante o dia inteiro a chegada do médico, e ele não chegou, e eu tive que hospitalizar o meu filho [...], quase morreu!

Deste modo, fica evidente: “o que é instituído como direito no nível institucional acaba sendo negado pela prática cotidiana da implementação das políticas de saúde”. (BOSI, 2004, p.470 apud COHN et.al, 1991, p.11)

As afirmações dos 'usuários' constataam que importante é ser atendido, manifestando a expectativa do atendimento em quase todas as falas. A população não suporta a negação do atendimento, como também, a demora é uma coisa que incomoda. É percebida a falta de compreensão dos serviços que eles recorrem, não

distinguindo unidades básicas de hospitais, levando-se a uma verdadeira peregrinação em busca do atendimento.

Eu corro pro Posto de Saúde né, vou, aí chega lá, ele custa a atender bota a gente lá no repouso, deixa lá, aguardando, se tiver que morrer, morre, é muito ruim.

[...] eu estou cansada de ir , e não vejo solução, então sempre que eu preciso, e vou no posto de saúde e não consigo, aí eu recorro o hospital ou a policrinica. Porque aqui em Atafona, é só de enfeite, só de enfeite!

Outro aspecto de destaque é a expectativa que se têm com o tratamento do 'profissional em relação ao usuário'. A fala revela uma dimensão psicoafetiva, esperando assim, que a atendimento médico seja muito mais que um conjunto de cuidados dirigidos a um corpo biológico.

Espero que ele me escute, com atenção né, entenda meus pobrema,[...] e se interessar pelo meu problema, né!

Ah, eles aqui, esperam que o médico explique bem o que ele tem né, sobre aquela medicação [...] tem que explicar bem, tudo certinho.

Espero que ele seja educado, que converse e que examine e que seja bem humorado.

Os depoimentos em relação à qualidade do serviço ofertado, a média de tempo para o atendimento e a eficácia deste atendimento apontam que a maioria, quando atendidos, espera entre uma e duas horas para o atendimento; mais da metade dos entrevistados acham que o atendimento dado é regular para bom e mais da metade retorna à unidade de saúde para resolver o mesmo problema.

Quando perguntado se tinha algo a dizer, dos doze entrevistados, oito fizeram destaques. Assim, em alguns discursos dos 'usuários' percebe-se uma indignação, um descrédito dos serviços de saúde e uma total apatia. De tal modo que, a quem reclamar e como reclamar?

Que as políticas de saúde, elas pudessem ser melhor elaboradas, mais bem discutidas, implementadas de forma mais assídua.

Eu falo que a prefeita não tá sendo muito boa, porque a saúde tá uma vergonha.

A única coisa que eles têm é isso aqui (Associação Humanitária Geraldo Costa). Muito deles não tem o dinheiro para pagar uma consulta social ou particular, tem que se submeter a esse tratamento arcaico e ruim que nós temos aí.

Fica evidente, nesta pesquisa, que os princípios como acesso, integralidade, equidade não estão sendo aplicados. Diversas situações demonstraram que estes princípios passam longe do cotidiano de cada um, como também, no dia a dia dos serviços de saúde.

Nas falas dos atores locais, evidenciaram-se mais de um tipo de usuário, assim como outras características demarcaram com propriedade a fragilidade do sistema local de saúde.

- Aqueles que por meio de conhecimento conseguem ter acesso ao sistema e ao atendimento, demonstrando que o sistema não é equânime;
- Aqueles que chegam ao sistema e não conseguem acesso ao atendimento, indicando que o sistema não está respeitando o princípio da universalidade;
- Retorno de pacientes às unidades de saúde com o intuito de resolverem os mesmos problemas de saúde, indicando que o atendimento é pouco resolutivo;
- Aqueles que chegam ao sistema e recebem o atendimento médico, e não um atendimento de saúde, reafirmando o modelo dominante, na lógica da biomedicina, o que demarca com muita propriedade a não integralidade das ações.

Concluindo, os discursos apresentados revelam facetas, as quais merecem um estudo mais aprofundado. Neste momento, tivemos a preocupação em relatar as fala dos atores locais, apontando para uma reflexão sobre os serviços de saúde e o atendimento ofertado, bem como, tendo a intenção de subsidiar o governo local em buscar a superação das fragilidades reveladas.

E, nada mais contundente que a fala de um ator local, revelando o anseio desta população em ter uma saúde de qualidade, justa e para todos. Assim, brota em seu peito o desejo de que: “O desejo de todo brasileiro é que houvesse uma saúde boa no Brasil todo”. (Liderança comunitária de São João da Barra, 2008).

E, nada mais esperançoso que esta canção, revelando o quanto é importante acreditar nas mudanças, basta ser sincero e desejar profundo.

Tente outra vez!

(Raul Seixas, Paulo Coelho e Marcelo Motta, 1975).

Veja!
Não diga que a canção está perdida.
Tenha fé em Deus.
Tenha fé na Vida.

Tente outra vez!

Beba, pois a água viva ainda está na fonte.
Você tem dois pés para cruzar a ponte.
Nada acabou, não, não, não,

Tente!

Levante a sua mão sedenta e recomece andar.
Não pense que a cabeça agüenta se você parar.
Não, não, não, não
Há uma voz que canta.
Há uma voz que dança.
Há uma voz que gira.
Bailando no ar.

Queira, queira,
Basta ser sincero e desejar profundo
Você será capaz de sacudir o mundo

Tente outra vez!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da pesquisa “Práticas Sanitárias e Municipalização – Um Olhar dos Atores Locais em São João da Barra” trouxe uma discussão sobre as práticas de saúde instituídas e vivenciadas no município. O contexto teórico-histórico da saúde pública no mundo e sua trajetória no Brasil, séculos XIX e XX, serviram de cerne à compreensão de importantes questões no processo de construção e gestão da saúde pública em São João da Barra.

Contextualizamos as décadas de 70 e 80, período da Reforma Sanitária e da construção do Sistema Único de Saúde – SUS, como referencial às análises das práticas de saúde implantadas e atuantes, dando ênfase à atenção básica e a municipalização, levando-se em consideração as diretrizes e protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde, bem como, à expectativa da população frente aos serviços ofertados.

A pesquisa foi estruturada quanti-qualitativamente. Na etapa quantitativa, realizou-se um levantamento de dados, dos anos 2006 e 2007, no qual se obteve informações de grande valia na construção do ‘diagnóstico de saúde’ do município. O diagnóstico foi desenhado com base na estrutura organizacional, na funcionalidade da rede e no financiamento da saúde. Na etapa qualitativa buscou-se o reconhecimento da existência de uma relação viva entre o mundo real e o sujeito, remetendo-se a várias dimensões e interpretações dos discursos dos atores locais, revelando percepções e compreensões sobre as condições de promoção e direito à saúde.

Alguns pontos nortearam a construção deste diagnóstico. A princípio, os dados coletados foram transformados em ‘informação de saúde’, ou seja, os dados quantitativos foram analisados comparativamente, traçando o perfil da situação de saúde do município. Em seguida as interpretações das falas dos atores locais materializariam a historicidade das relações sociais e institucionais em relação à saúde e a oferta de serviços.

Neste contexto, foram identificados alguns pontos nevrálgicos no sistema de saúde de São João da Barra, os quais serviram de importantes elementos de reflexão sobre a política de saúde local.

Deste modo, alguns destes pontos foram destacados, além de serem aludidas pertinentes considerações sobre as questões abordadas, como:

- **A relação da rede de saúde *versus* o número de atendimento *versus* o número de profissionais;**

Contata-se uma produção ambulatorial abaixo da capacidade instalada. Desta maneira, percebendo-se que é preciso uma avaliação das 'reais' necessidades da rede, o que contribuiria para uma reordenação das ações e uma otimização dos recursos financeiros.

- **Aumento, em torno de 5(cinco) vezes mais, o número de consultas especializadas em relação às consultas básicas;**

Fica evidenciada uma política de incremento na rede especializada em contrapartida a rede básica. Nesta seqüência, houve incremento dos exames de média e alta complexidade.

Esta política está contrariando os princípios normativos que regem o município, uma vez que não houve incremento na 'atenção básica' com a mesma velocidade e empreendimento.

- **Contrastes na região do 5º distrito, em relação ao número de atendimento por unidades de saúde;**

Evidenciou-se uma baixa produtividade nas Unidades de Saúde de Quixaba, Palacete e Sabonete em relação às unidades do Açú e Mato Escuro. Sabemos que as unidades que apresentam maior produção são unidades de caráter misto, ou seja, oferecendo atendimentos ambulatoriais e emergenciais, o que justificaria as discrepâncias encontradas.

Neste enfoque, sugere-se uma análise da oferta *versus* demanda, adequando às necessidades e revendo o modelo assistencial, principalmente nas unidades pouco produtivas, considerando-se que estas unidades estão localizadas em áreas rurais com baixa densidade demográfica, o que indicaria à implantação do Programa Saúde da Família – PSF.

- **A fragilidade das informações, em virtude da ausência de uma rede informatizada e do isolamento das informações dos sistemas locais sobre mortalidade, nascidos vivos, agravos notificáveis, atenção básica e outros;**

A dificuldade passa pela ausência de um núcleo capaz de condensar as informações e retratar a situação de saúde do município. É claro, que sabemos que os sistemas são independentes, porém, avaliar estas informações de maneira abrangente e correlacionadas, contribuiria fundamentalmente no planejamento da gestão em saúde e, assim, nortearia as políticas de saúde a serem implantadas e implementadas.

Portanto, conhecer a situação de saúde é o primeiro passo no planejamento das ações necessárias e adequadas à melhoria da oferta de serviços à população.

- **A desarticulação entre as ações programáticas;**

Evidenciou-se uma fragmentação das ações de saúde nos diversos segmentos programáticos, observando-se um isolamento e pouco impacto dessas ações sobre a saúde da população, assim sendo, a 'integralidade' como um dos princípios do SUS, não estaria sendo contemplada nas práticas instituídas no município.

Neste cenário, restava mesclar as análises quantitativas com as interpretações das falas dos atores locais, buscando retratar com mais proximidade à realidade local de saúde. Diante disso, alguns questionamentos foram fundamentais às análises, às discussões e aos contrapontos presentes nesta conjunção.

- **Os princípios do SUS, como 'acesso' e 'equidade' estariam sendo respeitados e garantidos aos cidadãos sanjoanense como direito?**

Para responder esta questão, tomamos como referência as entrevistas aplicadas e, a maioria, revelou o descaso, a descrença no serviço de saúde e a insatisfação no atendimento. Estas percepções estão presentes no cotidiano desses atores, principalmente, na fala dos usuários, traduzindo um sentimento de abandono e desrespeito.

Neste olhar, os princípios de 'acesso' e 'equidade' não estariam sendo respeitados, contrariando o direito constitucional à saúde.

- **Outra questão refere-se à 'descentralização da gestão de saúde' como instrumento capaz de proporcionar uma maior resolutividade dos serviços.**

Não cabe, neste momento, tecer fundamentos teóricos que alicerçariam este princípio, pois já foram feitos anteriormente. É importante lembrar, que os programas de descentralização no setor saúde passam pela adesão à municipalização, sendo transferida para o município a responsabilidade na oferta dos serviços de saúde para a população local, carregando custos financeiros para o cumprimento desses compromissos.

Constatou-se que os recursos são poucos e, algumas vezes, utilizados sem planejamento das 'reais' necessidades locais, evidenciando-se, através de planilhas financeiras do Fundo Municipal de Saúde, que os recursos próprios e as transferências do governo federal e estadual não contemplam as despesas de saúde 'instituídas' no município, sendo utilizados para composição, os recursos dos royalties do petróleo.

Portanto, é preciso que haja uma avaliação dos gastos públicos em detrimento da cobertura das ações voltadas à 'promoção da saúde', dando cumprimento a normatização vigente, a NOAS. SUS 01/01, conforme habilitação da 'Gestão Plena em Atenção Básica'.

Neste cenário, dar cumprimento às necessidades 'reais' da população, garantindo um atendimento de qualidade e resolutivo é o grande desafio para o município de São João da Barra.

Contudo, as necessidades devem ser avaliadas com critério técnico e com amparo jurídico-legal, contribuindo para a efetivação do sistema de saúde nos moldes preconizados.

Elucidando esta questão, evidencia-se em alguns discursos que, muitas vezes, o 'usuário' do sistema local retorna ao posto de saúde para resolver o mesmo problema e, mais, quando atendidos, o atendimento é demorado e impessoal. Portanto, neste caso, a 'resolutividade', enquanto princípio não está sendo colocada em prática.

Em outro viés, indagou-se: De que maneira a sociedade civil compreende as práticas sanitárias instituídas e atuantes no município? Como os atores locais percebem a relação saúde-doença e cidadania? Como os atores encaminham as situações vivenciadas e as traduzem?

Deste modo, analisando os discursos dos diversos atores, percebeu-se que a concepção de 'estar ou não doente', apresentou-se numa visão reducionista, na qual a manifestação da doença está vinculada diretamente a sensação de dor, reforçando a lógica da biomedicina, tanto incorporada na cultura da população.

Nesta lógica, a relação do indivíduo com a 'doença *versus* a busca da cura', revelou um cotidiano de sofrimento, angústia, tristeza e revolta, em virtude das dificuldades encontradas, tanto pela falta do profissional, quanto da maneira como é dado o atendimento.

No conjunto das explicações da relação 'saúde-doença', tomamos com base as origens das doenças sob diversas causas, a psicossocial, a sobrenatural e a sócio-econômica, revelando um olhar pluralista da doença, como também, foi inserida na análise o cotidiano do atendimento e a compreensão 'saúde *versus* cidadania'.

Nos diversos trechos das entrevistas, foi percebida a fragilidade de uma consciência sanitária por parte dos 'usuários'.

Alguns se sentem discriminados pelo sistema de saúde e, muitas vezes, preteridos em detrimento daqueles quem tem o conhecimento e o acesso aos serviços, revelando que o 'favor' foi motivador para a concessão do atendimento. Isto, impulsionando um sentimento de apatia, quando não sabem a quem recorrer e como recorrer, porém, reconhecem que é obrigação do poder público, a oferta desses serviços.

Neste enfoque, percebe-se que o reconhecimento do direito está relacionado ao direito ao serviço e não à saúde, sendo importante ter o atendido nos moldes da oferta de serviço.

Quando o reconhecimento do direito está voltado para o olhar dos profissionais de saúde e lideranças comunitárias, constata-se que as responsabilidades devem ser do Estado e ao cidadão cabe o direito de ter saúde, entretanto, evidencia-se que o

modelo oficial está culturalmente impregnado na prática dos serviços executados por estes profissionais.

Poderíamos destacar tantas outras falas que revelam a insatisfação ou a satisfação do atendimento de saúde. Entretanto, dentre tantos aspectos, a dificuldade de 'acesso' aos serviços de saúde foi o grande vilão dessa história, levando a um sentimento de injustiça e desrespeito por parte do gestor público.

Considerando-se todos os aspectos aqui mencionados, indagamos: o que foi interpretado está contemplando tudo que foi expresso nas falas dos entrevistados e nas práticas instituídas?

Como resposta a esta indagação, seria necessário o aprofundamento das correntes filosóficas e da antropologia para explicitar melhor as diversidades de significados no campo da saúde pública.

Sobremaneira, não estamos pretendendo criticar as relações entre quem procura e quem oferece os serviços de saúde, nem tampouco qualificar as manifestações de dor e de doença, apenas, estamos revelando as falas desses atores na perspectiva de se apontar às possíveis superações das fragilidades percebidas, constituindo-se em reflexões que possam gerar uma tomada de consciência do poder público em relação às políticas públicas locais.

Acreditamos que inserir a 'abordagem qualitativa' nas políticas de saúde, através de seus planos, programas, projetos e ações, alcançaríamos com mais proximidade e realidade às necessidades da população. Isto quer dizer, ouvir o usuário do sistema, buscando compreender o que é dito por ele e respeitando seu ponto de vista.

Ao discutirmos sobre o Sistema Único de Saúde - SUS, quase sempre, surge o termo 'equidade' para fazer referência à igualdade do acesso, do atendimento e do direito de ter direito. Entretanto, a concretização da equidade deve estar vinculada às elaborações de políticas apropriadas à realidade local.

O que vemos! Um país mergulhado na ineficiência do sistema de saúde, no qual não existem: leitos para todos os doentes, médicos para tratar de todos os doentes, acesso, equidade. Na verdade, concordamos com o ministro da saúde,

quando ele diz que temos um 'Ministério da Doença', pois estamos o tempo todo tratando do que se apresenta, ou seja, a doença.

O que foi visto! O município de São João da Barra com o mesmo cenário.

É preciso trocar a doença pela saúde, reconhecendo que o modelo vigente não consegue cumprir com os princípios postulados. Portanto, é preciso transformar este cenário e o caminho desta mudança de paradigma é a 'prevenção'.

Neste momento, convido a todos para uma reflexão!

Estamos mergulhados em leis, normas, programas, projetos e, assim por diante, caminha a política pública de saúde. E, mais uma vez, destacamos: o Sistema Único de Saúde está completando 20 anos de lutas, desafios e com certeza com muitos avanços. É inegável.

Quantas vidas foram salvas? Mais recentemente, a adolescente Eloá, ao ser levada a óbito, permitiu que várias pessoas pudessem sobreviver, pois seus órgãos foram doados e transplantados em pelo menos 5 pessoas.

Tantas conquistas se concretizaram e nos perguntamos? Por que Maria da Penha, usuária da rede de saúde de São João da Barra, mulher, mãe, desempregada suplica por um atendimento de saúde?

Neste embaraço, alguns atores desta história poderiam justificar: vamos averiguar o que está acontecendo e vamos resolver este problema; outros irão apenas dizer: não sei o que pode estar acontecendo; outros dirão: é assim mesmo a gente tem que agüentar e esperar e alguns não se sentem atores desta história, dizendo apenas: eu não moro aqui e não sei o que acontece e nem como ajudar.

Com certeza, cada um terá uma justificativa para a situação. Mas, é preciso saber que Maria da Penha não é uma só, existem muitas 'Marias' de todas as cores, raças, gostos e sentimentos, cada qual com suas memórias vividas e viventes, com suas emoções, com suas experiências e possibilidades de compreender o outro, concebendo-se como esse outro.

Essa alteridade expressada revela o nível das relações que se estabelecem entre as pessoas e, também, as relações que se expressam entre o homem e a vida.

Olhar, perceber e reconhecer que cada ator desta história é fundamental na construção de uma sociedade igual. É o primeiro passo para se colocar em prática, políticas públicas comprometidas com a vida humana.

E lembrar, que para Maria da Penha é preciso, apenas, que seja dado o que é de direito e, no seu desejo manifesta: “que os responsáveis possam olhar e pensar no próximo”.

É só pedir para os secretario da saúde, pensar um pouco mais no próximo como se fosse eles mermo, porque um idoso que ta ali na fila, uma gestante que ta ali na fila precisando de uma ficha, parar é pensar que podia ser um filho, podia ser um pai que tá precisando de uma ficha e tá tanta discriminação. Vai ao posto de saúde com probrema e volta pra casa com o mermo probrema, sem atendimento. Então, que eles parassem e pensassem um pouco. Se tem o médico no posto de saúde, porque não dá 30 ou 40 fichas, porque só dá 10, 12, 15 fichas, se tem 30, 40 pessoas precisando do atendimento. Entendeu, então, que eles pensassem um pouquinho.

É só isso!

REFERÊNCIAS

AFRA Suassuna F.; SECLLEN Juan (Orgs.), **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil**. Brasília-DF: OMS. Organização Mundial da Saúde; OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2004. 180p.

AKERMAN Marco, et.al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. **Revista de Saúde Pública**. v.36, n.5. São Paulo, out.2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 07 dez.2006.

ALBEBAILLE Eveline B. As ações da sociedade civil e do Estado diante da pobreza. VALLA, Vitor Vicent (Orgs) et. al. Para compreender a pobreza no Brasil. In:_____. **Globalização, a questão social e a nova pobreza**. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005. p.73-102.

ARBEX JR. José; VIANA Nilton (Orgs.). **É preciso coragem para mudar o Brasil: entrevistas do Brasil de Fato**. Traduções de Brasil de Fato. 1 ed.São Paulo: Expressão Popular, 2006. 224p.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**. Campinas: UNESP, 2003. 270 p.

ARRETCHE, Marta T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol.14, n. 40, jun.1999. p.111-141.

_____. In: MARQUES. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. vol.7, n.3, 2002. p.455-479.

AZAMOR Vânia. Royalties e participações especiais. **Boletim de Economia Fluminense**. Fundação CIDE. SEDET- Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico e Turismo. UFF - Faculdade de Economia. nº. 11, abr 2003.

BARROS, R. P. de, HENRIQUES, R., MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil; retrato de uma estabilidade inaceitável. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 42. fev. 2000

BAVA, Silvio Caccia. **Democracia e Poder Local, Polis** Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, 1994, nº 14, p. 3-9.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: Hucitec. 1978.

_____. O direito à vida e a ética da saúde. **Lua Nova**, n.30. p.121-143. 1993.

BOFF, Leonardo. **Superar a lógica do egoísmo e da violência**. In_____: ARBEX JR. José; VIANA Nilton (orgs.). É preciso coragem para mudar o Brasil: Entrevistas do Brasil de Fato, 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2006. p.206-211

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus. 1992.

BOISIER, Sérgio. La descentralizacion: um tema difuso y confuso. ILPES/Area de Planificacion y política regional. Serie Ensayos. Documento 90/05. Santiago de Chile.

BOSI, Maria Lúcia & AFFONSO, K.C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da rede pública e serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, n.14, 1998. p.355-365.

BOSI, Maria Lúcia. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, n.10, 1994. p.446-456.

BOSI, Maria Lúcia; MERCADO Francisco J. (Orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 607 p.

BOUSQUAT Aylene; COHN Amélia. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**. Vol.11 n.3. Rio de Janeiro. set/dez. 2004.

BRASIL. CEBES. O Parlamentarismo e a Saúde. **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. n 38. Brasília-DF. mar. 1993. p.1-106.

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

BRASIL. Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990. Regulamenta o Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1990.

_____. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 de setembro de 2002.

BRASIL. IBGE, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos e Estimativas**, 2007.

_____. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística **Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil**, 2005. 29p.

_____. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Normas de apresentação tabular**. 3 ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1993. 62p.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue: amparo legal à execução das ações de campo – imóveis fechados, abandonados ou c/ acesso não permitido. In:_____ **Contexto histórico e aspectos metodológicos: Liberdade individual e controle sanitário**. Brasília, 2002. cap.1, p.7– 16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília, 2006, 300p.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde: 17 a 21 de março de 1986**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da terceira reunião extraordinária do conselho nacional de saúde**. Brasília-DF. jan.1993. 4p.

_____. Ministério da Saúde. **IDB 98 Brasil**: indicadores e dados básicos para a saúde, Periódico anual de circulação dirigida ao setor Saúde, da Rede Interagencial de

informações para a saúde (Ripsa), do Departamento de Informações e Informática do SUS, Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. In:_____. CARVALHO, Déa Mara. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da 10, situação atual. Brasília-DF: Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. ano 5, n.4, 1997. p.7-45..

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2001. 126p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6 ed. Brasília-D: Ministério da Saúde, 2005. 816p.

_____.Ministério da Saúde.Coordenação Materno-infantil. Secretaria de Assistência à saúde. **Metas da cúpula mundial em favor da infância**: avaliação de meia década. Brasília-DF: Ministério da Saúde, mai. 1997. p.1-27.

_____. Ministério da Saúde **Norma operacional de assistência à saúde/SUS**, Portaria n 95, de 26 de janeiro de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de Indicadores do SUS. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006. 61p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2005. p 143.

_____.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Plenárias nacionais de conselhos de saúde: resgate histórico do controle social no SUS**. 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília; Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundamento à descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.95. jan.2001. Brasília-DF: Ministério da Saúde. série A. n.116, 2001. 114p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília; Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília; Ministério da Saúde, fev.1993a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS na região**. 3.º Seminário de Gestão Participativa. Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I. 1 ed. Brasília-DF:Ministério da Saúde, 2005. p.20.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

_____. Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

_____. Lei nº. 8.689 de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de julho de 1993.

BRAVO, Maria Inês S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996. 288p.

BRITO et al. **Mortalidade neonatal no Município de Londrina, Paraná, Brasil, nos anos 1994, 1999 e 2002.** Cad. Saúde Pública vol.22 no.5 Rio de Janeiro. 2006

BUENO, Eduardo. **Passando a limpo: história da higiene pessoal no Brasil.** 1ª ed. São Paulo: Gabarito de Marketing Editorial, 2007. 79p.

CAMPOS, Francisco Eduardo (Org.) de. et. al. Planejamento e gestão em saúde. **Caderno de Saúde.** v.1 . Belo Horizonte: Coopmed. 1998. 102p.

GANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Univ., 1990. 73p

CAPRA Fritjof. **As conexões Ocultas: ciência para uma vida sustentável.** In: Palestra proferida. São Paulo, 11/08/2003. Disponível em: <<http://www.ecoar.org.br>>. Acesso em: 27 ago.2008.

_____. **O ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix. 1987.

CARDOSO, Ruth. Sustentabilidade, o desafio das políticas sociais no século 21. **São Paulo em Perspectiva**, 18(2). 2004. p.42-48.

CARRIÓN, Fernando. **Gobiernos locales y descentralización.** Caracas: Rd. FECS. 1996.

CARVALHO, Ailton Mota; TOTTI Maria Eugênia F. Município para qué o para quién? **Ciudades.** México. n. 76. octubre/diciembre. 2007.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** 5 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1991.

CIÊNCIAS SOCIAIS: Congresso em Salvador atesta triunfo da área na saúde coletiva. **RADIS Comunicação em saúde.** n. 61. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. set. 2007.

COHEN Ernesto; FRANCO Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. 3 ed. Petrópolis.RJ: Vozes, 1993. 312p.

COHN, Amélia & JACOB, P. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991, 11p.

COHN, Amélia. Estado e sociedade e as reconfigurações, o direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1. 2003. p. 9-18.

_____. MOTA, Carlos Guilherme(Org.). A questão social no Brasil: a difícil construção da cidadania. São Paulo: Editora SENAC. 2000. p.385-402.

_____. In: ELIAS Paulo E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez/Cedec, 1996. Rio de Janeiro, v.8, n.1. 2003. p. 9-18.

_____.In: JACOBI, Pedro. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez. 1991.

COIMBRA, Marcos. A. Abordagens teóricas do Estudo das Políticas Sociais. **Política social e combate à pobreza**. São Paulo: Jorge Zahar Editor, 1987.

CONCEIÇÃO. Nádía M. da. **Usuários da rede de saúde, lideranças comunitárias, profissionais de saúde do município de São João da Barra**. 8 fotografias coloridas. 2008.

_____.**Unidades de Saúde do município de São João da Barra**. 3 fotografias coloridas. 2008.

_____. **Usuários da rede de saúde, lideranças comunitárias, profissionais de saúde do município de São João da Barra: depoimento**. ano 2008. Entrevistador: CONCEIÇÃO N. M. da. São João da Barra, 2008. 5 fitas cassete (90 min.): 3^{3/4} pps. Estéreo. Entrevista concedida à pesquisa Práticas Sanitárias e Municipalização – Um olhar dos atores locais em São João da Barra. RJ.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. URSS. 6-12, set.1978. Disponível em: <http://www.ensp.gov.br>. Visitado em: 12 de mai.2007.

CORREIA, Maria Valéria C. Controle Social na Saúde. **Serviço Social e Saúde e Trabalho Profissional 1**. 2005.

CORREIA, Maria Valéria C. Desafios para o Controle Social: Subsídios para a capacitação de conselheiros. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005

_____. **Que controle Social?** Os Conselhos de Saúde como instrumentos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

COSTA E SILVA, Mírcia B. **Usuários do SUS:** entre a reivindicação e o planejamento em saúde. Revista de Administração Municipal – IBAM: nº. 254. 2005.

DADOS ESTATÍSTICOS. Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acessado nos anos 2006-2008.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do RJ. Disponível em: <http://www.ses.rj.br>. Acessado nos anos 2006-2008.

DALLARI, Sueli Gandolfi. et. al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 12(4): out/dez.1996. p.531-540.

DEMO, PEDRO. **Avaliação qualitativa**. São Paulo: Cortez. 1999.

_____. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo. Atlas, 1981.

_____. Pobreza da Pobreza. In:_____ **Pobreza política de migrantes e associados**. Petrópolis, RJ, 2003. cap. 2. p. 127-192

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade/Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes: Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. n.13. 1997. p. 103-107.. Disponível em <http://www.scielosp.org>. Visitada em 18 nov.2005.

SCOREL, Sarah. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário: Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 1998.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Município de São João da Barra LIVRO ATA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Atas das reuniões ordinárias e extraordinárias**. São João da Barra. RJ, anos 2005-2007.

_____. **Lei 29/91**. Dispõem sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde em caráter permanente. São João da Barra. 1991.

_____. **Lei 07/97**. Dispõem sobre a criação do Fundo Municipal de Saúde. São João da Barra. 1997.

_____. COMUNICAÇÃO SOCIAL. **Ações de saúde no município de São João da Barra**. 5 fotografias coloridas, anos 2007-2008.

BRASIL. TCE. RJ. **Diagnóstico de São João da Barra**. 2005. Disponível em: <http://www.tce.gov.rj.br>. Visitado em 12 de abr. 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégia em serviço social**. São Paulo: Cortez, 2001.

FERLA, Alcindo Antônio. et. al. Descentralização e política públicas para DST/AIDS: estudo do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Coleção ABIA**. Políticas Públicas. n. 7. 2006. 42p.

FLEXNER, Abraham. Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. **Bulletin of Carnegie Foudation for the Advancement of Teaching**. n.4. 1910. 346 p.

FORUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. Manifesto: **Reafirmando compromissos pela Saúde dos Brasileiros**. Câmara dos Deputados. Brasília-DF, nov. 2005.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS prá valer**: universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro, jul. 2006.

FOUCAULT, Michel. A política de saúde no século XVIII. In:_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Graal, 1998. p.193-207.

_____. Microfísica do poder. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal. 1981.

_____. O nascimento da Medicina Social. In:_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Graal, 1998. p.79-111.

GOHN, Maria da Glória (Org.). I e II Fórum Social Mundial em Porto Alegre. In:_____.**Movimentos Sociais do Século XXI**: antigos e novos atores sociais. Petrópolis. RJ: Vozes, 2003. p.53-88.

_____.Movimentos, ONGs e lutas sociais no Brasil nos anos 90. In:_____. **Os sem-terra, ONGs e cidadania**: a sociedade civil brasileira na era da globalização São Paulo: Cortez. 1997. p.25-52.

GOMES PEREIRA. H. Epidemiologia e Prática.**Usos da Epidemiologia**. Cap.2 p.18-29

GORDON Sara. **Ciudadanía y derechos sociales: critérios distributivos?** In:_____. ZICCARDI, Alícia (Org.). Pobreza, desigualdad social y ciudadanía: los limites de las políticas sociales em América Latina. Buenos Aires. Argentina. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO. 2002. p.23-36.

GUIZARDI Francini Lube. **Práticas Sociais em Saúde**: O cotidiano das Comunidades. Disponível em <http://www.scielo.org.br>. Acessado em 18 out..2007.

HABERMAS, J. 1987. *Teoria de la Acción Comunicativa*. I e II. Madrid:Taurus Edidorial.

HABERMAS, Jürgen. “**Três modelos normativos de democracia**”. In: _____.A inclusão do outro. Estudos de teoria política. São Paulo: Loyola, 2002. p.269-284.

HALDENWANG, Christian von. Hacia um concepto politologico de la descentralizacion del Estado em America Latina. Revista EURE,vol. XVI. N.50. Santiago do Chile. 1990, p.61-77.

HARTZ Zulmira Maria de A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. Vol.4 n.2.1999. p.341-352.

HOFFMANN, R. **Distribuição de renda: medidas de desigualdade e pobreza**. São Paulo: Edusp, 1998.

JORNAL DA SAÚDE. **São João da Barra tem saúde**. São João da Barra: Prefeitura de São João da Barra, jul.2007. 8p.

JORNAL DO CNS. **Saúde e Qualidade de Vida**: políticas de Estado e desenvolvimento. Brasília-DF: Editora MS. ano 3, mai/jun/jul/ago. 2007.

LAURENTI, R.; PASTORELO, E.F.A. Mensuração das condições de saúde nas comunidades. In:_____. LAURENTI, R. et al.Estatísticas de saúde. São Paulo. EPU, 1985.

LAURENTI, R. et al - Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo,1986, I - Metodologia e resultados gerais. Rerv. Saúde Pública, 1990; 128-133p.

LICASTRO, Julián; PELIZZA, A.M. Los municipios em la comunidad organizada. Argentina: Fundación Editorial del Belgrano. 1999. 174p.

LÔBO Irene. Brasil não alcança metade da meta de redução da mortalidade materna. Agência Brasil, 28 de mai. 2007. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.com.br>. Visitado em: 03 mar.2008.

LOPES. Maria Lúcia da S. et. al. Processo de Municipalização: uma avaliação do nível de informação dos profissionais de saúde das unidades básicas da região oeste do município de Londrina-Paraná. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. n.6. Paraná. fev. 2000.

LUZ, Madel Terezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**. 5(2) Rio de Janeiro. 2000. p.293-312.

_____.Novas Práticas em Saúde Coletiva. In:_____. MINAYO Maria Cecília de S.(Org). COIMBRA JR. Carlos E. A.. **Críticas e Atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. 2005. p.33-89.

_____.**As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MAPA do **Estado do Rio de Janeiro**: maps google .1mapa, color Disponível em : <http://www.google.com.br>. Acesso em: 12 mar. 2008.

MAPA de **São João da Barra**: maps google .1mapa, color Disponível em : <http://www.google.com.br>. Acesso em: 12 mar. 2008

MARSHALL Thomas H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.

MAPA DO FIM DA FOME: **Metas Sociais contra miséria nos municípios fluminenses**. Centro de Políticas Sociais. Fundação Getúlio Vargas-FGV.

MENDES, Eugênio Villaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In:_____ **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MICHALISZYN, Mario Sérgio; TOMASINI, Ricardo. **Pesquisa: orientações e normas para elaboração de projetos, monografias e artigos científicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005, 149 p.

MINAYO Maria Cecília de S.(Coord.) et. al. **Salud y Equidad**: uma mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 384p.

_____. Pacto contra a violência: o SUS e as políticas públicas na promoção da vida e da paz. "Temos um tipo de violência que não é só no brasileiro". **Revista da Saúde**. ano III. nº. 3. 2002.

_____.(Org). COIMBRA JR. Carlos E. A. **Críticas e Atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. 2005.

_____. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Revista de Saúde Pública**. vol. 25. n.3. São Paulo. jun. 1991..

_____. (Org.) et. al. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis. RJ: Vozes, 1994. 80p.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO. 1993. 269p.

_____. Saúde e doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 4, n.4. Rio de Janeiro. out.dez, 1998. p.356-362.

MINAYO, Maria Cecília; COIMBRA JR, C.E.A. Abordagens antropológicas em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.9. 1993.

MONTEIRO Carlos Augusto, et. al. Mortalidade no primeiro ano de vida e a distribuição de renda e de recursos públicos de saúde. **Revista de Saúde Pública**. v.14. n.4. São Paulo. dez. 1980. Disponível em: <HTTP://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 27/08/07.

NGOKWEY, N. **Pluralistic etiological systems in their social context**: a Brazilian case study. *Social Science Medicine*, 26, 1988. p.793-802.

NEPP-Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp. 11ª [Conferência Nacional de Saúde](#). [Conselho Nacional de Saúde](#). Ministério da Saúde – Fundação Oswaldo Cruz - [Fiocruz](#) Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acessado em: 18 de mar. 2006

OLIVEIRA, Francisco de. Crítica à razão dualista - o ornitorrinco. In:_____. **A expansão pós-64**: nova revolução econômica burguesa ou progressão das contradições. 1 ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003. p.93-106.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Rev. Volume 2, Manual de Instrução. Centro Colaborador da OMS Para a Classificação de Doenças em Português, 1994. Edusp, São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Relatório anual intitulado “Atenção Primária à Saúde - agora mais do que nunca”, 2008. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Visitado em out.2008.

IBGE. Atores Sociais confirma as desigualdades da sociedade brasileira. **Press release**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Texto n. 064.

PASQUARELLI, Maria Luiza Rigo. **Normas para a apresentação de trabalhos acadêmicos** (ABNT/NBR-14724). UNIFIEO - Centro Universitário FIEO. Osasco, 2002. 50p.

PEREIRA. M.G. Epidemiologia e prática. In:_____. **Usos da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap.2. 1999.

PNUD. Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil.2002.

Pobreza e Violência. Disponível em [http// www.gife.org.br](http://www.gife.org.br). Visitada em 16.11.2005.

POCHMANN. Márcio. **Proteção social na periferia do capitalismo**: considerações sobre o Brasil. São Paulo em Perspectivas, 18(2) p. 3-16. 2004.

Rede GIFE Online. **IDH brasileiro pode melhorar com a utilização do potencial das comunidades locais**. Disponível em <http://www.gife.org.br>. Acessado em: 16/11/05.

RIBAS. F. Rede: **uma idéia transformadora e uma estratégia para o desenvolvimento social**. Disponível em: <http://www.terceirosetor.org.br> Acessado em: 16 de nov.2005.

ROCHA Rogério. VIEIRA Rafael. **Tendências do terceiro setor no período recente**: Um olhar sobre a relação privado-público Disponível em:<http://www.corecons.com.br>. Visitada em 18/11/2005.

ROCHA Sonia. **Opções Metodológicas para a estimação de linhas de indigência e pobreza no Brasil**. Nº. 720 IPEA. 1998

_____. **Pobreza e Desigualdade no Brasil** – O esgotamento dos efeitos distributivos no Plano Real. Nº. 721 IPEA. 1998

_____. **Tendência Evolutiva e características da pobreza no Rio de Janeiro**. Nº. 536 IPEA. 1998

RODRIGUES Luciana. **Petróleo cria pobres municípios no Rio**. O Globo, Rio de Janeiro, Economia, 20 de nov.2005. p.33.

RODRIGUES NETO, Eleutério. Reunião da Abrasco em Cachoeira, Bahia. **Saúde em debate**, Londrina, p.33-38, abr., 1988.

ROSEN, George. **História da Saúde Pública**. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/HUCITEC.ABRASCO, 1994. 423 p.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 1993.

SADER, Emir (Org.) **Gramsci: poder, política e partido**. Tradução de Eliana Aguiar. 1 ed. São Paulo: Expresso Popular, 2005. 144p.

SANTOS, Milton. A natureza do espaço, São Paulo: Hucitec,1996. p.10

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. 2 ed. Rio de Janeiro:Campus. 1987.

Saúde em Alta. **Relatório 39 meses de gestão. 1999-2000-2001-2002**. Secretaria de Estado de Saúde. Governo do Estado do Rio de Janeiro. 2003.

SAÚDE EM FOCO. A saúde pública na reestruturação dos serviços de saúde. **Associação Canadense de Saúde Pública**. Conselho Diretor. Informe. Tradução de Ana Paula Gouvêa. ed. brasileira. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. fev.1996.

SILVA, Luiz Antonio M. da. Cidadania, Democracia e Justiça Social. **Rio A democracia vista de baixo**. Rio de Janeiro. jun.2003. 8p.

SILVA, Maria Josefina da; RODRIGUES, Rui Martinho. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia. v.2, n.1. jan/jun. 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>.

SILVA, Pedro Luiz B. Acesso e gerenciamento dos serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. **Políticas Públicas**: proteção e emancipação. São Paulo: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas(NEPP).UNICAMP. 2002. 6p.

SJBInfo. **Informativo da Prefeitura de São João da Barra**. Ed.01. Julho de 2005.

SOARES, Adilson. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. **Cadernos de Saúde**. vol. 23 n.7. jan.2007.

SOUSA, Rosângela M.S. **Controle social em saúde e cidadania**. São Paulo: PUC. SP. 2001.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 8, n.4, out/dez. 1992. p. 366-378.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez Editora/Abrasco, 1989.

_____. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. 12 (2), mar-abr. 2007.

_____. Saúde na Constituinte: a defesa da emenda popular. **Saúde em Debate**, Londrina, n.20, abr. 1998. p.39-42.

_____.Saúde é política de Estado, não de Governo. **Revista Saúde em Debate**: CEBES, (64) mai-ago. 2003.

_____.Municipalização da Saúde e Poder Local. **Revista de Administração Pública - FGV/RJ** (também publicado em Anais do 21º ENAPAD). 21 (3) mai-jun, 2001. p. 195-208.

_____. **O Sistema Único de Saúde Brasileiro**: desafios da gestão em sistema da rede. In: 41º Consejo Latinoamericano de Escuelas de Administracion (CLADEA), 10-13 set., France. Montpellier .2006.

_____. **Proteção Social e Saúde em um Mundo Globalizado**. In:_____. 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 21-25 Agosto, Rio de Janeiro - Brasil. Promovidos pelo World Federation of Public Health Associations (WFPHA) e pela Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), 2006.

_____. (org.) **Saúde e Democracia**: a Luta do Cebes. São Paulo:Editora Lemos 1997.

_____.(org.) **Reforma Sanitária**: Em busca de uma Teoria. São Paulo, Ed. Cortez. 1989 Tradução: Reforma Sanitaria en Busca de una Teoría. México: Universidad de Guadalajara, 1991.

_____. **Democracia, poder local y cidadania em Brasil**. In:_____. Gomà, Ricard & Jacint Jordana ed. *Descentralización y políticas sociales en América Latina*. Barcelona / Espanha, Fundació CIDOB.2004.

_____.Teoria e Prática do Movimento Sanitário. In:_____. AROUCA, Sérgio (org.) **O Dilema Preventivista**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz. 2003.

_____.Políticas Sociais e Democratização do Poder Local. In:_____. [Vergara Sylvia Constant](#) & [Vera Lucia de Almeida Correa](#) org. **Propostas para uma Gestão Pública Municipal Efetiva**. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2003.

_____.A questão Democrática na Saúde. In: _____. **Saúde e Democracia**: a Luta do Cebes. São Paulo: Editora Lemos. 1997.

_____. Prefácio do livro. In:_____. Bravo, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez, UFRJ. 1996.

TEMPORÃO José Gomes. País tem hoje Ministério da Doença. **O Globo**. Rio de Janeiro. 27 de jul.2008. O país. p.14.

_____. **13ª Conferência**: palco de mudanças estruturais e definitivas para o SUS. Jornal do CNS. Brasília-DF. ano 3, mai/jun/jul/ago. p.3. 2007.

VALLA, Vitor Vicent (Orgs) et. al. Globalização, a questão social e a nova pobreza..In:_____. **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.p.33-52.

VIEIRA, José Ribas. A cidadania: sua complexidade teórica e o direito. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília. a.34, n.135, jul./set. 1997.

WALTER-TOEWS David. **O fim da Medicina: O começo da Saúde**. Futures. Vol. 32, Nº. 37. p. 655-657 setembro de 2000. Departamento de Medicina da população. Universidade de Guelph. Ontário. Canadá.

WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. vol.18 n.6. Rio de Janeiro. nov./dez.2002.

WHO/HSS. **Managing the health millennium development goals – the challenge of management strengthening**: lessons from three countries. Making health systems work: working paper n.8. Geneve.2007.

ZICCARDI, Alícia. **Las Ciudades y la cuestión social**. In:_____. ZICCARDI, Alícia (Org.). Pobreza, desigualdad social y ciudadanía: los limites de las políticas sociales em América Latina. Buenos Aires. Argentina. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO. 2002. p.85-126.

APÊNDICE A
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (Modelo)



UENF - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO
PGPS/LEEA/CCH - MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS
ORIENTADOR: PROFº. AILTON MOTA DE CARVALHO
CO-ORIENTADORA: PROFª. MARIA CRISTINA DOS SANTOS PEIXOTO
MESTRANDA: NÁDIA MARIA DA CONCEIÇÃO

PESQUISA: PRÁTICAS SANITÁRIAS E MUNICIPALIZAÇÃO – UM OLHAR DOS
ATORES LOCAIS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BARRA. RJ

ETAPA QUALITATIVA – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. IDENTIFICAÇÃO

- 1.1. Data da Entrevista: ____/____/_____
1.2. Lugar da Entrevista: _____
1.3. Duração da Entrevista:
 Início: _____ horas e Término: _____ horas

2. ENTREVISTADO

- 2.1. Nome: _____
2.2. Naturalidade: _____
2.3. Gênero:
 Feminino Masculino
2.4. Idade: _____ anos
2.5. Estado Civil: _____
2.6. Escolaridade: _____
2.7. Número de Filhos: _____
2.8. Número de Pessoas no domicílio: _____
2.9. Renda Familiar: _____ (SM)
2.10. Ocupação: _____
2.11. Local de trabalho: _____

3. CATEGORIAS SELECIONADAS

- CONCEITO DE SAÚDE
- CONSCIÊNCIA SANITÁRIA
- ASSISTÊNCIA MÉDICA

1ª CATEGORIA: CONCEITO DE SAÚDE

1.1. O que falta para você ter saúde?

1.2. Quando a saúde se torna um problema para você? Fale-me um pouco sobre esta situação?

2ª CATEGORIA: CONSCIÊNCIA SANITÁRIA

2.1. Quem você acha que é responsável pela saúde?

2.2. Em sua opinião, quem deveria assumir a responsabilidade pela saúde?

2.3. Que importância tem na sua vida hoje, o espaço da Unidade de Saúde? Conte uma situação que deixe isto claro para mim?

2.4. Como é para você, procurar um atendimento de saúde? Fale um pouco do que acontece?

2.5. Como você se sente em receber um atendimento dado pela Unidade de Saúde? Conte para mim, este seu sentimento?

3ª CATEGORIA: ASSISTÊNCIA MÉDICA

3.1. Quem deve ser em sua opinião, responsável pelo atendimento de saúde?

3.2. Onde você procura o atendimento de saúde?

3.3. A quem você procura quando está doente?

3.4. Você mora próximo a Unidade de Saúde em que você está sendo atendido?

Sim Não

3.5. A que distância, mais ou menos, da sua casa fica a Unidade de Saúde?

3.6. O que você faz, quando não se sente bem?Relate uma situação que exemplifique.

3.7. O que espera do seu médico em relação a sua saúde? Você viveu alguma situação que possa servir de exemplo?

3.8. Você está satisfeito com o atendimento que está sendo ofertado?

Sim Não

Comente.

3.9. Como é o atendimento de saúde ofertado a você?

Excelente Regular Bom Ruim

3.10. Quanto tempo, em média, você espera para ser atendido?

Mais de 2 horas Menos de 1 hora
Entre uma e duas horas Logo que chega à Unidade

3.11. Você costuma retornar à Unidade de Saúde para resolver o mesmo problema de saúde?

Sim Não

Em que situação isto aconteceu?

Se, retorna. Quantas vezes, em média?

3.12. Você gostaria de dizer algo que não foi perguntado?

APÊNDICE B

ACERVO DOCUMENTAL: Áudio e Texto: Entrevista de uma usuária da rede de saúde, realizada em 2008 na Unidade de Saúde de Atafona. São João da Barra. RJ



UENF - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO

PGPS/LEEA/CCH - MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS

ORIENTADOR: PROF^o. AILTON MOTA DE CARVALHO

CO-ORIENTADORA: PROF^a. MARIA CRISTINA DOS SANTOS PEIXOTO

MESTRANDA: NÁDIA MARIA DA CONCEIÇÃO

PESQUISA: PRÁTICAS SANITÁRIAS E MUNICIPALIZAÇÃO – UM OLHAR DOS ATORES LOCAIS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BARRA. RJ

ETAPA QUALITATIVA – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Data da Entrevista: 05/05/08

1.2. Lugar da Entrevista: Unidade de Saúde de Atafona

1.3. Duração da Entrevista: Início: 14h42min. Término: 15h36min.

2. ENTREVISTADO

2.1. Nome: M.P.S.O.

2.2. Naturalidade: São Francisco do Itabapoana – Estado do Rio de Janeiro

2.3. Gênero:

Feminino Masculino

2.4. Idade: 29 anos

2.5. Estado Civil: solteira

2.6. Escolaridade: 5^a série

2.7. Número de Filhos: 3(três)

2.8. Número de Pessoas no domicílio: 5(cinco)

2.9. Renda Familiar: ½ (SM)

2.10. Ocupação: desempregada

2.11. Local de trabalho: no momento, em lugar nenhum.

1ª CATEGORIA: CONCEITO DE SAÚDE

1. O que falta para você ter saúde? Ah! Acho que o que falta é mais apoio dos políticos dos postos públicos, a gente vai ser atendido e muitas vezes não tem ficha, porque vamos supor tem 60 pessoas e só tem 10 fichas, então, aí muitos idosos quer ficha e não tem. Oh! Eu fui ver ginecologista para mim e só tinha a partir de 40 anos, quer dizer eu que estou com 29 não tive consulta porque eu estou com 29 anos só tinha a partir de 40 anos, quer dizer, se eu tivesse com alguma problema sério no meu útero eu teria que morrer ou esperar, porque não tinha ginecologista, então eu acho que ta faltando mais, assim, é público? É público, então se tem 60 pessoas, dá 60 fichas, entendeu, eu acho isso aí. Acho que você chegar com dinheiro, você é bem atendido rápido, independente de você ter 20, 30 ou 40 anos, agora se você não chegar com dinheiro não é atendido.

EU: Como assim, o que é chegar com dinheiro? Na unidade de saúde pública, chegar com dinheiro? Aí paga, entendeu, paga o social e é atendido.

EU: Ah! Você paga o social! Na unidade de Atafona? Aqui em Atafona, não cheguei pagar ainda não, mas em São João da Barra, já.

EU: Em que Unidade de São João da Barra? No Hospital de São João da Barra

EU: Ah! , na Casa de Saúde – Santa Casa de Misericórdia. Lá você paga o social, e é atendido? Então na Unidade de Atafona, você só tem o atendimento a partir de 40 anos? Eu não entendi muito bem! Fala de novo isso, para mim?

Tem médico, vamos supor 3ª e 5ª tem médico, aí vamos supor dá 15 fichas. Se você dormir no hospital você consegue marcar ficha, se não dormir não consegue marcar, entendeu? É muita gente pra querer consulta e pouquíssima ficha, pouquíssima ficha, não adianta você chegar lá 5 e meia, 6 horas da manhã, porque já tem gente sentado lá, e não tem mais ficha, já tudo contado certinho e você volta pra casa com o problema que você tá, você não consegue.

EU: Então você não consegue resolver o seu problema? Não consegue, entendeu! Eu já tô, umas duas semanas, tentando marcar ginecologista, aqui em Atafona no Posto, em Atafona, e não consegue, porque, ta cuidando de gestante, aí, tem semana que não vem, tem semana que não tem ficha, tem semana que já tem gente marcada pra ele, pra aquele ginecologista, já em gestante, e não consegui ficha.

EU: Então, assim, resumindo o que você falou, o que falta para você ter saúde, seria você ter atendimento de saúde? Com certeza! Atendimento de saúde e mais um pouco, pensar mais, entendeu, porque eles pensam mais no dinheiro, no lado do dinheiro, no lado de que tem, chega lá de colarinho, de carrinho, é atendido. E você que chega pobre humilde tem que esperar a vez, se tiver a vez, se não fica pra trás.

EU: Você já viveu esta situação, de alguma pessoa chegar com uma condição social melhor que a sua, no caso, arrumadinho e de carro, e conseguir o atendimento?

Eu não passei por isso, ainda não, mas, eu já vi gente sentada esperando pra ser atendida, e chegou outra pessoa de nível social melhor, e entrou e foi consultada e acabou! Entendeu? E aquela pessoa que tava querendo a ficha, que não tinha ficha, e a pessoa disse, não tem ficha mais, acabou ficha e voltou pra casa.

EU: Então, quem tem conhecimento é atendido? É atendido, e quem não tem minha filha, tem que esperar, esperar, e entregar na mão de Deus. Se for da vontade de Deus, entendeu? Porque só Deus pra ajudar, mesmo.

2. Quando a saúde se torna um problema para você? Fale-me um pouco sobre esta situação? É quando você chega com um filho no pronto socorro em uma emergência, e você vê a inegritância médica, né, como meu filho deu dengue, eu tive com ele no pronto socorro, eu fui com ele no domingo, voltou pra casa dizendo que era garganta inflamada, tive com ele na 2ª, voltou pra casa dizendo que era garganta inflamada, e meu filho com febre de 40. Quando chegou na 3ª feira, voltei com meu

filho, meu filho quase entrando em crise convulsiva, e aí, o médico que tava lá, que era outro médico, me falou assim, minha senhora, seu filho ta com todos os sintomas de dengue. E aí, foi colocar meu filho lá dentro, foi furar meu filho, furou os dois braços porque não achava mais veia, entendeu, foi colher sangue pra fazer exame de praqueta , e aí contou que ele estava realmente com dengue. Aí, eu pensei assim, se desde domingo tivesse feito isso, meu filho! Porque meu filho quase morreu, meu filho ficou com 68 praqueta, então, meu filho ficou muito runzinho, pra uma criança de 3 ano, , ele não engolia nem água. Então, eu achei uma inegrigência médica muito grande.

É um pronto socorro? , é um pronto socorro! Então tem que ter médico, entendeu, então tem que ter médico do nível altíssimo, pra poder chega ali e se atendido, porque o meu filho podia ter morrido com a febre que ele deu. Que o médico 3ª feira falou, o Dr. Lucas, falou: o seu filho podia ter morrido, porque essa febre ta muito alta. Acuo que é isso ai, entendeu? Quando a saúde chega a nesse ponto!

EU: Aí, você está falando da saúde da Unidade de Saúde, e a sua saúde, o seu bem estar, quando ela se torna um problema para você ou para os seus filhos?

Pois, é, olha só, eu to com sério problema de nervos, né. Tem que fazer tratamento, acompanhamento e já tô há dois meses, tentando cardio e não consigo. Entendeu, então fui ao médico no posto de saúde, ele me encaminhou pro neuro, por neuro me encaminhar pro cardio, pra poder eu fazer os exames, porque pra mim tomar remédio controlado, tenho que passar pelo neuro e pro cardio, e há dois meses tô tentando e não consigo, e estava até comentando com minha mãe: se eu tiver que morrer eu vou morrer; poque eu já parei desmaiada no hospital; minha pressão está muito descontrolada, ela ta aumentando muito; então pra mim, minha saúde ta se tornando um problema. Eu vou na Policlínica e não consegue ficha pro cardio e não consegue marcar pro cardio, esse mês não tem vaga, só pro mês que vem. Eu vou mês que vem lá, e aí esse mês já esgotou a ficha, só mês que vem. Aí vai empurrando com a barriga, e eu não tenho como pagar o social. Espero pelo SUS, entendeu! Pra mim, minha saúde, ta se tornando um problema. Eu não sei qual o problema que eu tenho, por enquanto, o crônico diz que é problema de nervo, mas pode ter algum problema de coração, também. E, eu não sei qual é o problema, preciso marcar o neuro, preciso marcar um cardio, e até o momento, não consegui. Estou desde dezembro, tentando, não consegui, está tornando um problema seríssimo, minha saúde!.

EU: Então, pelo que eu entendi, que você falou, é a saúde se torna um problema para você, porque você não tem como ter atendimento médico. Você tem a dificuldade de atendimento médico nas Unidades de Saúde do município, é isso?

É isso aí! Os médicos que tem por aqui, a gente consegue, sendo que car5dio, neuro , sempre é mais difícil. Porque, são poucas fichas e muito paciente, Você vai e não consegue, não consegue, de jeito nenhum, de jeito nenhum, marcar.

2ª CATEGORIA: CONSCIÊNCIA SANITÁRIA

2.1 Quem você acha que é responsável pela saúde? Acho que responsável pela saúde, é em primeiro lugar, acho que é a Prefeita do município que tem que estar a par, né, a secretária de saúde, Dr^a Lúcia, e vereadores, alguns vereadores, acho que se depender da prefeita, ela não dá conta de tudo que acontece. Para saber da saúde, vamo supor tem que ter alguém lá de dentro, que panha os problema lá de dentro e leva até ela pra ela pegar os conhecimentos. Não, vê isso aqui não tá certo, então a gente vamo corrigir, isso aqui tá faltando, a gente vamo corrigir, porque ela não pode tá em todos lugar ao mesmo tempo, entendeu, acho assim, se Dr. Lucia Siqueira que cuida da saúde, ela tinha, ah!, não pode tá em todo lugar ao mesmo tempo, ela tinha que colocar alguém de sua confiança pra cada um tá em um posto de saúde, pra tá sabendo, colhendo o que tá faltando, o que tá precisando, pra pode chegar até ela e ela então, chega até a prefeita, chega até alguém, lá de dentro que possa fazer pela população, eu acho que a população tá muito abandonada, nesse lado de saúde, a população tá muito abandonada.

2.2 Em sua opinião, quem deveria assumir a responsabilidade pela saúde? Alguém que realmente que quisesse fazer alguma coisa pela população, que se preocupasse com a população de baixa renda, pessoas pobres, humildes, que precisa e que vai a um posto de saúde precisando de um médico e que vai chegar lá e vai saber que vai ter. Que vai conseguir. Alguém que se preocupe. Alguém que tivesse um interesse, que tivesse dia a dia ali nos postos pra vê. Porque tem muitos funcionários que não tão querendo trabalhar, tão querendo ganhar sem fazer. Que tão ali e tá pouco, a gente você chega assim, e tem médico, eles saem de ignorância com você, te trata assim com cinco pedras, como você, ele está com algum problema, como assim, você tivesse culpa do problema que ele tá. Esse funcionário não tá querendo trabalhar, ele não tá precisando trabalhar, entendeu. Assim, acho que deveria dar trabalho a quem quer trabalho e deveria colocar pra saúde, alguém que realmente visse o lado das pessoas que tá precisando.

2.3 Que importância tem na sua vida hoje, o espaço da Unidade de Saúde? Conte uma situação que deixe isto claro para mim?

Olha só o espaço do posto pra mim, é o seguinte: a gente não tem condição social, então, a gente precisa do posto de saúde, pelo SUS, e pra mim é difícil, porque não tem, tem o posto de saúde, tem!, mas você não consegue ficha, não consegue atendimento, como já falei que to precisando de médico e ainda não consegui médico, então, o meu filho sofreu uma pancada na praçinha da Penha, com a praça da Prefeitura, entendeu, teve um coágulo na cabeça, fez os exames, precisou de uma tomografia, fui pra Policlínica fazer pelo SUS e até hoje estou esperando. O meu filho ainda não fez a tomografia dele. Ai', falam assim, tem abrir um processo contra a prefeitura, eu vou abrir um processo contra a prefeitura e vou esperar mais quantos anos? Porque, não adianta, ou você tem colarinho pra bater de frente ou você não bate. Meu filho não fez a tomografia, meu filho sente dores de cabeça, meu filho sente enjoô, ele diz que parece que o cerebro dele está enchendo de pus, depois que levou a pancada na praça da Penha..Já levei a médico, é muito difícil conseguir médico, muito difícil conseguir médico. Quando consegue, ah! tem que fazer uma tomografiuzinha, já levei no neuro, na policrinica, o médico vai fazer a tomografia, me deu o papel, corri de canto levei pro outro e até hoje não fez a tomografia dele, então é como eu falo, eu vivo com medo, de ter algum problema, de ter uma seqüela, amanhã

ou depois, estourar algum tumor, e eu não pude tratar antes.

Independente do SUS, dos postos de saúde pubrico,. A gente não tem atendimento, não tem médico, não tem atendimento. Tipo, eu tive um sangramento, tipo uma hemorragia, procurei médico aqui em Atafona, não consegui, no posto de saúde de São João da Barra, não consegui ginecologista, fui pra emergência do pronto socorro, que a doutora me deu uma guia de uma transvaginal, com urgência, foi que fui fazer a transvaginal, tô com o resultado da transvaginal lá em casa e não consegui ginecologista ainda pra mostrar o resultado do exame, não sei se deu algum problema, porque eu não entendo nada que médico escreve. Preciso de médico e não tem médico.

EU: Então, Maria da Penha, a pergunta seguinte que iria fazer para você é? Como é para você, procurar um atendimento de saúde? E, você já falou!

2.4 Como é para você, procurar um atendimento de saúde?Fale um pouco do que acontece?

É péssimo, você madruga nos postos de saúde e você não consegue. É o que estou falando, a inegrigência é muito grande, são poucas fichas pra muita gente precisando, é péssimo, é péssimo.

2.5 Como você se sente em receber um atendimento dado pela Unidade de Saúde? Conte para mim, este seu sentimento?

Privelegiada, em primeiro lugar, privelegiada, quando você consegue, entendeu. E outra, demora muito pouco tempo, você espera meses tentando, e quando você consegue a ficha e entra no consultório médico, não leva 10 minutos, porque você nen terminou de expricar o que você sente, o que você está precisando, e a receita ta na sua mão. Primeiro, não escuta, não examina, não conversa, não exprica o que você tem o que você não tem, entendeu, mas quando você consegue é um privilegio, quando você consegue, porque ta muito difícil você conseguir médico pelo SUS, ta muito difícil.

3ª CATEGORIA: ASSISTÊNCIA MÉDICA

3.1. Quem deve ser em sua opinião, responsável pelo atendimento de saúde?

Olha! São poucas pessoas que eu conheço que acho que deveria ter esse cargo.Mas, na minha opinião, teria que ter uma pessoa de índole que chegasse junto , pra saber, que chegasse.Oh! A pessoa ta precisando, vamo abrir 30 fichas que tem gente demais na fila, precisando,.Chegar na fila, oh! o que a senhora sente?Ah! Eu sinto uma coisa assim, assim, passa aqui a senhora que ta precisando, entendeu?Eu acho que uma pessoa que poderia assumir este cargo, ta aí, poderia ser você.Que entendeu! Uma pessoa do povo, da população, que acho que resolveria um pouco dos problemas.

3.2. Onde você procura o atendimento de saúde? Eu procuro mais em São João da Barra, porque aqui em Atafona, eu estou cansada de ir, e não vejo solução, então

sempre que eu preciso, eu vou no posto de saúde e não consigo, aí eu recorro o hospital ou a policrinica. Porque aqui em Atafona, é só de enfeite. Só de enfeite.

3.3.A quem você procura quando está doente?

A emergência de São João da Barra, é o único ponto que tem.

3.4. Você mora próximo a Unidade de Saúde em que você está sendo atendido? Sim Não - Moro bem distante

EU: Porque? Você mora muito distante, Se tem uma unidade próxima da sua casa, porque você procura uma unidade distante?

Porque como já falei, a Unidade que tem próxima a minha casa em Atafona, como eu já falei, é mais de enfeite. Você vai lá e não tem médico.Então, por isso que eu procuro mais distante.

3.5. A que distância, mais ou menos, da sua casa fica a Unidade de Saúde?

Mais ou menos 6 a 8 Km de distância.

EU: Você vai a pé, de bicicleta, de ônibus, como você chega nesta Unidade de Saúde? A pé, auto viação canela, mesmo

EU: Leva quanto tempo para chegar? Andando, caminhando, mais ou menos uns 40 minutos.

EU: Quando você procura, você disse que procura a emergência? Então você procura, quando está sentindo alguma coisa, certo?

Certo, sempre quando estou sentindo alguma coisa ou uma das minhas crianças.Eu tenho um vizinho lá, cansou de socorrer com o carro dele. Porque dinheiro pra carrinho, ninguém tem. Três reais, ninguém tem direto, sempre que precisa, ele sempre quando a gente precisa de socorro, ele sempre socorre. E quando ele não socorre, a gente vai pro asfalto, a gente pega carona, quando não pega carona, a gente vai a pé. Como eu mesmo fui com meu filho os braços com febre duas vezes, a pé pra São João da Barra, fui e voltei, não tive nenhuma carona. Então, a gente procura.

EU: E vai com dor?Vai com dor, com dor, minha filha, de chegar no hospital quase desmaiando. A gente sempre que liga pro posto, a ambulância nunca ta ali, entendeu? Tem ambulância em Atafona, mas sempre que você liga, a ambulância, ta viajando, ta em Campos, ta não sei aonde, então, você não tem ambulância.

3.6.O que você faz, quando não se sente bem? Relate uma situação que exemplifique.

Olha, eu não auto me medico em casa, pois eu tenho muito medo. Primeira, coisa que eu faço quando eu não estou me sentindo bem, eu vou a farmácia, verifico minha pressão, se ela ta alta ou ta baixa, se eu tiver com dinheiro eu panho o carrinho e vou até o pronto socorro pedi algum médico que possa avaliar a minha pressão,pra me dá algum medicamento, entendeu? Porque eu tenho muito medo de tomar remédio de pressão, sem saber, então, primeira coisa é ir até a farmácia, porque ao mesmo tempo que ela está alta, ela está muito baixa, então eu não posso tomar remédio por conta própria.

3.8.O que espera do seu médico em relação a sua saúde? Você viveu alguma situação que possa servir de exemplo?

Espero que ele seja educado, que converse e que examine e que seja bem humorado, né, educado com a pessoa. Porque eu já vivi, eu fui ter minha filha e por ela ser pré-matura, o médico queria fazer uma cesárea, Dr. Jefferson, queria fazer uma cesárea. E eu não pude esperar, ela nasceu na sala de pré-parto. Depois que ela acabou de sair, ele veio me dando esporro, que eu tinha que ter prendido, segurado a minha filha, que ele ia fazer uma cesárea em mim. Tirou os cacharro e jogou em cima de mim, que eu não tinha que ter colocado a minha filha pra fora. Que eu tinha que ter segurado pra ele fazer uma cesárea.Então, eu achei aquilo da parte de um médico, totalmente errado. E tem muito no pronto socorro. Tem muitos que são super legais, mas tem muitos que você entra e nem pra você ele olha, você mal ta falando e ele já está escrevendo ali. Eu tive agora, uma suspeita de dengue, parei no hospital, o médico mandou eu tomar buscopan na veia. E assim, que eu terminei de tomar buscopan na veia eu passei mal, eu fiquei sem enxerga nada, fiquei toda dormente, sem conseguir nem se mexer no lugar,não conseguia falar, eu tive uma reação a injeção, entendeu?Eu poderia ter dado uma parada cardíaca respiratória, alguma coisa, porque a minha pressão estava super baixa e ele não viu primeiro e aplicou injeção na veia., e eu tive uma reação. É perigoso!

3.9.Você está satisfeito com o atendimento que está sendo ofertado?

Sim Não

Comente. Não estou nem um pouco satisfeita. Poderia estar bem melhor. Quem ta lá dentro na prefeitura, perto da prefeita, tanto na área da saúde como nas outras áreas, a saúde taria bem melhor pra população inteira e eu não estou nem um pouco satisfeita, não! Eu vou procurar socorro, porque é o único espaço que a gente tem pra procurar socorro, mas satisfeita não to não!

3.10..Como é o atendimento de saúde ofertado a você?

Excelente

Regular

Bom

Ruim

3.11. Quanto tempo, em média, você espera para ser atendido?

Mais de 2 horas

Menos de 1 hora

Entre uma e duas horas

Logo que chega à Unidade

3.12. Você costuma retornar à Unidade de Saúde para resolver o mesmo problema de sua saúde?

Sim

Não, Muito difícil

EU: Então, todas as vezes que você é atendida, você resolve o problema?

Sim, na maioria das vezes, sim

Em que situação isto aconteceu? Em várias situações, sempre que a gente chega lá, é atendida, toma o medicamento, é muito difícil quando tem que voltar novamente. Agora, com esse negócio de dengue aí, é um vai e volta danado.

EU: Voltando atrás, lembrando a você uma situação, você tinha falado lá atrás, se não me engano, gostaria que você confirmasse isto para mim, que você fez uma ultrassonografia depois de muito tempo? Isto confere?

Fiz a ultrassom, peguei o resultado, só que ainda não apresentei pro médico ainda.

EU: E você não apresentou, por que? Porque não consegui ficha.

EU: Então, você resolveu o seu problema de saúde? Por enquanto, esse não!

EU: Então, esse problema não foi resolvido? Então, em alguma situação, você não conseguiu resolver o seu problema? Sim, em alguma situação não!**EU: Então a leitura que eu fiz da sua fala está correta?** Está corretíssima

EU: Quantas vezes, você voltou para tentar este atendimento do ginecologista? Se, retorna. Quantas vezes, em média? Foram várias vezes, várias noites de sono perdida.

EU: Mais de duas? Mais, mais de duas vezes.

3.14. Você gostaria de dizer algo que não foi perguntado? Não só isso mermo.

EU: Gostaria de deixar alguma mensagem, alguma coisa que pudesse colaborar, alguma coisa que você tivesse vontade de falar da entrevista e que não foi perguntado a você? Você gostaria de falar?

É só pedir para os secretario da saúde, pensar um pouco mais no próximo como se fosse eles mermo, porque um idoso que ta ali na fila, uma gestante que ta ali na fila precisando de uma ficha para é pensa que podia ser um filho, podia ser um pai que precisando de uma ficha e tá tanta discriminação. Vai ao posto de saúde com problema e volta pra casa com o mermo problema, sem atendimento. Então, que eles parassem e pensassem um pouco. Se tem o médico no posto de saúde, porque não dá 30 ou 40 fichas. Porque só dá 10, 12, 15 fichas, se tem 30, 40 pessoas precisando do atendimento. Entendeu, então, que eles pensassem um pouquinho. É só isso.