



**Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro**  
Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais  
Centro de Ciências do Homem

JACINTA DE AGUIAR MEDEIROS

**O PROCESSO DE REIMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS  
GOYTACAZES/RJ ENTRE OS ANOS DE 2009/2015:  
AVANÇOS E DESAFIOS**

**Campos dos Goytacazes/RJ**  
**Fevereiro de 2018**

JACINTA DE AGUIAR MEDEIROS

**O PROCESSO DE REIMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS  
GOYTACAZES/RJ ENTRE OS ANOS DE 2009/2015:  
AVANÇOS E DESAFIOS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Área de Concentração: Estado, Trabalho, Sociedade e Território.

**Orientador: Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano.**

**Campos dos Goytacazes/RJ**

**Fevereiro de 2018**

JACINTA DE AGUIAR MEDEIROS

**O PROCESSO DE REIMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS  
GOYTACAZES/RJ ENTRE OS ANOS DE 2009/2015:  
AVANÇOS E DESAFIOS**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Área de Concentração: Estado, Trabalho, Sociedade e Território.

Aprovada em \_\_\_\_ de fevereiro de 2018

Comissão Examinadora:

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Vera Lucia Marques da Silva – Professora da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes/RJ

---

Prof. Dr. Geraldo Márcio Timóteo – Professor Associado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

---

Prof. Dr. Marlon Gomes Ney – Professor Associado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

---

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano - Professor Associado da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

*Aos meus pais, Jaime e Maria, que amargaram uma geração com poucas oportunidades de sentar nos bancos escolares, mas acreditaram e apoiaram a minha luta em busca de novos conhecimentos e de novos horizontes.*

*À minha companheira de vida, de batalhas e de sonhos, Lilian, que nos últimos 15 anos, com amor e sinceridade, fez-me acreditar nos meus projetos e até sorrir dos meus medos.*

## AGRADECIMENTOS

Ao infinito amparo Divino, sem o qual a jornada não seria possível.

Aos meus pais, *Jaime e Maria*, que são indiscutivelmente os principais responsáveis pela realização da maior parte dos meus sonhos e, com o mestrado não seria diferente. Vocês são a minha vida, vocês são a minha luz! Saibam que os amo muito e que serei sempre grata por tudo!

Além de gratidão, tenho dívidas impagáveis com os meus irmãos e irmãs: *Fátima, Lúcia, Francisco Martho (Martinho) e Jaime Júnior (Juninho)*, sou a “caçulinha” sim (risos) e por isso, eles sempre foram para mim um pouco de mães e pais. Gostaria que tivessem a certeza de que se não fossem vocês cuidando de mim e dos nossos pais, eu não teria a tranquilidade e a coragem necessárias para chegar até aqui. Amo vocês de todo o meu coração!

Aos demais familiares, que com orgulho estiveram observando a minha caminhada, sempre torcendo por mim e me apoiando, em especial às sobrinhas, *Eliza e Luna*, com quem por diversas vezes tive conversas muito enriquecedoras, encontrando na garra delas a inspiração necessária para continuar a minha luta, obrigada pela motivação e pela ajuda meus amores!

Além de admiração, tenho uma eterna gratidão pela minha companheira de vida, *Lilian*, que generosamente por inúmeras vezes abandonou os seus projetos pessoais e profissionais para partilhar comigo os meus sonhos, fazendo deles os dela também. Altruísmo a define bem!

Sou muito grata a todos os meus amigos que souberam compreender a minha ausência nos momentos de alegrias e de tristezas em suas vidas, dizendo: tá tudo certo...fica tranquila...eu entendo...vai ficar tudo bem...

Devo uma enorme gratidão ao meu orientador, Dr. *Rodrigo da Costa Caetano*, por toda a sua paciência e profissionalismo, sempre disponível mesmo perante as adversidades que se apresentaram no caminho percorrido nos últimos dois anos. Sem a sua dedicação impecável na condução do ofício de educar e, porque não dizer de transformar sonhos em realidades, tenho a certeza absoluta de que eu não chegaria a essas linhas. Obrigada “comandante”!

Aos demais e caríssimos professores do CCH/UENF, que mesmo em pleno processo de desmonte vivenciado pela Universidade e tendo os seus vencimentos em atraso durante longos meses, não diminuíram a sua dedicação e o seu entusiasmo pelo ofício de ensinar, transformando as suas aulas em um amplo espaço de debates e de produção de ideias, capazes de estimular e de enriquecer os seus alunos, a todos vocês muitíssimo obrigada!

Agradeço ainda ao pessoal de apoio, que mesmo em meio às dificuldades, não desistiu de tentar fazer da UENF um espaço digno.

Registro os meus agradecimentos a todos os professores que participaram da minha formação, em especial os da Faculdade de Enfermagem da UERJ, agradeço também aos profissionais do Projeto Meio Fio de Médicos Sem Fronteiras. Tenho uma gratidão sem fim a cada um dos profissionais que trabalhou comigo na equipe de Saúde da Família do Alto São José em Cantagalo/RJ, foi junto com vocês e com os moradores do bairro, por quem tenho grande apreço, que comecei a acreditar em um SUS verdadeiramente transformador!

Não poderia deixar de registrar os mais sinceros agradecimentos ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, aos colegas da ESF de Campos dos Goytacazes/RJ, com destaque para aqueles que batalharam pela homologação do concurso de 2008 possibilitando a retomada da Estratégia, sem a luta de vocês, o retorno das equipes de Saúde da Família não teria acontecido.

Por fim, mas não menos importante agradeço a todos os colegas de turma pelo compartilhamento tão rico de saberes, em especial ao *Diogo Vargas*, que de maneira tão generosa, sempre compartilhou comigo as suas ideias e os seus conhecimentos.

*“[...] É como se o mundo estivesse à minha espera. E eu vou ao encontro do que me espera. Espero em Deus não viver do passado. Ter sempre o tempo presente e, mesmo ilusório, ter algo no futuro. O tempo corre, o tempo é curto: preciso me apressar, mas ao mesmo tempo viver como se esta minha vida fosse eterna”.*

*(Clarice Lispector)*

## RESUMO

### **O PROCESSO DE REIMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ ENTRE OS ANOS DE 2009/2015: AVANÇOS E DESAFIOS**

No estudo propõe-se a resgatar parte do decurso de fundação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil a partir de um viés social. Previamente concebido no final da década de 1970, alicerçado sobre o que ganhou notoriedade como Movimento da Reforma Sanitária (MRS) e assentado na Constituição Federal de 1988. Adiante e valendo-se de legislação específica, o Ministério da Saúde (MS) propôs a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), mediante a revisão das diretrizes e das normas necessárias à sua gestão, em consonância com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesta direção, a pesquisa pretende discutir a APS como modelo prioritário de sistematização das ações de saúde no Brasil, bem como da utilização da ESF como seu principal recurso e, por conseguinte, toma como base analítica o município de Campos dos Goytacazes/RJ que atravessou um período importante de interstício da ESF entre os anos de 2009/2015. Metodologicamente, o estudo se operacionalizou a partir de investigação documental e bibliográfica acerca do percurso de ordenação local dos serviços públicos de saúde, neles compreendidos a APS/ESF. Pelas características do objeto, optou-se pela valorização do caráter exploratório na observação do trabalho das equipes elencadas, com especial relevância para a análise da articulação entre os fenômenos estudados e a valorização dos aspectos qualitativos, notadamente em quatro Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), localizadas no sentido oeste da sede municipal e cujas características dos atendimentos às demandas de saúde daquelas comunidades, e às contiguidades naquelas territorialidades frente ao modelo tradicional de assistência, despertaram o interesse em revelar a ocorrência de possíveis mudanças de paradigmas das práticas assistenciais no campo da saúde coletiva. Os resultados encontrados pela pesquisa apontam para o fato de que, a descontinuidade das ações desenvolvidas pela ESF na cidade estudada ocasionou sérios impactos negativos sobre alguns dos principais indicadores de saúde da sua população, cenário que demandará além de tempo, muito esforço por parte das autoridades, servidores municipais e sociedade para ser modificado.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

### **THE REIMPLANTATION PROCESS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY (ESF) IN THE MUNICIPALITY OF CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ BETWEEN THE YEARS OF 2009/2015: ADVANCES AND CHALLENGES.**

The study proposes to redeem part of the foundation course of the Unified Health System (SUS) in Brazil from a social approach. Previously conceived in the late 1970s, based on what became known as the Sanitary Reform Movement (SRM) and based on the Federal Constitution of 1988. Based on specific legislation, the Ministry of Health (MH) proposed the organization of Primary Health Care (PHC) and the Family Health Strategy (FHS), in line with the creation of the Community Health Agents Program (CHAP). In this direction, the research intends to discuss PHC as a priority model for the systematization of health actions in Brazil, as well as the use of FHS as its main resource and, therefore, takes as an analytical basis the municipality of Campos dos Goytacazes/RJ that went through an important interstice period of the FHS between the years 2009/2015. Methodologically, the study was based on documental and bibliographic research about the local ordering of public health services, including PHC/FHS. Based on the characteristics of the object, the exploratory nature was evaluated in the observation of the work of the teams, with special relevance for the analysis of the articulation between the studied phenomena and the valorization of the qualitative aspects, notably in four Basic Units of Family Health (BUFH), located in the western direction of the municipal headquarters, whose characteristics of the health demands of these communities, and the contiguities in those territorialities vis-à-vis the traditional assistance model, aroused the interest in revealing the occurrence of possible paradigm shifts of care practices in the field of collective health. The results found by the research point to the fact that the discontinuity of the actions developed by the FHS in the studied city caused serious negative impacts on some of the main health indicators of its population, a scenario that will require, besides time, a lot of effort on the part of the authorities, municipal servers and society to be modified.

Key words: Unified Health System, Primary Health Care, Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 01 - Modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead .....</b>	<b>39</b>
<b>Figura 02 - Modelo de organização da APS proposto por Lord Dawson em 1920, na Inglaterra</b>	<b>50</b>
<b>Figura 03 - Modelo de Sistema piramidal (hierárquico) e ao lado, o modelo poliárquico de redes de atenção à saúde.....</b>	<b>53</b>
<b>Figura 04 - Mapa do estado do Rio de Janeiro/RJ.....</b>	<b>69</b>
<b>Figura 05 - Mapa de Campos dos Goytacazes/RJ.....</b>	<b>69</b>
<b>Figura 06 - Localização das quatro UBSF averiguadas.....</b>	<b>89</b>
<b>Figura 07 - Unidade Básica de Saúde da Família de Santa Cruz, (31/07/2014).....</b>	<b>90</b>
<b>Figura 08 - Unidade Básica de Saúde da Família de Lagoa de Cima, (07/10/2011).....</b>	<b>90</b>
<b>Figura 09 - Unidade Básica de Saúde da Família de Conceição do Imbé, (31/07/2014).....</b>	<b>91</b>
<b>Figura 10 - Unidade Básica de Saúde da Família de Morangaba, (07/10/2011).....</b>	<b>91</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01 - Evolução da população coberta por equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil no decênio 2006/2015 .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabela 02 - Evolução da cobertura populacional por EqSF no estado do Rio de Janeiro no decênio 2006/2015.....</b>	<b>67</b>
<b>Tabela 03 - Distribuição da população, por situação do domicílio em Campos dos Goytacazes/RJ, 1980 a 2010.....</b>	<b>71</b>
<b>Tabela 04 - Evolução da ESF em Campos dos Goytacazes/RJ no decênio 2006/2015 .....</b>	<b>76</b>
<b>Tabela 05 - Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos por todas as causas no Brasil, no estado do Rio de Janeiro, na sua região norte e no município de Campos dos Goytacazes/RJ no decênio 2006/2015.....</b>	<b>99</b>
<b>Tabela 06 - Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos por todas as causas de desagregados por região estadual e municipal no decênio 2006/2015 .....</b>	<b>99</b>
<b>Tabela 07 - Taxa de mortalidade neonatal, mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal tardia e taxa de mortalidade externa (TME) em menores de 01 ano por infecção respiratória aguda em Campos dos Goytacazes/RJ decênio 2006/2015 .....</b>	<b>101</b>
<b>Tabela 08 - Óbitos em mulheres em idade fértil e óbitos maternos ocorridos no Brasil, no estado do Rio de Janeiro, Norte Fluminense e Campos dos Goytacazes/RJ entre 2006/2015.....</b>	<b>105</b>
<b>Tabela 09 - Óbitos maternos declarados por causas obstétricas diretas, ocorridos no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro no decênio 2006/2015.....</b>	<b>106</b>
<b>Tabela 10 - Óbitos maternos declarados por causas obstétricas diretas, ocorridos no Norte Fluminense e em Campos dos Goytacazes/RJ no decênio 2006/2015.....</b>	<b>106</b>
<b>Tabela 11 - Percentual de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS) no Brasil e no estado do Rio de Janeiro no decênio 2006/2015.....</b>	<b>107</b>
<b>Tabela 12 - Número de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAPS) em Campos dos Goytacazes/RJ no decênio 2006/2015.....</b>	<b>107</b>
<b>Tabela 13 - Demonstrativo dos recursos recebidos em Reais (R\$) e investidos na APS, ESF e MAC em Campos dos Goytacazes/RJ no ano de 2009 a 2015.....</b>	<b>112</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01 - Hospitais gerais de Campos dos Goytacazes/RJ .....</b>	<b>74</b>
<b>Quadro 02 - Quadro Compilação dos principais objetivos e metas apresentadas no PPA municipal para a área da saúde com vigência 2010/2013 .....</b>	<b>95</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01 - Distribuição da população, por situação de domicílio em Campos dos Goytacazes/RJ, entre 1980 e 2010.</b> .....	71
<b>Gráfico 02 - Índice de Gini no Brasil, no estado do Rio de Janeiro e em Campos dos Goytacazes/RJ entre 1991 e 2010</b> .....	72
<b>Gráfico 03 - Percentual de renda apropriada pelos 20% mais pobres e 20% mais ricos da população de Campos dos Goytacazes/RJ em 2000</b> .....	73
<b>Gráfico 04 - Percentual de pessoas em situação de pobreza e indigência em Campos dos Goytacazes/RJ no ano de 2010</b> .....	73
<b>Gráfico 05 - Evolução da cobertura pelas eqSF em comparação ao percentual de ICSAP no município no decênio 2006/2015</b> .....	108
<b>Gráfico 06 - Total de receitas e de investimentos realizados pelo município de Campos dos Goytacazes/RJ nos três níveis assistenciais de saúde entre 2009/2015</b> .....	115

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AB** – Atenção Básica

**ABS** – Atenção Básica à Saúde

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CF** – Constituição Federal

**CMS** – Conselho Municipal de Saúde

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde/Conferência Nacional de Saúde

**CNDSS** – Comissão Nacional de Determinantes Sociais

**CONEP** – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

**CPOMIF** – Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal

**CNES** – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

**CS** – Conselho de Saúde

**DAB** – Departamento de Atenção Básica

**DSCAP** – Doenças Sensíveis à Atenção Primária

**EBES** – Estado de Bem-Estar Social

**EqSF** – Equipes de Saúde da Família

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**HFM** – Hospital Ferreira Machado

**HGG** – Hospital Geral de Guarus

**HPC** – Hospital dos Plantadores de Cana

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDHM** – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

**INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social

**IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

**MAC** – Média e Alta Complexidade

**MPF** – Ministério Público Federal

**MRS** – Movimento da Reforma Sanitária

**MS** – Ministério da Saúde

**MSF** – Médicos Sem Fronteiras

**NOB** – Norma Operacional Básica

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PAB** – Piso de Atenção Básica

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PMM** - Programa Mais Médicos

**PMS** – Plano Municipal de Saúde

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica

**PNUD** – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**PPA**– Plano Plurianual

**PROESF** – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**RAS** – Rede de Assistência à Saúde

**RJ** – Rio de Janeiro

**SMI** – Saúde Materno Infantil

**SES** – Secretaria Estadual de Saúde

**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica

**SIM** – Sistema de Informações Sobre Mortalidade

**SINASC**– Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos

**SIOPS** – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

**SIPS** – Sistema de Indicadores de Percepção Social

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TME** – Taxa Mortalidade Externa

**TRE** – Tribunal Regional Eleitoral

**UBSF** – Unidade Básica de Saúde da Família

**UERJ** – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

**UNICEF** – United Nations Children's Fund

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO 1. UM OLHAR SOBRE A CONCEPÇÃO DA POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE BRASILEIRA: O CASO DO SUS</b> .....	<b>27</b>
1.1 CONCEITUANDO SAÚDE E DOENÇA.....	27
1.2 DESIGUALDADES SOCIAIS.....	34
1.3 INIQUIDADES EM SAÚDE .....	38
1.4 A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DE CIDADANIA A PARTIR DA CRIAÇÃO DO SUS COMO POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL E DA APS COMO BASE À SUA CONSOLIDAÇÃO .....	42
<b>CAPÍTULO 2. A HISTÓRIA MUNDIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DA ESF COMO MODELO INDISSOCIÁVEL DE REORIENTAÇÃO DO SUS - DO BRASIL A CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ</b> .....	<b>49</b>
2.1 CONTEXTUALIZANDO TERRITÓRIOS E TERRITORIALIDADES E SUAS APLICAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA.....	56
2.2 A HISTÓRIA DA ESF NO BRASIL.....	58
2.3 A TRAJETÓRIA DA ESF NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO .....	66
2.4 A HISTÓRIA DA ESF EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ .....	68
2.4.1 Características geográficas e demográficas do território .....	68
2.4.2 Características socioeconômicas do município .....	71
2.4.3 Características da rede de saúde de Campos dos Goytacazes/RJ .....	74
2.5 A INTERRUPÇÃO DA ESF NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ .....	76
<b>CAPÍTULO 3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>84</b>
3.1 SUJEITOS E CENÁRIO DA PESQUISA .....	87
3.1.1 Recursos utilizados na coleta dos dados .....	92
<b>CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: POR UM SUS VERDADEIRAMENTE EQUÂNIME</b> .....	<b>94</b>
4.1 CENÁRIO EVOLUTIVO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE LOCAL .....	96
4.2 ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE MATERNO INFANTIL (SMI) .....	98
4.3 GARANTIA DA OFERTA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE FORMA DESCENTRALIZADA, RESOLUTIVA E ARTICULADA COM UMA APS DE QUALIDADE .....	110
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>121</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>139</b>
---------------------	------------

## APRESENTAÇÃO

Ingressei na Faculdade de Enfermagem Raquel Hadock Lobo da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) no ano de 1996, instante em que sob os olhares perscrutadores da comunidade acadêmica, a instituição inovava a grade curricular do seu curso de graduação no Centro Biomédico, apoiando-se sobre as postulações Freireanas a fim de valorizar as vivências trazidas pelos alunos que por ali desembarcavam, alinhavando a empiria trazida por cada um dos “calouros” e o conhecimento científico versado obviamente naquele ambiente institucional de ensino.

Diante da lógica do novo currículo integrado, como era chamado, logo nos primeiros períodos dos nove que compunham o curso de graduação em enfermagem, deixávamos as salas de aula e íamos ao encontro de algumas das favelas que rodeiam o bairro vizinho às instalações da Universidade, Vila Isabel, e eram nestes territórios marcados pelas profundas desigualdades e consequentes iniquidades de toda ordem, que abríamos os nossos olhares para uma realidade até então impensada para boa parte daquele grupo de jovens, que em condição de privilégio acabara de ingressar em uma das melhores universidades públicas do país.

Encorajada a compreender desde o início o tamanho da reponsabilidade que seria me tornar uma trabalhadora da saúde e, sobretudo, exercer a delicada arte de cuidar e educar por meio da enfermagem, escolhi acreditar na possibilidade de transformar realidades a partir do exercício da minha profissão.

Ao deixar as salas de aula no ano de 2000, almejava uma atuação profissional fora do âmbito hospitalar, que logicamente esteve maciça e inevitavelmente presente no decorrer de toda a graduação. O hospital se tornou um lugar no qual eu não reconhecia a minha identidade profissional, e que para mim (confesso), se tornava um lugar cada vez mais “desconfortável”. A essa altura o interesse pelo campo da saúde coletiva já havia ocupado a maior parte dos meus anseios profissionais.

Eis que em 2002, participei de um processo seletivo e ingressei em um projeto institucional que me daria a certeza definitiva de que o exercício da minha profissão fugiria aos moldes mais tradicionais, e me convenci finalmente de que eu não queria ser uma enfermeira meramente “cuidadora de doentes”. Eu tinha uma inquietação latente sobre os indivíduos e as suas mazelas sociais e, por conseguinte, sobre os seus fatores multicausais de saúde e de adoecimento, o que me levava a pensar sobre a possibilidade de antes de querer cuidar de “indivíduos doentes” querer cuidar da saúde das pessoas!

Neste percurso tive o privilégio de atuar ao lado de profissionais incríveis, em uma equipe interdisciplinar ímpar, no Projeto Meio Fio de Médicos Sem Fronteiras, uma

Organização Não Governamental ganhadora do prêmio Nobel da Paz no ano de 1999, internacionalmente conhecida pelos seus feitos no que diz respeito à ajuda humanitária em contextos mundiais devastados por fenômenos de ordem natural, pelas epidemias ocasionadas por doenças ou pelas situações catastróficas em decorrência da miséria e da fome.

O Projeto Meio Fio, ao qual me dediquei por três anos, tinha um cunho de intervenção biopsicossocial e, sob este viés buscávamos realizar o nosso trabalho. Como enfermeira da equipe, assistia “in loco” parcela significativa da população adulta em situação de rua no centro da cidade do Rio de Janeiro. Um trabalho que exigia muitos conhecimentos advindos das ciências biológicas, todavia, a utilização dos ensinamentos trazidos pelas ciências humanas foi indispensável no auxílio à minha compreensão a respeito das relações humanas, e destas sobre as condições de vida e de saúde das pessoas que habitavam o território da rua. Enfim, depois da graduação e da experiência agregada no Projeto Meio Fio, o molde estava feito e o caminho rumo à saúde coletiva era sem volta.

Percebi que o cenário de atuação profissional que me proporcionaria a continuidade do exercício de tais habilidades seria um só: a Estratégia de Saúde da Família (ESF). E eis que o início da caminhada se deu em 2005, num pequeno distrito da minha cidade natal, São José do Calçado/ES e lá no “Patrimônio do Divino Espírito Santo” (vulgo Jacá) passei um período de quase dois anos.

Logo após este período, tendo em conta a aprovação e posse em um concurso público para a prefeitura municipal de Cantagalo na região serrana do Rio de Janeiro, a partir de 2007 pude contar com uma das melhores escolas que um profissional que a essa altura já se apaixonara pela saúde coletiva poderia ter. Na cidade que me acolheu como quem acolhe a um filho seu, e em especial na equipe de Saúde da Família do Alto São José, mais uma vez pude ter ao meu lado profissionais ímpares que me surpreendiam e me comoviam diante do compromisso quase “sacerdotal” que revelavam ao cuidar das pessoas que figuravam aquele universo com toda a sua complexidade. Novamente eu tive a clareza de que era aquilo o que eu queria fazer, e foi a partir do aprendizado com a comunidade assistida e a partir das vivências profissionais compartilhadas diariamente, que definitivamente me “formei em saúde da família”.

Depois de ter passado um ano no cargo de coordenadora de Atenção Básica/Saúde da Família ainda em Cantagalo/RJ (2013-2014), a contar de junho de 2014 novamente por concurso público ingressei como enfermeira de ESF no quadro efetivo da prefeitura municipal de Campos dos Goytacazes/RJ. Neste momento da minha caminhada profissional, passei a

me interessar pelo processo de reordenamento das ações na Atenção Primária à Saúde no cenário Campista.

Em razão da minha experiência profissional, acredito na lógica de organização territorial proposta pela ESF, que persegue a valorização das relações sociais imbricadas nestes espaços, privilegia o trabalho na ótica da menor densidade tecnológica e pretende entender os nexos multicausais envolvidos no processo de adoecimento da população sob a sua adscrição. Para tanto, o modelo procura romper paradigmas e incorporar no processo de trabalho das suas equipes multidisciplinares, conceitos técnicos e ideológicos coletivos, além de conhecimentos advindos das ciências sociais e humanas.

Como profissional componente da ESF, considero indispensável que estejamos preparados para atuar em conjunto com a sociedade, favorecendo a sua compreensão acerca das determinações biopsicossociais do processo saúde/doença, a fim de evitar a compartimentalização do ser humano, primando pela humanização no acolhimento às suas demandas de saúde, valorizando a família e a comunidade e não mais a doença e o indivíduo, refutando, dessa forma, o modelo médico hegemônico pautado na biomedicina de cunho intervencionista e altamente tecnológico.

Tenho percorrido e quero continuar a trilhar o sonho de um sistema de saúde que valorize a longitudinalidade do cuidado e a integralidade da assistência por meio do avanço do trabalho de equipes interdisciplinares preparadas para atuarem em cenários de alta complexidade social e territorial, conforme prioriza o modelo aplicado pela Estratégia de Saúde da Família que por sua vez, se insere no projeto sistêmico da Atenção Primária à Saúde no Brasil, prezando pela corresponsabilidade do cuidado e pela participação social.

Pela minha vocação e, porque não dizer pela minha devoção pela saúde coletiva, almejo realizar uma investigação acerca do processo de interrupção e reestruturação da Estratégia de Saúde da Família num dado momento em Campos dos Goytacazes/RJ, cidade de grande relevância no cenário político, geográfico e econômico do estado do Rio de Janeiro. Considero um desafio profissional relevante e que deve apontar para a realização de um estudo oportuno ao fomento das discussões de aspectos sociais e científicos, que favoreça a catalisação de ações práticas.

Em síntese, no que diz respeito à importância da proposta desta pesquisa, acredito na possibilidade de jogar luz à questão do retorno efetivo da ESF no município em tela, a fim de garantir à coletividade, condições mais justas de acesso aos diversos níveis de complexidade do seu sistema de saúde além de, favorecer as ações inseridas na ordem da promoção à saúde

e, por conseguinte, à prevenção dos seus agravos com base no fortalecimento da APS e das demais políticas sociais de saúde municipais.

## INTRODUÇÃO

A análise acerca da política da ESF foi o eixo condutor desta averiguação, que apoiada na macropolítica social de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivou conhecer as potencialidades e os desafios encontrados no processo de reimplantação do modelo em destaque no município de Campos dos Goytacazes/RJ entre os anos de 2009 e 2015, avaliando os componentes relacionados às decisões políticas e à participação social que perpassaram este processo.

O projeto de construção do SUS no Brasil ganhou relevância e consistência a partir do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) nos idos da década de 1970 e seguiu se fortalecendo com o fim da ditadura militar em 1985, se tornando, finalmente, uma realidade com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, momento em que se buscava o diálogo entre a sociedade civil brasileira e o Estado na tentativa de tornar o acesso aos serviços assistenciais de saúde um direito universal. Desse modo, insere-se o contexto da seguridade social pela primeira vez na história do país.

Naquele cenário, a política social em destaque procurava inverter a lógica da exclusão social e passava a trabalhar como indutora de cidadania, por meio do alcance do acesso universal à saúde, desvinculando-a da contribuição previdenciária, primando pela qualificação da reorientação das suas práticas a partir da compreensão das especificidades regionais do país nos seus diversificados contextos socioeconômicos.

Historicamente concebido como um programa necessário à consolidação do SUS, seis anos mais tarde, surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF) tendo como finalidade principal (re)organizar os serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>1</sup>, espaço considerado como o local preferencial para o primeiro contato dos indivíduos com o SUS. Na década seguinte, passou a nominar-se Estratégia de Saúde da Família (ESF) e assumiu *status* de política social estatal em consonância com a evolução de mecanismos que implicariam em mudanças concretas no processo permanente de construção universal do ainda “jovem sistema de saúde” que se postulava àquela altura.

Com a finalidade de lançar luz à questão das políticas sociais de saúde dentro da perspectiva de proteção social e da construção identitária dos indivíduos pertencentes à dada sociedade, a ocorrência da presente pesquisa no município se justificou por assinalar a

---

<sup>1</sup> Conceitua-se como a principal porta de entrada do SUS, o local preferencial de entrada dos indivíduos ao demandarem por serviços de assistência à saúde. Essas “portas” devem estar dispostas de forma a facilitar o acesso de seus usuários a todos os níveis de complexidade que compõem o sistema de saúde, buscando garantir, principalmente, o acesso das populações mais vulneráveis. (GIOVANELLA *ET AL.*, 2009).

necessidade do constante “diálogo” entre dois importantes componentes estruturais do SUS na contemporaneidade, os quais estarão em condição de destaque: 1) Atenção Primária à Saúde (APS) e 2) ESF criada tendo como principal desafio intervir nos processos de saúde-doença nas comunidades, se valendo para tanto do olhar direcionado às famílias<sup>2 3</sup> e para as complexas relações sociais que se encontram imbrincadas nos territórios<sup>4</sup>, se transformando em última instância, em potente ferramenta de vigilância em saúde e de empoderamento social.

O interesse pela temática se justificou também por alinhar-se ao exercício da profissão como Enfermeira de Saúde da Família há mais de dez anos e pela frequente leitura de publicações relacionadas ao campo das políticas sociais de saúde que deflagram, de modo geral, a divulgação de dados que apontam para a evolução positiva de indicadores de saúde onde a ESF se estabelece de maneira consistente, sublinhando, dessa forma, a importância científica e social da pesquisa.

Acredita-se que compete aos gestores do SUS e aos profissionais de saúde que atuam na APS, a motivação necessária na busca pela construção de um sistema de saúde pautado na longitudinalidade do cuidado e na integralidade da assistência, utilizando-se, para tanto, de equipes interdisciplinares preparadas para trabalhar em cenários de alta complexidade social e territorial, conforme o aplicado pelas equipes interdisciplinares que atuam na ESF, e que ao se inserirem no arcabouço da Atenção Primária à Saúde devem prezar pela corresponsabilidade do cuidado às famílias e pelo estímulo à participação social nos processos decisórios dos gestores municipais.

Por fim, a relevância do estudo esteve amparada sobre a análise da interrupção da ESF em Campos dos Goytacazes/ RJ entre os anos de 2009 e 2015, refletindo acerca das implicações sobre a evolução das políticas de saúde locais.

---

<sup>2</sup> Famílias são “grupos de indivíduos, ligados por laços consanguíneos, casamento ou adoção, que formam uma unidade socioeconômica, sendo os membros adultos os responsáveis pela criação dos filhos”. Seguem afirmando os autores, que existe no mundo moderno, diversidades de famílias nas diferentes sociedades distribuídas pelo mundo. (GIDDENS & SUTTON, 2016, p. 194).

<sup>3</sup> Já de acordo com a definição utilizada pelo modelo assistencial da ESF, aplica-se o conceito definido pelo IBGE, segundo o qual, família é um “conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar. Entende-se por dependência doméstica a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família, e por normas de convivência as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica”. Disponível

em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 05/03/2016.

<sup>4</sup> Para Santos (1998), as sociedades modernas avançam no sentido de universalizarem os territórios. Chama a atenção para as horizontalidades, espaços de contiguidades, marcados por relações sociais de proximidade e solidariedade.

O objetivo geral desse estudo buscou verificar as potencialidades e os desafios encontrados no processo de reimplantação do modelo de assistência à saúde da família no município de Campos dos Goytacazes/RJ entre os anos de 2009 e 2015, avaliando os componentes relacionados às decisões políticas e à participação da sociedade civil no cenário das políticas sociais de saúde locais.

Quanto aos objetivos específicos, o trabalho apresenta as seguintes formulações:

a) Avaliar a gestão municipal quanto à valorização da APS e à prioridade na implantação de equipes multiprofissionais em conformidade com a normatização do MS/SUS, capazes de desenvolver processos de trabalho que garantam a eficácia na oferta das ações e dos serviços ao munícipe campista;

b) Investigar a relação entre os elementos que favoreçam a capilarização das equipes multiprofissionais da ESF no território municipal e analisar as questões responsáveis pelos possíveis entraves à sua plena reinserção;

c) Verificar o funcionamento de quatro Equipes de Saúde da Família (EqSF) da rede pública municipal, conforme o modelo de reorientação da APS proposto pelo MS/SUS, considerando o atendimento às demandas de saúde da população adscrita em seus territórios de atuação.

Como questões de pesquisa busca-se refletir sobre: quais são os responsáveis pela interrupção do trabalho das equipes da ESF no município de Campos dos Goytacazes/RJ e os entraves mais significativos para restabelecer efetivamente a respectiva política de saúde prescrita pelo MS/SUS?

Deve ser realçado, que a presente pesquisa foi executada com base nas postulações da pesquisa social em dissonância ao método racional positivista, altamente mecanicista e por consequência incapaz de atender às especificidades de investigação dos estudos sociais e humanísticos, como explica Martins (2004). A partir da necessidade de romper com tais limitações, os sociólogos desenvolveram um método científico capaz de avaliar/validar cientificamente os fenômenos sociais, oferecendo consistência às investigações ocorridas dentro do campo sociológico, considerado de difícil observação por se tratar o homem de um ser mutável ao longo do tempo e por estar sendo observado por outro humano que por muitas vezes poderia se mostrar tendencioso.

Em ciência social, em que os objetos constituem estados mentais ou condições para estados mentais, a possibilidade de confundir os estados mentais do observador científico com os estados mentais das pessoas observadas é endêmica. (ALEXANDER, 1999, p. 36).

Com referência a “essa concepção de ciência social reconhece-se numa postura antipositivista e assentada na tradição filosófica da fenomenologia”. (SANTOS, 2003, p. 39). Observa-se que os estudos sociais em saúde têm se utilizado largamente da fenomenologia para embasar-se, encontrando, por conseguinte, correspondência nesse objeto de pesquisa e que terá menção de destaque em momento oportuno.

Ainda no que diz respeito à questão da pesquisa social, diferentemente do que ocorre nas ciências naturais, Martins (2004) esclarece que, nesse campo, “os fenômenos são complexos, não sendo fácil distinguir causas e motivações isoladas e exclusivas. Não podem ser reproduzidos em laboratórios e submetidos ao controle”. (MARTINS, 2004, p. 291).

Sob a justificativa de Santos (2003), a pesquisa social se diferencia da pesquisa realizada nas ciências naturais e mediante o seu entendimento, no primeiro caso, faz-se necessária à compreensão dos fenômenos sociais, entendendo-os a partir dos seus agentes e das suas atitudes mentais em relação às suas ações.

Segue reafirmando o autor (*ibid.*), ser necessária a utilização de critérios epistemológicos distintos das ciências naturais, utilizando-se de “métodos qualitativos, com vistas à obtenção de um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo, em vez de um conhecimento objetivo, explicativo e nomotético”. (SANTOS, 2003, p. 39).

A pesquisa esteve apoiada sobre conceito de saúde alicerçado na ótica da perspectiva multicausal das doenças, não gravitando exclusivamente dentro do universo das ciências naturais e biológicas. Portanto, o seu eixo encontrará maior pertinência no âmbito científico da pesquisa social e da sua metodologia, entendida como “[...] um processo que utiliza metodologia científica, através da qual se podem obter novos conhecimentos no campo da realidade social”. (MARCONI & LAKATOS, 1996, p. 18).

Diante de tais justificativas, cumpre revelar que para a sustentação da investigação foram elaborados quatro capítulos, que se encontram descritos da seguinte maneira:

O primeiro capítulo intitulado como **um olhar sobre a concepção da política social de saúde brasileira: o caso do SUS** pretende, a partir de uma síntese teórica, se apoiar sobre os autores clássicos das ciências humanas e das ciências naturais, provocar uma reflexão sobre o processo saúde/doença, sobre as desigualdades socioeconômicas e sobre as suas implicações nas iniquidades de acesso à assistência em saúde, e finalmente sobre os alicerces de concepção do SUS no país e da busca pela sua consolidação como política social, sobretudo, no tocante à sua importância no percurso de construção identitária de cidadania e de inclusão social em oposição às redundantes desigualdades sociais brasileiras.

Todavia, o presente capítulo não discorrerá sobre os fatos anotados dentro de uma linearidade exclusivamente temporal, as questões centrais e periféricas sobre modelos econômicos vigentes na América Latina, bem como, sobre os modelos de Estado de Bem-Estar Social (EBES) com especial interesse pela região Latino-americana e pelo Brasil, assumirão relevância. Além do mais, serão analisados os impactos destes conteúdos sobre os padrões socioculturais e de saúde/adoecimento da população brasileira e sobre os pontos correlacionados ao direito de acesso aos serviços de saúde desde a sua prevenção até a recuperação dos seus agravos.

Na sequência, no segundo capítulo denominado **a história mundial da Atenção Primária à Saúde e da ESF como modelo indissociável de reorientação do SUS - do Brasil a Campos dos Goytacazes/RJ**, buscou-se uma análise conjuntural a respeito do caminho de construção da ESF como uma política social de saúde orientada nacionalmente pelo SUS, amparada pelas bases conceituais e operacionais exitosas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) fundado no estado do Ceará no início da década de 1990, sobre a sua história no estado do Rio de Janeiro e por fim, na cidade de Campos dos Goytacazes/RJ, cenário escolhido para a investigação.

O terceiro capítulo consistirá na descrição teórica acerca de alguns conceitos relacionados à ciência e à pesquisa social destacando o modelo qualitativo de investigação, além da apresentação do **percurso metodológico** utilizado no desenvolvimento do trabalho.

Por fim, o quarto e último capítulo chamado de **apresentação e discussão dos resultados: por um SUS verdadeiramente equânime**, estará apoiado nas informações registradas em dois Planos Plurianuais (PPA) de saúde de Campos dos Goytacazes/RJ, os quais se configuram como instrumentos de gestão do SUS e que serão oportunamente conceituados. A partir da leitura e da compilação das informações contidas nestes dois documentos, se esquadrinhará a avaliação de alguns dos indicadores considerados essenciais na qualificação das políticas sociais públicas em saúde e que, portanto, destacam elementos essenciais para o seu debate e para o seu fomento.

## **CAPÍTULO 1. UM OLHAR SOBRE A CONCEPÇÃO DA POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE BRASILEIRA: O CASO DO SUS**

O presente capítulo sugere um olhar sobre os alicerces de concepção e de construção do SUS e da busca pela sua consolidação como política social.

Para tanto, considerou-se pertinente trabalhar algumas questões importantes para o campo da saúde coletiva, em especial as que se referem à saúde e à doença, às desigualdades sociais e as suas influências sobre as iniquidades em saúde e, finalmente sobre a importância da APS e da ESF na solidificação do SUS, como alternativas capazes de arrefecer tais dificuldades.

A escolha pela estruturação do capítulo dessa forma almejou realçar quais foram as bases filosóficas e teóricas que influenciaram o processo histórico de construção do modelo de Atenção Primária ao redor do mundo e no Brasil, chegando às bases de construção nacional da ESF, passando em seguida pela sua história evolutiva no estado do RJ, chegando por fim em Campos dos Goytacazes/RJ.

Nessa trajetória, considerou-se indispensável trabalhar alguns conceitos que servirão de base para a compreensão acerca da formulação das políticas de saúde e dos sistemas de saúde, inclusive o SUS.

### **1.1 CONCEITUANDO SAÚDE E DOENÇA**

O objeto deste estudo se encontra assentado no campo da saúde, sobretudo, dentro do viés da saúde coletiva por meio da atuação de equipes multiprofissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo de atenção pensado de modo a favorecer a organização da oferta de serviços de saúde no primeiro nível de assistência que compõe a rede de serviços do SUS, denominada internacionalmente de Atenção Primária à Saúde e, no Brasil, de Atenção Básica (AB). Dentre outros aspectos, a APS visa à proximidade, a vinculação e o consequente (re)conhecimento acerca das condições de vida e as complexas relações sociais que se estabelecem nestes territórios onde se inserem cotidianamente as equipes, o que lhes possibilita atuar permanentemente no sentido de contribuir para a redução dos impactos das desigualdades e das iniquidades em saúde.

A ocorrência frequente das iniquidades interfere diretamente nas condições de saúde dos brasileiros, gerando indicadores epidemiológicos negativos e que sem dúvida carecem de intervenção por meio da utilização das práticas de controle social associadas ao poder público

estatal, mediante a criação de políticas sociais capazes de romper com esses sistemas de exploração responsáveis pela deteriorização da saúde humana.

A continuidade de práticas que conduzam a concentração de renda e a desigualdade social acabam infringindo os direitos humanos e causando desequilíbrios de toda ordem aos indivíduos, em especial no que diz respeito à sua saúde, alimentando um sistema perverso de “compra” e “venda” a todo custo do restabelecimento do equilíbrio perdido, acarretando a mercantilização dos serviços de saúde, tornando-os cada dia mais tecnológicos<sup>5</sup>, medicalizantes<sup>6</sup>, intervencionistas e de alto custo, atendendo ao domínio do capital em detrimento à valorização do SUS, pensado como um sistema de saúde público e universal.

As argumentações a seguir estarão inicialmente sustentadas no sentido de conceituar etimologicamente e epistemologicamente saúde e doença, correlacionando-as aos modos de vida neles contido o trabalho em clara relação com a industrialização na Europa e no Brasil. Far-se-á menção à manutenção da exploração das suas classes menos favorecidas numa alargada base da pirâmide social ao longo da história, responsável pelos seus processos de adoecimento e de morte, acentuando condições socioeconômicas indesejáveis e motivadoras das suas condições de vulnerabilidades e das iniquidades em saúde.

Mas e o que vem a ser saúde? Introdutoriamente e com a finalidade de dar início a discussão, cabe a seguinte indagação: o que vem a ser saúde? De acordo com Luz (2008), atenção especial é dada para a origem etimológica da palavra que datado do século XIII (1204), em português, o termo deriva de *salude*; em espanhol *salud*, século XI; em italiano *salute* proveniente do latim *salus (salutis)*. No caso italiano, há o destaque para o fato de haver uma questão relacionada com a harmonia e a conservação da vida. Enfim, existe uma pluralidade etimológica descrita pela autora (*ibid.*), contudo, todas elas acabam por convergir para uma ideia de equilíbrio, como algo natural para o qual não se entende a chegada da doença como algo aceitável, capaz de romper com essa lógica positiva de estar vivo do ser humano, entendido assim tanto pelos romanos como pelos gregos.

Para essas duas sociedades, atenção especial era dada aos hábitos de viver, os quais poderiam ser nocivos ou não aos seus indivíduos. Estes povos, de maneira moderada, buscavam um equilíbrio na prática desses hábitos visando à manutenção do equilíbrio sem, no

---

<sup>5</sup> Exercício da atividade médica dependente de extenso aparato tecnológico, com exigência de capital e de máquinas. (FILHO & BRANCO, 2008).

<sup>6</sup> Processo que transforma questões como tabagismo, práticas sexuais e estilos de vida em problemas médicos a serem tratados por esses profissionais. Esse conceito advém da década de 1960 e 1970 como parte de uma estratégia que tentava diminuir o poder médico, considerado como crescente e poderosa demais. (GIDDENS & SUTTON, 2016)

entanto, praticar essa busca desenfreada por indivíduos permanentemente saudáveis conforme se observa nas sociedades modernas.

Ainda no campo da análise etimológica, o dicionário Houaiss, descreve saúde como: “estado do organismo livre de doenças, força física, vigor”. (HOUAISS, 2015, p. 850).

Adiante, deixando a origem etimológica e avançando no campo filosófico humanista da questão, Naomar (2011) explica que no período pós-guerra surge como proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) uma definição para o termo em destaque, segundo a qual saúde passou a ter a seguinte definição: “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade”. (OMS, 1946, s/p).

O autor (*ibid.*) chama a atenção para o fato de que tal conceito gerou nos países industrializados uma onda no sentido de criar produtos e conceitos capazes de promover a saúde, evitando a todo custo o adoecimento, valendo-se de profissionais altamente capacitados para vender esses serviços à sociedade, incluídos aqui publicitários, artistas e até mesmo cientistas.

Em conformidade com Bell (1973) é possível constatar a ocorrência no período pós-guerra da valorização do conhecimento necessário ao desenvolvimento de acumulação de capital do modelo de produção capitalista, ou seja, os grandes poderosos do capital não são mais, como descrevia Marx, os detentores dos meios de produção (posse), e sim, os burocratas surgidos, categorizados e hierarquizados pelos seus nichos de conhecimento. Na área de prestação de assistência em saúde não foi diferente, o que permitiu a ocorrência da valorização de grupos corporativos de medicina privada com a garantia de grandes lucros de mercado com a venda de serviços de saúde. Tal situação pode ser verificada no Brasil, principalmente no período da ditadura militar, conforme assinala Paim (2009).

Entre dirigentes e burocratas dos institutos, prevaleceu a opção de comprar serviços médico-hospitalares do setor privado para os segurados da previdência, ao invés de investir em serviços próprios, de modos a ampliar a infraestrutura pública de serviços de saúde. Esta política, conhecida como *privatização*, foi intensificada nos governos militares. (PAIM, 2009, p. 34).

Corroborando a afirmativa de Bell (1973) e a fim de ilustrar a composição entre o Estado e a defesa dos interesses de classes de grupos dominantes que fortaleceram a burocratização e alimentaram os fatores geradores de desigualdades e iniquidades, concorda Durkheim (1999) ao afirmar que: “[...] As funções políticas, administrativas, jurídicas especializam-se cada vez mais”. (DURKHEIM 1999, p. 02).

Conseqüentemente, houve no período pós-guerra, a inauguração de um modelo de mercantilização dos serviços de promoção<sup>7</sup> da saúde capazes de gerar riquezas e acumulação de capital no mundo pós-industrial, estruturados em classes cada vez mais heterogêneas e especializadas: “os administradores exercerão seu controle sobre os instrumentos de produção através do controle por eles exercido sobre o Estado, que por sua vez, possuirá e controlará os instrumentos de produção”. (BELL, 1973, p. 111).

Relevância deve ser dada à influência das ideias neoliberalistas a ganharem força na atualidade no interior das engrenagens estatais, descoladas da influência das classes menos favorecidas e no sentido de beneficiar as classes mais abastadas que detém a ideologia dominante [...] “as ideias de uma época seriam as ideias da classe dominante”. (GIDDENS, 1998, p. 88).

Depreende-se dos fatos, que para a classe dominante, existe o desejo de criar modelos de oferta de serviços indispensáveis aos seus interesses nos períodos ou épocas, nos quais se diferenciam cultural e economicamente as sociedades, acima de tudo baseadas na especialização do conhecimento.

Considera-se perverso incluir a assistência em saúde nos moldes de produção capitalista de prestação de serviços por acentuar e perpetuar as desigualdades sociais inerentes à sua gênese, dando-lhe todo o ônus pelas iniquidades de acesso à saúde nos diversos segmentos sociais, com relevância para os menos favorecidos.

Ao observar o que ensina Durkheim (1999) sobre a organização social baseada na divisão profissional altamente especializada, cabe uma analogia especialmente no que diz respeito à organização das práticas de assistência em saúde que, ao especializar-se exageradamente acaba favorecendo o desenvolvimento de uma morfologia social basicamente orgânica, pautada na valorização do individual em detrimento do coletivo, afastando-se do modelo social solidário, caracterizado pelo autor nos termos de solidariedade mecânica.

No intento de se opor a essa prática, se torna necessário retomar o debate sobre saúde utilizando a ótica do debate “filosófico, teórico, metodológico e pragmático sobre saúde, doença e conceitos correlatos”. (NAOMAR, 2011, p. 08).

Em termos gerais, os conceitos de saúde e de doença são históricos e possuem uma relação com a contemporaneidade, devendo ser observados por diferentes vieses e análises,

---

<sup>7</sup>A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. (BUSS, 2000, p. 165).

principalmente devido ao fato de envolverem dimensões simbólicas e culturais, sociais e filosóficas. (CZERESNIA, 2013).

Na sequência, o texto irá caminhar na vertente oposta ao conceito de saúde e irá tratar dos aspectos relacionados à conceituação da doença.

Qual o entendimento contemporâneo acerca do termo doença? O significado de doença de acordo com o dicionário Houaiss, obedece a seguinte descrição: “distúrbio da saúde de um humano, animal etc., manifestado por sintomas; enfermidade, moléstia”. (HOUAISS, 2015, p. 349).

Avançando da etimologia para o campo da filosofia e da sociologia, entende-se que não seja suficiente reduzir as explicações positivistas de Comte às terminologias saúde e doença e às suas relações com a construção da realidade social e sim, no que nos sugere a tradição filosófica antipositivista, assentada na fenomenologia e na sua essência compreensiva baseada na hermenêutica weberiana. (SANTOS, 2003).

O modelo defendido pelo filósofo francês Comte, conforme explica Bock (1980), defendia que o progresso da sociedade dependia da natureza humana de maneira linear e constante, sendo essa ordem progressista alterada somente em função de obedecer a maior ou menor velocidade, não sofrendo influências em termos de clima, raça ou situação política. Sob este aspecto e de maneira equivocada, não se compreende em seu entendimento, o fato de que o adoecimento das sociedades esteja relacionado dentre outros fatores, aos condicionantes sociais em um dado momento histórico, o que por sua vez, geraria distintos perfis de adoecimento progredindo ou regredindo de acordo com os condicionantes intrínsecos ou extrínsecos dos indivíduos.

Já a análise das teorias weberianas das transformações sociais descritas em Bell (1973), se encontra mais alinhada ao objeto da saúde e da doença enquanto produtos dos meios social, econômico e político, contrariando a filosofia positivista de Comte que se baseava somente no que pudesse ser comprovado por meio das ciências exatas e biológicas, argumenta Bock (1980).

Dito isso, é possível constatar que não existe um modelo de ciência que obedeça a uma única, exclusiva e rigorosa sequência matemática, principalmente, quando se trata de estudos no campo da saúde, entendida neste contexto, em associação com as ciências humanas e sociais.

Os limites deste tipo de conhecimento são, assim, qualitativos, não são superáveis com maiores quantidades de investigação ou maior precisão dos instrumentos. Aliás, a própria precisão quantitativa do conhecimento é estruturalmente limitada. (SANTOS, 2003, p. 54).

Afirma o mesmo autor (*ibid.*) que a distinção entre ciências naturais e ciências sociais deixou de ter sentido e utilidade, para ele, “[...] Esta distinção assenta numa concepção mecanicista de matéria e da natureza a que contrapõe, com pressuposta evidência, os conceitos de ser humano, cultura e sociedade”. (SANTOS, 2003, p. 61).

Logo, os fenômenos que envolvem os processos relacionados à saúde e a doença estão diretamente ligados às mudanças sociais entendidos como: [...] “os processos sociais são históricos, complexos, fragmentados, orgânicos, corporais, conflitantes, dependentes e incertos, então precisamos gerar dispositivos interpretativos mais adequados para referenciar, com o devido rigor, os objetos de pesquisa científica de saúde”. (NAOMAR, 2011, p. 13). Enfim, “[...] a saúde e a doença são, porém distribuídas desigualmente entre indivíduos, classes e os povos” (BERLINGUER 1988, p. 13).

Segue o autor (*ibid.*) apontando que, após o advento da industrialização,<sup>8</sup> ocorreu o desaparecimento de determinadas doenças em países de economia central, mantendo, no entanto, doenças como malária<sup>9</sup> ou disenteria amebiana<sup>10</sup>, consideradas de fácil diagnóstico e tratamento nos países em desenvolvimento. Ao final do século XIX, com o avanço do processo acima mencionado e a conseqüente criação de instrumentos, dentre eles o microscópio, foi possível evoluir no quesito diagnóstico e no tratamento de doenças por meio do que ele chama de individualização de causas, possibilitando o conhecimento de micro-organismos responsáveis por patologias até então desconhecidos, como a peste<sup>11</sup>, a varíola<sup>12</sup>, a rubéola<sup>13</sup> e a tuberculose<sup>14</sup>.

---

<sup>8</sup> Por Industrialização se entende, em sentido geral, o processo pelo qual uma sociedade com atividades predominantemente primárias se transforma em uma sociedade com atividades predominantemente secundárias e terciárias. Neste sentido, Industrialização é sinônimo de crescimento econômico, desenvolvimento econômico, modernização econômica. (BOBBIO *ET.*, *ALL.* 1998).

<sup>9</sup> Doença infecciosa febril aguda, cujos agentes etiológicos são protozoários transmitidos por vetores. O quadro clínico típico é caracterizado por febre alta, acompanhada de calafrios, sudorese profusa e cefaleia, que ocorrem em padrões cíclicos, dependendo da espécie de plasmódio infectante. (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

<sup>10</sup> Disenteria Amebiana, se refere a infecção causada pelo protozoário ameba que pode causar desde um leve ou moderado desconforto abdominal até a presença de muco ou sangue nas dejeções, diarreia aguda, podendo ou não estar o quadro, acompanhado de febre. (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

<sup>11</sup> Doença transmitida pela pulga, tendo os roedores silvestres/campestres, sinantrópicos e os logomorfos como seus reservatórios. Pode ser manifestar sob três formas clínicas principais: bubônica, septicêmica e pneumônica, sendo a última, sua forma mais grave, podendo levar o paciente a óbito rapidamente. (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

<sup>12</sup> Doença infecciosa erradicada em 1973. (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 18).

<sup>13</sup> Doença exantemática viral aguda, caracterizada por febre baixa e exantema maculopapular (“pintas vermelhas na pele”), que se inicia na face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se para outras regiões do corpo. Tem curso benigno, mas merece atenção especial no caso de gestantes, pois quando a doença acontece nos cinco

Tal desenvolvimento, ainda segundo Berlinguer (1988), propiciou um avanço significativo convertendo-se em medidas prescritivas necessárias ao rompimento de elos envolvidos nas cadeias de transmissão de doenças, possibilitando em alguns casos, a eliminação de tais agravos que atravessavam séculos.

Neste sentido, em seu estudo sobre a situação das classes trabalhadoras na Inglaterra, Engels (2010) descreveu por diversas vezes as condições sub-humanas em que habitavam, nos bairros de “má fama”, a classe proletária inglesa do Séc. XIX, vivendo na miséria, no frio, na fome e sob todas as possibilidades de exploração capazes de adoecê-los e levá-los precocemente à morte.

[...] Por todas as partes, há montes de detritos e cinzas e as águas servidas, diante das portas, formam charcos nauseabundos. Aqui vivem os mais pobres entre os pobres, os trabalhadores mais mal pagos, todos misturados com ladrões, escroques e vítimas da prostituição. A maior parte deles são irlandeses, ou seus descendentes, e aqueles que ainda não submergiram completamente no turbilhão da desagregação moral que os rodeia a cada dia mais se aproximam dela, perdendo a força para resistir aos influxos aviltantes da miséria, da sujeira do ambiente malsão. (ENGELS, 2010, p. 71).

O duro relato de Engels não se restringe à realidade do século XIX das cidades inglesas e, se comparadas ao Rio de Janeiro, no Brasil do início do século XX, poucas coisas se mostravam diferentes, guardadas as devidas proporções.

O processo tardio de industrialização brasileira gerou um modelo excludente e perverso de desigualdades sociais e conseqüentemente de condições inadequadas de saúde, amparando o crescimento do capital sobre condições insalubres de trabalho em que, milhares de brasileiros migravam de maneira desordenada dos campos para as cidades que, não tinham condições adequadas de infraestrutura para receber as massas que chegavam com um volume cada vez mais crescente. Traços marcantes gerados por esse período podem ser facilmente constatados nos dias atuais.

---

primeiros meses de gravidez, pode causar aborto, natimorto e malformações congênitas, além de doenças tais como: cardiopatias, surdez e catarata. (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

<sup>14</sup> Doença que atinge principalmente os pulmões, podendo atingir outras partes do corpo. Considerada como um problema de saúde prioritário no Brasil, atingindo a todos os grupos etários, com maior predominância entre os indivíduos economicamente ativos (15-54 anos) e do sexo masculino. Transmitida pelo ar, tendo como agente infeccioso o *M. tuberculosis* também conhecido como Bacilo de Koch (BK). A doença possui cura por meio de tratamento apoiado em atibioticoterapia de longa duração (em torno de seis a 12 meses), podendo ser necessária a extensão do prazo de acordo com algumas variáveis. No entanto, se não tratada, inevitavelmente, levará o indivíduo ao óbito. (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Como exemplo, convém citar o que escrevem Solis & Ribeiro (2003).

[...] a transição brasileira para o capitalismo criou, por um lado, acumulação de riqueza e poder, além de indiscutível progresso, mas, por outro lado, gerou a miséria absoluta e relativa dos trabalhadores, configurada em graves deficiências de moradia e saneamento, carência alimentar, elevação dos preços, altos índices de morbidade e, por fim, a morte precoce – situação que perdura até nossos dias. (SOLIS & RIBEIRO 2003, p. 119).

A despeito de tais aspectos, urge o enfrentamento das desigualdades por meio de políticas sociais eficazes, verdadeiramente capazes de consolidar estratégias que impliquem em mudanças sólidas no que diz respeito à concreta universalização do acesso aos serviços de educação e de saúde, proporcionando a ruptura das iniquidades sociais tão evidentes na sociedade brasileira.

Construído este percurso, neste momento a argumentação caminhará com empenho para dar respostas ao que se correlaciona a dois importantes elementos que se encontram intrinsecamente enlaçados pelo campo da saúde coletiva: 1) desigualdades sociais e 2) iniquidades em saúde.

## **1.2 DESIGUALDADES SOCIAIS**

Neste ponto a discussão irá buscar esclarecer de que maneira as desigualdades sociais interferem nas condições de saúde e de adoecimento das pessoas.

Uma vasta literatura sugere que o cuidado à saúde deve priorizar ações técnicas no âmbito coletivo que produzam cuidados preventivos evitando desta forma o adoecimento, entendido neste espaço como um processo biopsicossocial. Para Merhy (2000), a prática de saúde criada antes do que temos hoje como sociedade, modificou-se com o surgimento do capitalismo e vem modificando-se com os novos contornos sociais que se constituíram historicamente e, ao comparar o modelo brasileiro aos de países como França, Inglaterra e Alemanha, constata:

O processo inglês, mas também o francês ou o alemão, de emergência das práticas sanitárias é um exemplo bem rico para a compreensão das práticas sanitárias como práticas sociais estruturadas infra e supraestruturalmente nas sociedades capitalistas. (MERHY, 2014, p. 47).

O autor acima segue explicando que na Europa, as práticas de saúde coletiva desenvolvidas a partir da revolução industrial, sofreram diversas transformações, tendo como importantes agentes deste processo a força conjunta do proletariado e o enriquecimento da burguesia.

Tais fatores, agindo de maneira conjunta, foram capazes de proporcionar a criação de leis que buscavam garantir o atendimento coletivo da população nos serviços de saúde que se

desenhavam naquele período. Estes elementos acabaram criando naquele continente, em especial na Inglaterra, uma base forte e necessária à construção de um Estado caracterizado por alto nível de proteção social, com destaque para a saúde.

[...] A necessidade de controlar, por razões econômicas e políticas, a ação dos fatores que acarretam os elevados índices de enfermidade e de morte, vai assumir agora a forma predominante do Sanitarismo, com a adoção de medidas capazes de atingir coletivamente a população. (DONNANGELO, 1976<sup>15</sup> *apud* MERHY, 2014, p. 48).

No caso do Brasil, a fim de estreitar a relação da questão que se coloca e a qual de maneira irrefutável se insere no campo da saúde coletiva, faz-se necessário um recorte analítico ao modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>16</sup> regulamentado por meio da Portaria 2.488/2011 do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011b), pautado no trabalho de equipes multidisciplinares de profissionais atuando em espaços urbanos e rurais nos mais diversos territórios, que visa à ampliação do acesso ao sistema de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando e entendendo as complexas relações familiares<sup>17</sup>, sociais e econômicas que fluem nestes espaços, correlacionando-as aos seus processos biopsicossociais de saúde/doença e ligando-os aos seus estilos de vida, neles compreendido o trabalho.

Uma lista de doenças definidas como profissionais que é periodicamente (mas tardiamente) atualizada, na medida em que se reconhecem novos quadros patológicos ligados ao trabalho. Aqui existe a distinção entre doença e acidente. Intuitivamente essa distinção é clara: a primeira é um processo mais ou menos lento; o acidente, ao contrário, é um evento “repentino”. (BERLINGUER, 1988 p. 22).

A análise das condições do operariado brasileiro feita por Dias (1997), quando o autor descreve as condições sub-humanas nas quais esses trabalhadores exerciam as suas funções no Brasil no início do século XX, em muito pouco ou nada, diferencia-se dos acontecimentos narrados por Engels na Inglaterra do século XIX e, tampouco se distancia da recorrência com que os noticiários atuais narram essas situações, correlacionando-as incontestavelmente às

<sup>15</sup> DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade**. Livraria Duas Cidades, São Paulo, 1976.

<sup>16</sup> As equipes de saúde da família criadas pelo Ministério da Saúde em 1994, devem atuar em sintonia com seus territórios, sendo capazes de identificar as situações de risco presentes na comunidade e para tal, devem conhecer bem as famílias que atendem. Os profissionais que a compõem devem estar comprometidos com a elaboração de programas e atividades, capazes de enfrentarem processos de adoecimento, bem como desenvolverem ações educativas de caráter intersetorial a fim de minimizar os impactos sobre a saúde da comunidade sobre a sua responsabilidade no espaço da Atenção Básica, devem atuar com uma população definida e favorecer o fortalecimento de vínculo entre a comunidade e os profissionais. (SCOREL *ET AL.*, 2007).

<sup>17</sup> Merece destaque o fato de que o modelo de atuação das equipes da ESF deve compreender a família usando uma abordagem amparada sobre o pensamento sistêmico. Dentro dessa lógica, todos os membros da família se influenciam mutuamente, sem perder, no entanto, a autonomia. Ao mudar, um indivíduo, torna-se capaz de influenciar a mudança dos demais, tanto para condições que possibilitem saúde ou adoecimento desses membros. (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

doenças da exclusão social e da exploração econômica do capital. Sobre a questão, descreve o autor:

[...] Salário de escravo, exploração brutal do braço humilde que se encontrava em abundância no país, gente de pés descalços e alimentação parca (um punhado de farinha de mandioca, feijão, arroz, carne seca). [...] E o proletariado fabril, em grande parte feminino e constituído de mocinhas, era o preferido para a indústria têxtil, trabalhando das 6 da manhã às 7 e 8 horas da noite, com uma hora intermediária de almoço. [...] A anemia e a tuberculose faziam abundante ceifa anual. [...] Na indústria metalúrgica, o número de menores também era predominante sendo que o sexo aceito era o masculino. [...] fazendo serviços quase suicidas pelas bronquites, pneumonia, reumatismo que iam contraindo. Os menores (em que constavam rapazinhos de oito anos) eram empregados em serviços pesados, alguns incompatíveis com a sua idade e sua constituição física e, mal chegavam a adultos e, quando chegavam, era para formar filas nas clínicas gratuitas da Santa Casa de Misericórdia, como indigentes”. (DIAS<sup>18</sup>, 1997 *apud* SOLIS & RIBEIRO, 2003, p. 118-119).

Consoante com o que fora dito até o momento, torna-se incontestável afirmar que sob a égide do capital e suas consequências para o desenvolvimento social, foram engendrados no Brasil, os condicionantes necessários aos processos de saúde/doença nos seus diferentes contextos socioeconômicos e culturais.

A análise textual percorrerá a partir deste momento um caminho no sentido de buscar identificar as possíveis situações e condições de saúde da população inerentes à estratificação social e para tanto, irá correlacioná-las.

A respeito disso, explica Barata (2009), que os processos de saúde e de adoecimento não devem ser reduzidos somente ao campo biológico e sugere que para a compreensão dessa trajetória, deverão ser levadas em conta as desigualdades sociais interferindo diretamente na saúde da população, valorizando a observação das características relacionadas à riqueza, educação, ocupação, raça, etnia, moradia, ao gênero e ao trabalho, ou seja, às estruturas demarcadas pelas estratificações sociais e suas consequências.

Cumprido destacar que países situados em blocos continentais distintos, compreendem as suas formações sociais valendo-se de filosofias distintas. Todavia, Parkin (1980) chama a atenção para o fato de que a teoria da escola americana de Warner defende a inexistência de classes sociais, baseando-se em artifícios que valorizam a invisibilidade de separação social.

Tal discurso aproxima-se da escala multidimensional weberiana, distorcendo-a, no entanto, a fim de atender aos interesses do modelo americano capitalista de classes homogêneas com iguais chances de ascensão social. Para as escolas americanas de estudos

---

<sup>18</sup> DIAS, E. **História das lutas sociais no Brasil**. São Paulo. Alfa- Omega, 1977. pp. 45-46.

sociológicos de Warner, a estratificação social em camadas, não passa de imaginação estatística levando à ocorrência de variações de grupos dispostos em status distintos. Esse entendimento foi fortemente ampliado no pós-guerra e atende a filosofia da meritocracia.

Em contrapartida, segue o autor (*ibid.*) afirmando que a vertente europeia puxada por Marx e Weber sobre estratificação social, incluindo a commodificação da força de trabalho, continua a situar o assunto de maneira mais atual do que nunca e a oferecer, por conseguinte, bases mais sólidas para explicar o que se coloca no momento em debate.

Coadunando com as ideias acima, relaciona-se em seguida a questão burocrática e o Estado, sendo este, ao mesmo tempo capaz de assumir responsabilidades e atuar na diminuição ou na acentuação das diferenças nos indicadores e condições de equidade de acesso à saúde das suas sociedades. O assunto pode ser resumido da seguinte maneira:

A discussão em torno das desigualdades sociais em saúde colocou a questão do direito à saúde na pauta política em todo o mundo. Diferentes populações atribuem maior ou menor importância ao direito à saúde como um direito humano fundamental. Como posições polares, podemos apontar, de um lado, o comportamento de dirigentes de países europeus, que cada vez mais concedem importância à redução das desigualdades sociais em saúde, considerando que os sistemas nacionais de saúde e outras políticas sociais devem ter como principal objetivo o alcance da equidade. De outro lado, os governos norte-americanos não consideram que esta seja uma questão relevante para o Estado. Na perspectiva deles, o direito à saúde é algo intrinsecamente relacionado com as capacidades individuais, estilos de comportamento e possibilidade de pagar pelos serviços apropriados. (BARATA, 2009, p. 12).

Conclui-se que no caso brasileiro caracterizado por possuir historicamente uma economia capitalista periférica dependente, um país marcado ao longo dos anos por profundas desigualdades econômicas e sociais, o modelo americano pautado na meritocracia não se aplica, estando mais condizente à realidade do Brasil, a utilização dos moldes europeus que valorizam o Estado de Bem-Estar Social (EBES).

A importância da criação do SUS reside principalmente no fato de que, na sua gênese, buscou a correção das distorções na oferta do direito de acesso à saúde por meio do incentivo às políticas sociais públicas capazes de reduzir as iniquidades geradas por essas desigualdades nos perfis de saúde populacionais acentuadas pelas diferenças de classes socioeconômicas. Sendo assim, o SUS está pautado basicamente sobre tripé: universalidade, integralidade e equidade<sup>19</sup>.

Não obstante, de que maneira as desigualdades sociais geram iniquidades em saúde?

<sup>19</sup> “[...] a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime”. (SPOSATI, 1999, p. 128).

### 1.3 INIQUIDADES EM SAÚDE

Responsável por estudar as condições sociais como determinantes sobre as iniquidades em saúde nos diversos grupos populacionais no Brasil, em seu relatório, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais e Saúde CNDSS (2008) fez uma análise da situação vigente no país a fim de recomendar políticas sociais e programas prioritários capazes de minimizar a evidente problemática das iniquidades em saúde nos mais distintos contextos urbanos onde se encontram significativas parcelas populacionais em condições precárias de vida, de ambiente e de trabalho.

As iniquidades apontadas pela CNDSS ocorrem basicamente em função do que foi o acelerado e desordenado processo de urbanização ocorrido no Brasil, sem que tenham ocorrido medidas equivalentes de adequação, necessárias à correção de tais distorções.

Ampliando os conceitos e ocorrências divulgadas pelo relatório do CNDSS (2008), Barata (2009) explica que, na América Latina, a discussão sobre desigualdades sociais e as suas interferências no processo de saúde-doença, vem sendo feita utilizando-se da teoria da **determinação social**, pautada na posição de classe - o problema de saúde passa a ser visto sob a ótica da inclusão/exclusão e não exclusivamente na questão da pobreza em detrimento de outras três teorias correntes quais sejam: a **estruturalista/materialista** (baseada no poder econômico), a **psicossocial** (valoriza a desvantagem social como causa de doença) e, por último, a teoria **ecossocial** (associa biológico, social e o psíquico) como responsáveis pelo adoecimento. Cumpre destacar, que no Brasil, a teoria de determinação social agrega os modos de vida como fatores responsáveis por gerar doenças em determinados grupos de indivíduos/coletividades.

A seguir, a ilustração de um modelo de determinação social da saúde em camadas, proposto por Dahlgren e Whitehead.

**Figura 01 - Modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead**



Dahlgren e Whitehead (1991)<sup>20</sup> apud CNDSS (2008, p. 14)<sup>21</sup>.

O modelo toma como ponto de partida, no seu eixo proximal, as características individuais de saúde relacionadas aos hábitos, genética, idade, sexo, entre outros aspectos. Na seqüência intermediária e distal respectivamente, dispõem-se as condições de saúde relacionadas às condições de vida e de trabalho, de educação, de habitação e de saúde, entre outros, e, as situações socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Somadas, todas essas camadas engendram processos de saúde e de doença. Portanto, de acordo com o que sugere o relatório da CNDSS evidencia-se que:

[...] A intervenção sobre os mecanismos de estratificação social é das mais cruciais para combater as iniquidades em saúde, incluindo-se aqui políticas que diminuam as diferenças sociais com as relacionadas ao mercado de trabalho, à educação e à seguridade social. Um segundo conjunto de políticas busca diminuir os diferenciais de exposição a riscos, tendo, por exemplo, como alvo, os grupos que vivem em condições de habitação insalubres, trabalham em ambientes pouco seguros ou estão expostos a deficiências nutricionais. (CNDSS 2008, p. 53).

A descrição feita no parágrafo precedente parece estar amparada sobre a teoria multidimensional de estratificação social de Weber indo ao encontro dos padrões multicausais da saúde-doença, refutando a explicação simplista das causas exclusivamente individuais ou biológicas tão arraigadas nos modelos assistenciais de saúde atuais que, continuam alimentando o modelo médico-hegemônico<sup>22</sup>. De acordo com o que ensina Lefevre & Lefevre

<sup>20</sup> Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

<sup>21</sup> Fonte: BRASIL/ MS. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)>. Acesso em 15/06/2017.

<sup>22</sup> Baseado na relação individualizada entre médico e paciente, sem intermediários a determinar tempo, forma ou valor da consulta. (FILHO & BRANCO, 2008).

(2007), o modelo mencionado valoriza o indivíduo doente e não a sua doença, afinal, é o doente o consumidor dos produtos e serviços de saúde de grande apelo tecnológico ofertados no campo produtivo da medicina capitalista contemporânea. Para o mesmo autor (*ibid.*), o modelo contra-hegemônico busca por sua vez, desconstruir a concepção pautada no imaginário da biomedicina<sup>23</sup> com forte apelo tecnológico.

Convém reiterar com o que afirma Parkin (1980) a respeito do pensamento de formação de classes de Weber que afirma que, diferentemente das sociedades feudais pré-capitalistas baseadas na terra como única estância de poder, nas sociedades modernas, ao contrário, assumem relevância fatores como educação, renda, religião, etnicidade, entre outros aspectos. Diante dessa heterogeneidade, os indivíduos podem estar bem colocados em alguns dos quesitos e contrariamente mal classificados em outros.

Insiste o autor (*ibid.*) que não há como existir um padrão homogêneo de classificação social como propunha a escola de Warner americana dentro de uma sociedade capitalista, ficando clara a distorção da teoria weberiana no intuito de atender aos seus anseios.

Sobre a etnicidade, acredita-se, que fora fortemente negada pela teoria de estratificação social. Diferentemente do que hoje se propaga sobre o fato de as relações étnicas serem capazes de provocar mudanças nas estruturas de classe, no início, elas eram vistas apenas como leves perturbações superficiais, conclui o autor (*ibid.*).

A título de verificação, Barata (2009) traz dados de saúde relacionados à questão étnica no Rio de Janeiro analisados recentemente e que, refutam a hipótese descrita no parágrafo anterior. Os dados traduzem o seguinte: tomando-se como referência as mulheres brancas no estudo do acesso aos serviços de saúde para realização de pré-natal, a possibilidade de não conseguirem atendimentos entre as mulatas e pretas foram maiores registrando respectivamente 1,82 % e 3,47 %.

No que se refere à realização do pré-natal, ainda de acordo com a mesma autora, há a ocorrência de estatísticas que colocam as mulheres negras em desvantagem em relação às mulheres pardas e brancas: a dificuldade para realizar as consultas no grupo das mulheres brancas foi de 2,5%, seguidas de 4,7% pelas pardas, enquanto o maior índice de dificuldade foi observado nas mulheres de cor negra, em que 6,7% não tiveram condições de realizar as consultas conforme preconiza o MS. A autora (*ibid.*) concluiu também que, no momento do

---

<sup>23</sup> Modelo ocidental de prática médica, em que a doença é definida objetivamente de acordo com a presença de sintomas físicos reconhecidos. Nele, buscam-se tratamentos médicos de derivação científica para recuperar a saúde do corpo. (GIDDENS & SUTTON, 2016, p. 243).

parto, a probabilidade em receber anestesia foi de 86,5% e 78,2%, respectivamente, para brancas e negras.

Por último, mas não menos relevante, constata Barata (2009) que, 18,5% de mulheres brancas tiveram de procurar mais de uma maternidade no momento de dar à luz aos seus filhos, ao contrário, quase o dobro das negras, 31%, tiveram que buscar mais de um serviço de saúde até conseguirem acesso em maternidades que pudessem lhes garantir o direito de parir com segurança e dignidade. Tais números refletem a indubitável influência do componente étnico na estratificação social sendo fortemente gerador de iniquidades em saúde.

Outro ponto que deve ser abordado no campo das desigualdades sociais em saúde, diz respeito ao gênero, reconhecendo-se nessa perspectiva a ligação de três variáveis importantes a serem consideradas: 1) violência sexual, 2) educação e, principalmente, 3) exploração no mundo do trabalho. No entanto, como o assunto demonstra a necessidade de um amplo debate com uma abordagem mais profunda, poderá ser feita em momento considerado mais oportuno.

Diante de tais argumentações, afirma Barata (2009) que, no sentido de reduzir as iniquidades em saúde, faz-se necessária a oferta de serviços condizentes com as necessidades dos grupos sociais mais vulneráveis, ofertando-lhes, a fim de anular a sua desvantagem inicial, serviços diferenciados favorecendo a amplitude de acesso para essa parcela da população. Neste sentido o relatório da 11ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) de 2000, faz a seguinte afirmativa:

Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades. (BRASIL/MS<sup>24</sup>, 2000 *apud* ESCOREL *et al.*, 2007, p. 205).

Em consonância com o documento produzido pela 11ª Conferência de Saúde (Brasil/MS, 2000), na prática, o SUS deve oferecer condições de atendimento desigual para os desiguais, caso contrário, irá reforçar a produção de padrões geradores de desigualdades e consequentemente de iniquidades de acesso.

No intuito de limitar o amplo campo de abrangência das políticas sociais, o item a seguir buscará discutir especificamente a temática da saúde que, assim como as demais, está sujeita a polarização de forças políticas e econômicas capazes de determinarem diversamente o seu rumo e o seu formato. No entanto, a política universal de saúde instituída pelo SUS será

---

<sup>24</sup> Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11confcad.pdf>> Acesso em: 12/12/2017.

tratada como um dos direitos inerentes à construção do conceito de cidadania<sup>25</sup>. (FLEURY & OUVÉRY, 2012).

#### **1.4 A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DE CIDADANIA A PARTIR DA CRIAÇÃO DO SUS COMO POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL E DA APS COMO BASE À SUA CONSOLIDAÇÃO**

A partir dos anos 2000, o Brasil experimentou a diminuição da pobreza<sup>26</sup> e das desigualdades. Tal afirmativa pode ser comprovada por meio da observação da elevação do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, da renda média municipal e individual no período. No tocante aos indicadores de saúde, o país registrou um aumento da expectativa de vida e manteve a tendência de redução das taxas de mortalidade infantil, no entanto, a distribuição dos municípios com muita pobreza, permaneceu nas regiões Norte e Nordeste, com registros de índices menores, sobretudo no Sul e no Sudeste.

Entretanto, de acordo com relatório divulgado em 2017 pela Oxfam Brasil, ocorre a persistência de situações estruturais ligadas à redistribuição de renda e de riqueza no país, com destaque para uma política tributária injusta e desigual, para a persistência de serviços públicos de baixa qualidade e para a alta concentração fundiária. As questões citadas se agravaram ao longo dos anos em função da exclusão de jovens das universidades, com destaque para os jovens negros.

O diagnóstico que se faz acerca de pobreza no Brasil constata-se que o país não é pobre, mas singularmente injusto e desigual. (BARROS, 2000). Nesse caminho, a discussão a seguir pretende ancorar-se sobre dois pilares: 1) saúde como política social considerada como um importante instrumento de redução das desigualdades sociais e indutor de cidadania e, 2) o processo de construção do SUS no Brasil amparado neste contexto.

Em face do exposto, ressalta-se que o termo políticas sociais de acordo com o que escreve Carvalho (2007) assume um conceito vago visto que, no seu entendimento, todas as políticas públicas podem ser consideradas políticas sociais. No entanto, ao discerni-las, o autor chama a atenção para a importância da transversalidade que deve ser imputada na agenda governamental no que diz respeito à indução de políticas sociais que, devem estar presentes em todas as suas áreas de intervenção social.

---

<sup>25</sup> De acordo com Fleury (2008), cidadania implica “um princípio normativo que subordine as práticas sociais aos ditames da solidariedade e integra os indivíduos por meio de laços de igualdade e de respeito aos direitos em uma comunidade política”. (FLEURY, 2008, p. 56).

<sup>26</sup> A pobreza classifica os indivíduos como parte de um grupo de características homogêneas, privados de condições mínimas de subsistência e de exercerem os seus direitos políticos, “coexistindo” com a sociedade apenas na categoria de pobres, que por sua vez, ocupam uma “posição orgânica muito específica dentro do todo”, recebendo dos seus membros e associações, a ajuda necessária à correção da sua condição de dependência social do coletivo. (SIMMEL, 2014).

Acreditam Fleury & Ouverney (2012) que as políticas sociais devem abranger os campos coletivos clássicos de bem-estar social, neles incluídos, a previdência e a assistência social e finalmente, a saúde, compreendida como uma política de proteção social que promova a igualdade e os direitos relacionados à cidadania.

Devem ser definidas como um “conjunto de diretrizes, orientações, critérios e ações que permitam a preservação e a elevação do bem estar social, procurando que os benefícios do desenvolvimento alcancem a todas as classes sociais com a maior equidade possível”. (CARVALHO, 2007, p. 75).

Conforme a definição realizada pelo autor acima, acredita-se na necessidade de aplicação de políticas sociais abrangentes, pois no caso do Brasil, em especial ao analisar informações referentes à concentração de renda demonstrada pelo relatório da Oxfam<sup>27</sup> (2017), é possível constatar que:

[...] elevação da renda dos mais pobres não tem sido suficiente para reduzir de maneira mais drástica as desigualdades brasileiras, visto que existe ainda grande assimetria na apropriação do crescimento econômico total. Levantamento recente aponta que, entre 2001 e 2015, os 10% mais ricos se apropriaram de 61% do crescimento econômico, enquanto a fatia dos 50% mais pobres foi de 18%. Neste mesmo período, a concentração de renda no 1% se manteve estável, no patamar de 22 a 25%. No início de 2017, os seis maiores bilionários do País juntos possuíam riqueza equivalente à da metade mais pobre da população. Ao mesmo tempo, iniciamos o ano com mais de 16 milhões de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza. (OXFAM, 2017, p. 19).

Levando em conta os países para os quais existem registros de dados sobre concentração de renda, ainda de acordo com a Oxfam (2017), o Brasil assume a liderança na porção do 1% mais rico, ocupando o 3º pior índice de Gini<sup>28</sup> na América Latina e Caribe, ficando atrás apenas da Colômbia e de Honduras. Ainda de acordo com os números

<sup>27</sup> A Organização Não Governamental - Oxfam “chegou ao Brasil nos anos 1950 e iniciou seus trabalhos de forma mais estruturada e contínua em 1965. Na época, a atuação proporcionou o financiamento de projetos das cooperativas de crédito para agricultores familiares no Nordeste brasileiro. Recentemente, a confederação Oxfam, já com 19 afiliadas e presença em 94 países, decidiu criar uma afiliada brasileira com o objetivo de contribuir para o enfrentamento das desigualdades e redução da pobreza no país. Fundada em 2014, a Oxfam Brasil é uma organização sem fins lucrativos e independente, que mantém um conselho deliberativo, um conselho fiscal e uma assembleia geral. Ao lado das demais afiliadas e países onde atuam, a Oxfam Brasil faz parte de um movimento global que tem como objetivo construir um futuro sem pobreza, desigualdades e injustiças”. Fonte: OXFAM Brasil. Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/quem-somos/oxfam-brasil>>. Acesso em: 12/10/2017.

<sup>28</sup> O Brasil é o décimo país mais desigual do mundo, segundo dados divulgados nesta terça-feira no Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH), elaborado pelas Nações Unidas. O levantamento usa como referência o chamado Índice de Gini, uma forma de calcular a disparidade de renda. O indicador varia de 0 a 1 — quanto menor, melhor. No Brasil, ficou em 0,515 em 2015, mesmo número registrado pela Suazilândia, e maior que vizinhos da América Latina, como Chile (0,505) e México (0,482). Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/brasil-o-10-pais-mais-desigual-do-mundo-21094828>>. Acesso em: 05/03/2018.

divulgados pelo último Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), “o Brasil é o 10º país mais desigual do mundo, num ranking de mais de 140 países. Por aqui, a desigualdade é extrema”. (OXFAM, 2017, p.21).

Diante dos números revelados no parágrafo anterior, seria arriscado inclinar a aplicação de políticas sociais no Brasil de acordo com a responsabilidade do indivíduo e com a sua inserção no mercado<sup>29</sup>, como vem ocorrendo em inúmeros países de economia capitalista central, retirando a força das instituições de concepções éticas, pautadas no atendimento às necessidades dos indivíduos diante do princípio da solidariedade. (SOBOTTKA, 2006).

Por outro lado, é inconcebível que ainda nos dias atuais, haja na sociedade brasileira uma maioria de pessoas incapazes de alcançar de maneira autônoma condições minimamente adequadas de sobrevivência, e que, portanto, tornaram-se dependentes de políticas sociais governamentais. Entretanto, como as desigualdades socioeconômicas são historicamente marcantes no Brasil, torna-se irrefutável a ocorrência de políticas sociais indispensáveis ao arrefecimento dos impactos gerados pelas desigualdades. (CARVALHO, 2007).

Outro agravante diz respeito à distribuição desigual de renda que se encontra diretamente relacionada com as iniquidades de acesso às consultas médicas por parte das famílias que possuem condições econômicas deficitárias. É o que demonstram a seguir os seguintes números: “(primeiro quintil) 59 % declaram ter consultado médico nos últimos 12 meses. Entre o grupo de famílias com rendimento mais elevado (quinto quintil), todavia, esse percentual era de 76 %”. (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012b, p. 537).

Esses dados acabam por traduzir os privilégios alcançados pelas classes mais abastadas no que diz respeito ao acesso aos serviços médicos, contrastando com o fato de apresentarem indicadores de morbidade mais baixos.

Adiante serão analisados os efeitos contributivos da promulgação da Constituição Federal de 1988 ao apresentar a construção das bases de proteção social inspiradas no modelo europeu de EBES universal, pautado sob a égide da seguridade social e que visava prioritariamente fortalecer o direito à cidadania amparada pela questão social. (LAVINAS, 2013).

Os primeiros esboços de construção de EBES no Brasil foram traçados na década de 1930 durante o governo de Getúlio Vargas, perdurando até o início da década de 1980, marcados em um primeiro período pela figura de um Estado “benfeitor” para a sociedade e “provedor” das suas necessidades.

---

<sup>29</sup> Conhecido como modelo meritocrático corporativista, segundo o qual a garantia dos direitos de acesso às políticas sociais está atrelada à participação do indivíduo no mercado de trabalho. (COTTA ET AL., 2013).

A partir de 1980 e diante da ineficiência do sistema de atenção social vigente, fortemente caracterizado pela centralização política e financeira do Governo Federal, pela nulidade de participação social em processos decisórios e que favorecia o fortalecimento do clientelismo estatal nas ações sociais, surgiram fortes críticas e possíveis alternativas que propugnavam a sua substituição por sistemas que garantissem mais eficiência aos programas sociais, reduzindo paralelamente o poder do Estado. (CARVALHO, 2007).

Enfatizam Draibe & Riesco (2011) que o Brasil e os demais países de capital periférico que compunham os Estados Latino-Americanos (ELA), a partir da década de 1980, passaram a adotar políticas neoliberais prescritas pelo Consenso de Washington que, incluíam entre outros aspectos, medidas de abertura ao capital de empresas estrangeiras pouco exitosas no marco da globalização, além da orientação para a redução de gastos com programas da área social, gerando dependência econômica e instabilidade política na região.

A partir de então, seguem explicando os autores (*ibid.*), houve no Brasil o rompimento de um importante círculo virtuoso de crescimento econômico associado à política social (valorização sistêmica), levando à ocorrência da fragilização dos programas sociais e da construção do modelo de EBES nacional.

Diante de um cenário fortemente impregnado pelo ideário neoliberal dominante na região latino-americana, as agências de financiamento sugeriam à privatização dos serviços públicos, a descentralização das políticas sociais para os estados e municípios e a focalização das ações estatais que atenderiam de maneira complementar aos serviços que não fossem ofertados pela iniciativa privada, concentrando dessa forma, as ações de proteção estatal somente aos mais vulneráveis ou àquelas populações em situação de extrema pobreza. (CARVALHO, 2007).

Sugerir a oferta de ações sociais com serviços públicos restritos às populações mais carentes deve ser algo desencorajado, pois, implicam na manutenção e até na ampliação das desigualdades, afirma Jaccoud (2013).

Considera-se perverso organizar a assistência em saúde nos moldes de produção capitalista de prestação de serviços, responsáveis em acentuar as desigualdades sociais inerentes à sua gênese, e, que respondem pelas iniquidades de acesso às ações e serviços de saúde nos diversos segmentos sociais menos favorecidos.

Claramente para países de economia capitalista periférica como é o caso do Brasil, caracterizados ao longo dos anos por profundas desigualdades sociais e econômicas, o modelo pautado na meritocracia e encorajado pelo capitalismo americano não se aplica, estando mais

condizente à realidade brasileira os modelos europeus de Welfare State<sup>30</sup>, defensores da universalização na implementação das políticas sociais.

O caráter de acesso universal proposto pelo SUS visava ao rompimento com a fórmula de proteção à saúde inaugurada pelo presidente Getúlio Vargas, baseado no que Arretche (2005) denomina de sistema previdenciário, fortalecido e ampliado no período do regime militar de maneira a restringir o direito de acesso aos serviços públicos de saúde com exclusividade aos trabalhadores formais que contribuíssem com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Na contramão do que a ordem neoliberal ditava aos países latino-americanos, o Brasil inscreveu o SUS na Constituição Federal de 1988 e, a partir desse momento, caracterizou o direito à saúde e o direito social como dever do Estado pela primeira vez na história. (PAIM, 2009).

Depreende-se dos fatos que o SUS constituiu-se como um modelo de política social universal e redistributiva no qual o Estado passava a ser visto como o principal ou exclusivo mantenedor dos serviços sociais, dentre os quais, os serviços de atenção à saúde. De acordo com a nova proposta, independente da posição econômica dos indivíduos na sociedade, todos, com igualdade, passaram a ter direitos garantidos de acesso à assistência em saúde. (COTTA ET AL., 2013).

Todavia, vale lembrar que os caminhos que nortearam a evolução do SUS até a incorporação das suas bases legais, passaram indiscutivelmente pelo processo de redemocratização do país a partir de 1970, bem como pelo fim da ditadura militar em 1985, concomitantemente com o Movimento da Reforma Sanitária (MRS)<sup>31</sup>, em uma clara relação inequívoca e indissociável entre cidadania e saúde que, juntas, se constituíram como elementos imprescindíveis ao processo de construção coletiva em prol da inclusão social e da valorização da Atenção Primária à Saúde. (SCOREL, 1999).

O projeto da Reforma Sanitária sustentou-se numa “conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação e lazer” (GERSCHMAN, 2016, p. 55), vista como dever do

---

<sup>30</sup> Com destaque para três princípios: **a)** cidadania social como ideia fundamental, **b)** garantia de direitos sociais baseados não em produção/desempenho e sim em direitos invioláveis de cidadania e **c)** entrelaçamento estatal junto à família e ao mercado visando à manutenção e a garantia de direitos sociais e de cidadania, escreve Esping-Andersen (1991).

<sup>31</sup> O movimento da Reforma Sanitária é descrito por Arouca (1987), como uma [...] “uma necessidade da transformação do sistema de saúde, da municipalização, da sua democratização interna, de uma nova política de recursos humanos e de ciência e tecnologia, enfim, aliando-se a todas as outras reformas sociais que é o compromisso da Nova República, surgiu como uma ideia forte, suprapartidária, praticamente de consenso nacional”. (AROUCA, 1987, p. 2).

Estado e como um direito do indivíduo enquanto cidadão, ultrapassando o atendimento à doença, abrangendo a prevenção do adoecimento e, ao mesmo tempo, propondo condições mais dignas de vida.

O MRS culminou com a criação e com a inserção das bases legais para o SUS na Constituição Federal de 1988, consolidando-o como um modelo de proteção social, definido como “abrangente, justo, equânime e democrático”. (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012b, p. 493).

Com a promulgação da CF em 1988, o SUS tendo a sua base legal complementada pelas leis 8.080 e 8.142 (BRASIL/MS), ambas de 1990, organizou-se orientado por meio do que descrevem Noronha *et al.*, (2012):

[...] um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito incorporando em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde. (NORONHA *ET AL.*, 2012, p. 365).

A construção de um modelo universal de saúde como o SUS, tinha o propósito de servir de base para a inclusão social e para o exercício da cidadania plena, ancorado no modelo da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) e consagrado pela CF de 1988, ansiava por mecanismos mais justos, solidários e redistributivos, fundados nos princípios da justiça social e contrários ao formato de contribuição *versus* benefício. (FLEURY, 2008).

De acordo com o que explicam Teixeira & Solla (2005), o nascimento do SUS se deu de maneira extraordinária à época, inspirado nos modelos de saúde europeus como o italiano e o inglês, sustentado pelo MRS no momento em que a população brasileira sofria um profundo descaso no campo da saúde pública, situação que se agravava em função do acelerado processo de mercantilização dos serviços de saúde na América Latina.

Com objetivo de demonstrar a relevância da construção do SUS, destaca-se que todos os projetos de políticas sociais constituídos ao final de 1980 no país, em especial os da área da saúde, apoiaram-se nos direitos universais. No entanto, na década seguinte estes mesmos projetos encararam, no seu cenário de efetivação, grandes adversidades, primordialmente em função dos abalos sofridos pela democracia no período. Para Gerschman (2016) o primeiro presidente democraticamente eleito no Brasil na década de 1990, o Sr. Fernando Collor de Mello, ofereceu sérios empecilhos à efetiva implantação do SUS.

Mediante as inúmeras adversidades encontradas, ainda se acredita que o Brasil deve caminhar na direção de garantir a proteção social de caráter não contributivo pautada na universalidade dos direitos, matricialidade familiar, descentralização compartilhada, intersectorialidade e territorialização<sup>32</sup> garantindo a observação da heterogeneidade do território nacional.

Recomenda-se, como necessária à efetivação do SUS, a ocorrência de três mudanças essenciais: 1) ações sociais para a política pública, 2) ações isoladas para o dever do Estado enquanto regulador e agente da defesa de direitos e 3) a construção da identidade social que compreenda o cidadão com “direito a ter direitos” exercendo a cidadania. (JACCOUD, 2013).

Com o propósito de realçar a questão das políticas de saúde dentro do contexto da proteção social e da construção identitária dos indivíduos pertencentes à sociedade brasileira, o segundo capítulo propõe uma análise sobre a reorganização da Rede de Assistência à Saúde (RAS)<sup>33</sup> do SUS por meio da descentralização<sup>34</sup>/regionalização<sup>35</sup> dos seus serviços, por intermédio da territorialização, utilizando-se da APS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerados como componentes estruturais centrais do SUS na contemporaneidade e indispensáveis ao seu bom funcionamento.

Para tanto, o próximo capítulo tratará de aprofundar o debate sobre a APS no mundo e no Brasil. No mesmo capítulo, relevância será dada a ESF no estado do Rio de Janeiro e, por fim, em Campos dos Goytacazes/RJ que foi o recorte utilizado na execução da averiguação aqui proposta.

---

<sup>32</sup> “No setor saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautam-se pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988.” (GONDIM & MONKEN, 2008, p 392).

<sup>33</sup> As RAS “devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Contudo, esses fatores devem estar em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços”. (MENDES, 2011, p. 73).

<sup>34</sup> Descentralização, significa a busca pela adequação do SUS à “diversidade regional de um país continental como o Brasil, com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas”.

<sup>35</sup> Regionalização “corresponde a um dos princípios do SUS e representa a articulação entre gestores estaduais e municipais na implantação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento”. (PAIM, 2009, p. 48 a 49).

## **CAPÍTULO 2. A HISTÓRIA MUNDIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DA ESF COMO MODELO INDISSOCIÁVEL DE REORIENTAÇÃO DO SUS - DO BRASIL A CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ**

Antes de abordar o caso da ESF e da sua inserção no âmbito do sistema de saúde brasileiro, considera-se importante oferecer informações acerca da concepção mundial da APS.

Historicamente, a ideia de Atenção Primária à Saúde foi utilizada pela primeira vez na Inglaterra, em 1920, como forma de orientar a organização dos sistemas de saúde naquele país, por meio do documento que ficou conhecido como Relatório Dawson<sup>36</sup>, em homenagem ao seu criador, Lord Dawson, então Ministro da Saúde

De um lado, a ideia central da APS refutava o paradigma Flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, de outro modo, buscava constituir-se como o modelo inglês de atenção à saúde visto que, “começava a preocupar as autoridades daquele país devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade”. (MATTA & MOROSINI, 2008, p. 44).

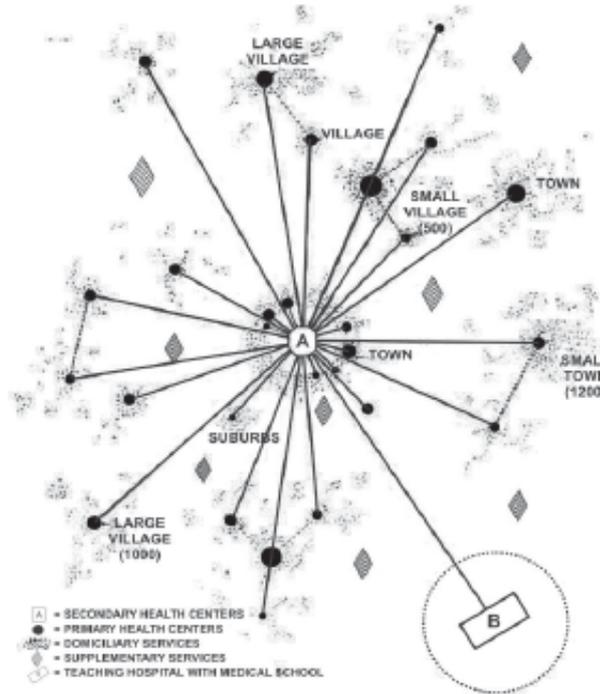
Influenciando a organização de diversos sistemas de Saúde no mundo, considerado um marco global da APS, o Relatório Dawson sugeria principalmente a primazia pela organização hierárquica do sistema de saúde e na sua concepção pregava que:

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como, os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (Ministry of Health, 1920, s/p).

---

<sup>36</sup> O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo. (LAVRAS, 2011, p. 868).

**Figura 02 - Modelo de organização da APS proposto por Lord Dawson em 1920, na Inglaterra**



Ministerio de Salud de la Gran Bretana (1964)<sup>37</sup> *apud* Kuschnir & Chorny (2010, p. 2.310)<sup>38</sup>

Em oposição à sugestão inglesa, datado de 1910, o Relatório Flexner é tido como o documento mais importante para a reforma das escolas de medicina nos Estados Unidos da América (EUA), com influência na formação médica de outros países ao redor do mundo todo. Enfatiza a atenção médica e hospitalar como prática quase absoluta de assistência sanitária.

[...] tem-se a atenção mecanicista (tal como acontece na mecânica clássica, uma causa atuando em um corpo, levando a um efeito), individual (o objeto da saúde é um indivíduo, tratado por outro indivíduo, excluindo-se, portanto, dessa ação o contexto ambiental, o social e o histórico) e especializada, a tecnificação do ato médico, a medicina curativa e reabilitadora, tendo o hospital, o médico, os medicamentos e os procedimentos, como os grandes protagonistas da prática sanitária. (COSTA *ET AL.*<sup>39</sup>, 2009 *apud* COTTA *ET AL.*, 2013, p. 26-27).

<sup>37</sup> Ministerio de Salud de la Gran Bretana. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica no 93].

<sup>38</sup> KUSCHNIR, Rosana; CHORNY Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 15(5), 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>>. Acessado em: 01/01/2017.

<sup>39</sup> COSTA, GD.; COTTA, RMM.; FERREIRA, M.L.S.M.; REIS, J.R.; FRANCESCHINI, S.C.C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. In: *Rev. Bras. Enferm.*, vol. 62, n. 1, pp. 113-118, 2009.

Em consonância ao modelo inglês e refutando a matriz flexneriana, algumas décadas mais tarde, em 1970, o Canadá se tornava um dos países pioneiros na realização de reformas internas nos seus sistemas de saúde, organizando-se por meio de estratégias de cuidados primários. (BRASIL/MS, 2009).

Mundialmente a história do projeto de formulação da APS foi influenciada, dentre outros aspectos, por fatores políticos e econômicos mundiais, principalmente em torno do eixo EUA e Europa Ocidental e que acabou originando: “o notório relatório Canadense de 1974, conhecido como Relatório Lalonde, (organizado pelo Ministro da Saúde Marc Lalonde) e que propunha quatro fatores determinantes da saúde em uma população: 1) biologia, 2) serviços de saúde, 3) meio ambiente e 4) estilos de vida”. (CUETO, 2015, p.54).

Além dos pontos por ora mencionados, ainda para o mesmo autor (*ibid.*), a popularidade do trabalho desenvolvido pelos médicos chineses conhecidos como “médicos descalços”<sup>40</sup> no cuidado às populações rurais da China comunista, serviu de importante fonte de inspiração para a elaboração do projeto mundial da APS.

Tradicionalmente, em alguns países, a APS se manteve como parte articulada da rede de serviços de saúde interligada aos demais níveis de complexidade como, por exemplo, os hospitais. Entretanto, em diversos países, ficou reduzida ao diálogo irregular com outras categorias profissionais, como no caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)<sup>41</sup> e com os demais níveis de complexidade de prestação de serviços em saúde.

O evento mais marcante na trajetória de construção global da Atenção Primária à Saúde foi a realização no ano de 1978 da Conferência Internacional sobre APS que aconteceu na cidade de Alma-Ata, capital da antiga República Socialista Soviética (RSS) no Cazaquistão. O evento foi organizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A Declaração gerada ao final do evento e aprovada de maneira unânime pelos ministérios da saúde mundiais preconizava a necessidade de cuidados primários em saúde para todas as pessoas até o ano 2000. (CUETO, 2015).

---

<sup>40</sup> Médicos Chineses que utilizavam em sua prática profissional a combinação entre a medicina ocidental e a medicina tradicional e que optaram pelo cuidado às populações rurais em oposição à oferta de serviços em áreas urbanas. Levavam cuidados de prevenção de doenças para a área rural residindo nesses territórios. Favoreciam a criação e a manutenção de vínculos junto à população que assistiam, facilitando o acesso aos serviços. (CUETO, 2015, p.54).

<sup>41</sup> Profissionais das Equipes de Saúde da Família que devem ser escolhidos dentro da própria comunidade onde atuam. Destacam-se pela sua liderança e pela proximidade com as pessoas que vivem no local, configurando-se como um elo essencial entre a comunidade e a equipe da Saúde da Família. [...] “deverá atender entre 400 e 750 pessoas, dependendo das necessidades locais, e desenvolverá atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente”. (BRASIL, 2001, p. 5).

O autor segue afirmando (*ibid.*) que a declaração realçava, prioritariamente, a necessidade de expansão do acesso aos cuidados de saúde no mundo, em especial, nos países em desenvolvimento, utilizando-se, para tanto, de modelos de atenção que deveriam apoiar-se na construção de postos de saúde em zonas rurais, em detrimento da construção de hospitais altamente especializados que utilizavam grande aparato tecnológico e possuíam altos custos, sendo em sua maioria demasiadamente sofisticados, tornando-se irrelevantes mediante as demandas de saúde populacionais onde se inseriam. (CUETO, 2015).

Em segundo plano, a declaração de Alma-Ata demarcava uma crítica ao elitismo e ao excesso de especialização por parte dos profissionais de saúde, apontando para a necessidade da valorização dos saberes e práticas de profissionais advindos de outras áreas que não somente da medicina, valorizando entre outros aspectos, o conhecimento empírico trazido das representações socioculturais das comunidades a exemplo das parteiras e dos curandeiros. Por fim, a declaração vinculava a saúde ao desenvolvimento social. (CUETO, 2015).

A partir de 1979, vários movimentos antagônicos surgiram com o intuito de fortalecer ou enfraquecer a expansão da APS da forma como fora idealizada. A polarização se dava principalmente nos campos políticos e econômicos que se organizavam em torno da oferta e da organização dos serviços de saúde espalhados pelo mundo. Esse cenário de lutas, envolvendo instituições como a OMS, o Banco Mundial e a fundação Rockefeller seguiu tensionado até o fim da década de 1980, culminando em 1986, com a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde organizada pela OMS e pelo Ministério da Saúde do Canadá. Do evento, resultou a carta de Ottawa, considerada ainda nos dias atuais como a principal referência mundial ao conceito de promoção à saúde. (CUETO, 2015).

O documento considera a saúde para além do reducionismo biológico, defendendo a promoção da saúde<sup>42</sup> por meio da manutenção de ambientes saudáveis, práticas de atividades físicas, reciclagem do lixo, reorganização dos serviços de saúde, participação das classes políticas e implementação de políticas saudáveis. (CUETO, 2015).

Atualmente, a APS no Brasil está caracterizada por um conjunto de práticas que, de modo integral, visa atender às demandas individuais e coletivas de saúde da população e, que

---

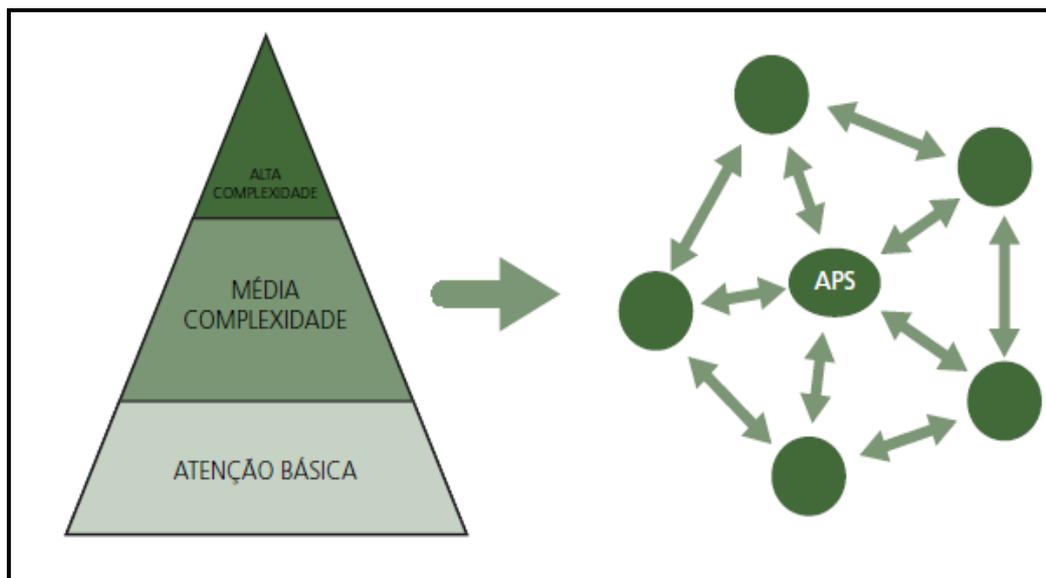
<sup>42</sup> Nos últimos anos, de acordo com Cueto (2015), duas correntes assumem relevância em relação à formulação do conceito de promoção da saúde. Uma primeira vertente que defende mudanças no estilo de vida por parte dos próprios indivíduos (responsabilização individual do cuidado me saúde). E uma segunda corrente que visa à melhoria das condições de vida das pessoas, por meio da criação de políticas públicas coletivas, como saneamento básico e universalização do acesso às ações de saúde.

durante a construção do SUS foi denominada de Atenção Básica (AB)<sup>43</sup>, constituindo-se como o local preferencial para o primeiro contato da população com a rede de serviços de saúde e que, por sua vez, organiza-se dentro de uma concepção hierárquica de complexidade crescente. (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012a).

A concepção vigente na estrutura do SUS compõe-se de um desenho tipo pirâmide, formado segundo as densidades relativas de cada nível de assistência por: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade (MAC). No entanto, acredita-se que essa concepção deve ser gradativamente substituída pelo modelo de redes poliárquicas de atenção à saúde, em que: “respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. Contudo, as RAS apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS”. (MENDES, 2015, p. 31).

De maneira esquemática, o autor demonstra as duas estruturas na figura 03.

**Figura 03 - Modelo de Sistema piramidal (hierárquico) e ao lado, o modelo poliárquico de redes de atenção à saúde**



Fonte: MENDES (2015, p. 20).

O mesmo autor (*ibid.*) prossegue explicando que atualmente existem três tipos distintos de estrutura organizacional para a APS, definidas de acordo com os seguintes modelos: 1) Um primeiro modelo de APS caracterizada como seletiva, atuando em regiões mais pobres e com populações específicas, ofertando assistência de baixo custo e sem possibilitar o acesso às tecnologias de maior densidade; 2) Um segundo modelo que classifica

<sup>43</sup> “No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.” (MATTA & MOROSINI, 2008, p. 44).

a APS como um primeiro nível de assistência dentro da rede de serviços ofertados pelo SUS e que, portanto, deve se responsabilizar pela resolução dos problemas de saúde mais comuns nesse local, considerado assim, como a porta de entrada para os demais níveis do sistema; 3) A APS vista em última análise como uma ferramenta capaz de possibilitar a organização do SUS por meio da sua inserção baseada em Redes de Atenção à Saúde (RAS), utilizando-se para tanto, da recombinação, da reorganização e do reordenamento dos recursos desse sistema, garantindo o atendimento integral às demandas de saúde da população. (MENDES, 2015).

O modelo organizacional de uma APS mais abrangente ou integral ampara-se na versão assistencial e organizacional de um sistema de saúde em acordo com o que sugeriu o relatório da Conferência de Alma Ata e, caminha no sentido de encarar as demandas individuais e coletivas dos indivíduos, entendendo a saúde sob uma perspectiva de direito humano, compreendida dentro de concepções políticas de determinantes sociais amplos. (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012a).

Já a organização da APS proposta por Starfield (2002), sugere que essa seja o primeiro nível de um sistema de saúde, capaz de oferecer às coletividades a solução para todas as novas necessidades e problemas, estabelecendo um fluxo adequado para os demais níveis do sistema, utilizando-se de ações integradas e coordenadas, garantindo a assistência em saúde com interesse no indivíduo e não na doença ao longo do tempo. Por fim, a autora conclui que a APS “aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar”. (STARFIELD, 2002, p.28).

Acredita-se que a APS deve ser a base que determina todos os demais níveis do sistema de saúde, abordando os problemas mais comuns da comunidade, sendo capaz de lhe oferecer condições de bem-estar, valendo-se para tanto da oferta de serviços de prevenção, cura e reabilitação. Para o alcance destes pressupostos, o sistema deve estar organizado de maneira a garantir a racionalização do uso de recursos classificados como básicos ou especializados que devem estar “direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde”. (STARFIELD, 2002, p. 28).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a APS se classifica como um processo contínuo de assistência à saúde, assim conceituando-a:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto

do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p. 1-2).

Merece ser destacado que, a aproximação dos serviços de assistência em saúde pela população brasileira passou a avançar somente a partir da década de 1990 com a implantação do SUS e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. Até este momento, vigorava no país, um modelo de atenção à saúde fortemente centrado na figura do médico e na medicalização<sup>44</sup> do indivíduo, voltado à valorização do ambiente hospitalar e ao uso das tecnologias e que, na prática, pouco se modificou.

A partir da perspectiva da RAS, a APS estaria organizada a fim de garantir o cumprimento de três funções: 1) atender e resolver em torno de 90% dos problemas de saúde mais comuns da população, sem, no entanto, serem somente os mais básicos; 2) assumir a função de coordenar e organizar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações em toda a RAS e, por último, 3) responsabilizar-se sanitária e economicamente pela população adstrita, por meio da ESF. (MENDES, 2015).

Fica evidente que o debate sobre a APS e a construção e ampliação da ESF no Brasil encontra-se longe de ser esgotado, ao contrário, seguirá permeando a literatura relacionada à temática da saúde.

Com base neste primeiro debate, a próxima seção tratará de forma mais detalhada dos elementos envolvidos na construção histórica da ESF no cenário nacional, discorrendo sobre a sua inserção no estado do Rio de Janeiro e aportando por último no município de Campos dos Goytacazes - RJ entre os anos de 2009/2015, conforme sugere o objeto de investigação dessa pesquisa.

No sentido de promover o entendimento sobre a lógica de organização da APS/ESF, julgou-se imperiosa a conceituação acerca de territórios e territorialidades a partir de uma breve contextualização acerca dos termos em destaque e da sua utilização no campo da saúde coletiva. A importância de tais conceitos se deve ao que sugerem os documentos do MS que tratam da amplitude da ESF de maneira regionalizada e hierarquizada, evitando a superposição na oferta dos recursos. Nessa direção, o SUS visa garantir, às populações

---

<sup>44</sup> Nesse processo de medicalização, todas as questões relacionadas aos modos de viver dos indivíduos, como hábitos tabagistas, práticas sexuais, práticas de exercícios físicos, entre outros aspectos, são transformados em questões médicas e devem, portanto, ser tratadas pelo profissional médico. O conceito surgiu nas décadas de 1960/1970. (GIDDENS E SUTTON, 2016).

adscritas<sup>45</sup>, o atendimento por meio de equipes interdisciplinares responsáveis pelo acompanhamento integral, horizontal e ao longo dos anos das populações nos seus diversos contextos biopsicossociais, é o que entendem Escorel *et al.*, (2007).

## 2.1 CONTEXTUALIZANDO TERRITÓRIOS E TERRITORIALIDADES E SUAS APLICAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Os territórios organizados por dinâmicas comunitárias próprias apresentam especificidades que precisam ser decodificadas para a inserção de políticas sociais efetivas e o acesso à Atenção Primária à Saúde, por exemplo, não se restringe aos fatores locacionais, pois os aspectos culturais e educacionais compõem a idiosincrasia coletiva.

Nesta concepção, o território não deve ser visto apenas como:

[...] conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas. O território tem que ser entendido como o território usado, não território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. (SANTOS, 2002, p. 10).

Portanto, acredita ser indispensável às equipes da saúde da família,<sup>46</sup> o exercício de um olhar minucioso sobre a dinâmica social inerente a esses territórios no sentido de tentar decifrar as normas gerais de ações do grupo, e ao mesmo tempo, buscar solucionar as demandas de saúde produzidas como consequência de processos biopsicossociais construídos nestes espaços inter-relacionais. Mediante a esse aspecto, se observa que:

[...] Obviamente, as relações sociais mais intensas, os conflitos, os fluxos e os usos diferenciados produzem territórios e territorialidades as mais variadas. Nesses territórios urbanos diferenciados, o processo saúde-doença pode ser investigado como um evento diferenciado ou particular. O fenômeno biológico como fenômeno social, pode ser entendido em sua dependência territorial urbana. (FARIA & BERTOLOZZI, 2009, p. 38).

Salientam Gondim & Monken (2008) que, o termo território origina-se do latim *territorium*, que, por sua vez, deriva de terra e, portanto, dá ideia de posse jurídica nascendo com dupla conotação por aproximar-se etimologicamente de termos como terra e terror. Nesse

---

<sup>45</sup> As equipes de saúde da família devem atuar em sintonia com seus territórios, sendo capazes de identificar as situações de risco presentes na comunidade e para tal, devem conhecer bem as famílias que atendem. Os profissionais que a compõem devem estar comprometidos com a elaboração de programas e atividades, capazes de enfrentarem processos de adoecimento, bem como desenvolverem ações educativas de caráter intersectorial a fim de minimizar os impactos sobre a saúde da comunidade sobre a sua responsabilidade no espaço da AB, devem atuar com uma população definida e favorecer o fortalecimento de vínculo entre a comunidade e os profissionais. (ESCOREL *ET AL.*, 2007).

<sup>46</sup> As equipes de saúde da família de caráter interdisciplinar, devem contar com no mínimo os seguintes profissionais: médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Recomenda-se que cada equipe seja responsável por 600 a 1.000 famílias, perfazendo de 2.400 a 4.500 habitantes. (ESCOREL *ET AL.*, 2007).

sentido, território se caracteriza, antes de mais nada, pela ideia de poder, ou como um “[...] espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (RAFFESTIN, 1993 p. 53) e ainda de acordo com o mesmo autor (*ibid.*), o poder surge nestes espaços em função da relação entre os indivíduos que ali coabitam.

Territorialidades podem ser classificadas como espaços resultantes de relações sociopolíticas, econômicas e culturais criando diferentes configurações e heterogeneidades, se tornando uma expressão geográfica do exercício do poder dentro de uma área determinada, essa sim, compreendida como um território. (SACK, 1986).

Para Raffestin (1993), os espaços são tomados pelos atores que neles convivem e ao fazerem isso de forma real ou abstrata, esses atores territorializam estes espaços. Gondim & Monken (2008) salientam que o processo de territorialização atende historicamente aos anseios da expansão dos modos de produção capitalista e dos seus aspectos culturais.

Ao descrever os territórios na contemporaneidade, Santos (1994) toma como base dois movimentos aos quais ele chama de: horizontalidades e verticalidades. Em outras palavras, significa que as horizontalidades estão definidas pelas contiguidades territoriais e as verticalidades seriam formadas pelas distâncias entre um ponto e outro, gerando uma interdependência econômica típica da globalização econômica.

Mediante a isso, no setor saúde, os territórios “estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviço que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania,” (GONDIM & MONKEN, 2008, p. 394). Enfim, para os mesmos autores (*ibid.*), a proposta da territorialização em saúde, coloca-se como:

[...] estratégia central para consolidação do SUS, seja para a reorganização do processo de trabalho em saúde, seja para a reconfiguração do Modelo de Atenção. Como método e expressão geográfica de intencionalidades humanas, permite a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que animam os territórios e; as diversas paisagens que emolduram o espaço da vida cotidiana. Sobretudo, pode revelar como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde. (GONDIM & MONKEN, 2008, p. 397).

Na percepção de Santos (2012), a redução das desigualdades brasileiras só será factível a partir do exercício pleno da cidadania, de maneira indissociável do componente territorial, na qual ele reforça a necessidade de isonomia dos indivíduos no acesso aos bens e serviços, por meio de uma disposição destes que considere a densidade demográfica, a

economia e a fluidez do território. Acredita o autor que, em um “território onde a localização dos serviços essenciais é deixada à mercê da lei do mercado, tudo colabora para que as desigualdades sociais aumentem”. (SANTOS, 2012, p. 144).

Feita a correlação do objeto em análise com a questão territorial, considerada aqui como elemento indispensável à compreensão acerca do assentamento da política social de saúde pesquisada, ou seja, a ESF, o texto dará ênfase a partir desse ponto à história de construção do modelo, iniciando-se por sua trajetória nacional, discorrendo na sequência sobre a sua trajetória no estado do Rio de Janeiro e finalizando com Campos dos Goytacazes/RJ que foi o recorte analítico escolhido para o estudo.

## **2.2 A HISTÓRIA DA ESF NO BRASIL**

Destaca-se que a ESF foi definida em 1994 para ser a principal estratégia de fortalecimento e de amplitude do SUS e da APS em todo o território nacional. Proposta como um modelo estruturalmente universal, democrático e integral, a ESF surgiu com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em saúde sobre novas bases e critérios, em substituição ao modelo meramente ambulatorial vigente. (COTTA *ET AL.*, 2013).

O advento da ESF se deu a partir da necessidade de avançar na busca pela equidade em saúde, valorizando uma atenção focada na proteção, na promoção e na prevenção de agravos, conforme os pressupostos do MRS, garantindo, por meio do seu fortalecimento, a instituição da produção social da saúde e da porta de entrada do SUS, tomando como ponto de partida a APS. (COTTA *ET AL.*, 2013).

Em 2005, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde com o objetivo de promover no âmbito internacional um debate acerca da importância da conscientização sobre os impactos dos determinantes sociais da saúde, aqui compreendidos como as condições econômicas e sociais que afetam a saúde da população e sobre a necessidade de combater as iniquidades geradas por esses determinantes. Em razão disso, em 2006, foi instituída no Brasil, uma Comissão para tratar do assunto, denominada de Comissão Nacional de Determinantes Sociais (CNDSS). (COTTA *ET AL.*, 2013).

Três anos mais tarde, a CNDSS responsável por estudar as condições sociais como determinantes sobre as iniquidades em saúde nos diversos grupos populacionais no Brasil, divulgou um relatório e fez uma análise acerca da situação vigente no país a fim de recomendar políticas sociais e programas prioritários capazes de minimizar a evidente problemática das iniquidades em saúde nos mais distintos contextos urbanos onde se

encontram significativas parcelas populacionais em condições precárias de vida, de ambiente e de trabalho, apontou a CNDSS (2008).

As iniquidades apontadas pelo relatório ocorrem basicamente em função do que foi o acelerado e desordenado processo de urbanização ocorrido no Brasil, sem que tenham sido adotadas medidas equivalentes de adequação que permitissem a correção de tais distorções.

Trabalhar com a ótica da prevenção de agravos e direcionar a atenção às famílias e não na doença e nos indivíduos, é o principal desafio da APS que, deve para tanto, privilegiar o território como o local ideal de intervenção de equipes interdisciplinares, conforme sugere a ESF, com um olhar que valorize os determinantes sociais da saúde, rompendo com o paradigma de saúde em oposição à ausência de doença. (COTTA *ET AL.*, 2013).

Em razão da sua importância, a APS tem merecido destaque na implementação de programas inovadores em prol do fortalecimento do SUS, como a formulação do PSF em 1994, mais tarde denominado de ESF e que, culminou com “várias mudanças na organização, no funcionamento e na oferta de serviços de saúde”. (COTTA *ET AL.*, 2013, p.16).

De acordo com o que ensinam Giovanella & Mendonça (2012a), diante da necessidade de evolução do SUS com a aprovação das leis 8.080 (BRASIL/MS, 1990a)<sup>47</sup> e 8.142 (BRASIL/MS, 1990b),<sup>48</sup> ocorreu a partir de 1993, o desencadeamento da municipalização (descentralização) dos serviços de saúde o que, na realidade, significou mudanças nas práticas de saúde. Esse processo desdobrou-se, tendo como eixo, a transferência gradual aos estados e aos municípios da APS (denominada no Brasil de Atenção Básica). Neste período, simultaneamente, ocorreu a implantação do PSF (1994) como uma estratégia de fortalecimento e de mudança no modelo de atenção vigente no SUS até aquele momento.

O PSF surgiu institucionalmente amparado na proposta de ser o reorganizador da APS, na medida em que buscava reorientar a prática médica clínica por meio da ampliação do objeto de trabalho dos indivíduos para a família, associando-as ao princípio da medicina comunitária, incorporando “princípios e diretrizes que vão além da clínica, especialmente a contribuição da epidemiologia e da administração e do planejamento em saúde”. (TEIXEIRA & SOLLA, 2005, p. 463).

---

<sup>47</sup> Art. 1º “Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado”. (BRASIL/MS, Lei 8.080/1990a).

<sup>48</sup> “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”. (BRASIL/MS Lei 8.142/1990b).

Estruturado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, o PSF emergiu da busca pela integração entre ações preventivas e curativas para cada “seiscentas a mil famílias em territórios definidos, contando com o trabalho de equipes constituídas basicamente por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)” (PAIM, 2009, p. 76).

No ano da sua criação, a ESF contava inicialmente com 328 equipes de Saúde da Família (EqSF) e 29.098 ACS que se responsabilizavam em levar atendimento a 1,1 milhão de brasileiros. Em 1998, o número de equipes alcançava a expressiva marca de 3.100 EqSF e de 79.700 ACS distribuídos pelo país, cuidando de cerca de 10,6 milhões de pessoas. Por fim, em 2008 os números chegavam a 29.300 equipes de Saúde da Família, 230.244 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 17.807 equipes de Saúde Bucal (EqSB) atendendo a mais de 93 milhões de indivíduos. (BRASIL/MS, 2010a).

**Tabela 01 - Evolução da população coberta por equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil no decênio 2006/2015<sup>49</sup>**

Anos	População estimada	Nº de EqSF	Estimativa de Pop. Coberta por EqSF	Percentual de Cobertura Populacional Estimada EqSF
2006	185.619.807	26.729	85.734.139	46,19
2007	188.206.105	27.324	87.748.414	46,62
2008	188.206.105	29.300	93.178.011	49,51
2009	189.612.814	30.898	97.518.432	51,43
2010	191.506.729	32.242	101.535.110	52,02
2011	190.755.799	33.143	104.217.138	54,63
2012	192.376.496	34.065	106.797.929	55,52
2013	193.979.108	35.723	111.455.335	57,46
2014	201.062.789	39.545	122.801.048	61,08
2015	202.799.518	40.914	126.755.467	62,50

Fonte: Adaptado de MS/SAS/DAB/IBGE<sup>50</sup>.

Alguns anos mais tarde, especificamente em março de 2006, com a implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), fato que ocorreu por meio da portaria 648<sup>51 52</sup>

<sup>49</sup> Cumpre lembrar que durante o processo de investigação os números encontrados são acessados diretamente nos bancos de dados alimentados pelas gestões estaduais e municipais de saúde, sendo gerenciados e divulgados pelo MS, assim, podem estar subnotificados ou superestimados.

<sup>50</sup> Fonte: BRASIL/MS. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 12/10/2017.

<sup>51</sup> PORTARIA Nº 648/ GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

<sup>52</sup> Em 2017 houve a revisão e a substituição da PNAB de 2006. Para maiores informações, o documento em PDF pode ser acessado por meio do link: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>.

(BRASIL/MS, 2006), o PSF passou a ser visto como uma estratégia de reorganização da APS. Vale a menção de que a portaria 648 (BRASIL/MS, 2006) foi substituída em outubro de 2011 pela portaria 2.488<sup>53</sup>. (BRASIL/MS, 2011b).

Sobretudo, mesmo na ocorrência de uma expressiva expansão do modelo como acaba de ser descrito, não se deve afirmar que tenha acontecido de fato conforme o proposto em documentos oficiais, uma verdadeira mudança nas práticas de saúde e na reorganização dos processos de trabalho. Destarte, alguns estudos vêm demonstrando que, os profissionais e as equipes têm se concentrado em ações mais basais, direcionadas às mães, gestantes, portadores de doenças crônicas e idosos, além de ações de APS voltadas para o grupo materno-infantil como, por exemplo, pré-natal e planejamento familiar. (TEIXEIRA & SOLLA, 2005).

Diversos estudos têm sido feitos para avaliar a ESF e suas contribuições para a reorientação do SUS e revelam que houve avanços no que diz respeito às atividades voltadas para o “controle de riscos e de danos” e, em menor escala, no “controle das causas” dos problemas de saúde, conforme Paim (2009, p.76 a 78). Constata o autor (*ibid.*) que o modelo obteve êxito na redução de 20% da mortalidade infantil, sucesso no combate aos índices de tuberculose no Recife e controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em Sorocaba, no interior de São Paulo, e que, entre outros aspectos, ampliou a cobertura de vacinação no país.

Por outro lado, conclui-se que, ainda que a implantação da ESF tenha atingido a maioria dos municípios brasileiros e represente a indicação para a garantia de acesso à saúde, “não se fez acompanhar de um impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo, concentrando, na maioria das vezes, os efeitos positivos sobre alguns indicadores de saúde como é o caso da mortalidade infantil”. (TEIXEIRA & SOLLA, 2005, p. 465).

De todo o modo, a reorientação do modelo de atenção à saúde deve estar mantida na agenda política atual, na busca pela garantia de mudança organizacional das ações básicas por meio da permanência e da intensificação do processo de “implantação do PSF, tendo como alvo os grandes municípios do país (com mais de 100 mil habitantes) onde o impacto positivo do programa só se fará sentir caso alcance uma grande cobertura populacional”. (TEIXEIRA & SOLLA, 2005, p. 465).

---

<sup>53</sup> Como um componente do processo e desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), criada em 2006, é lançada no final de 2011 a nova Política Nacional de Atenção Básica. A nova versão trouxe conceitos atualizados, mais flexibilidade e mais atenção às diferenças regionais, além de demarcar a importância do acolhimento e atenção à demanda espontânea no âmbito da Atenção Básica, elementos que pouco a pouco foram sendo incorporados às práticas dos profissionais e gestores. (MELO, 2013, p. 45).

Ocorrem nessas cidades a exclusão de parcela significativa da população brasileira no que diz respeito à cobertura da ESF em decorrência da limitação da expansão do modelo para os grandes municípios brasileiros, detentores de características heterogêneas de saúde-doença e onde as redes de serviços encontram-se desarticuladas e deficitárias no atendimento à população. (PAIM, 2009).

Não obstante, para Mendes (2015), ocorre a necessidade de consolidação da ESF, a partir de evidências produzidas internacionalmente e, no Brasil, como a política da APS no interior do SUS, fundada no seu papel de estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como o centro de comunicação da RAS em superação ao modelo da AB tradicional. Acredita o autor que deve haver um avanço para além do campo semântico a transformação de PSF para ESF e conclui afirmando acreditar que o “PSF não fracassou, mas que o ciclo da atenção básica à saúde, no qual ele nasceu e cresceu, esgotou-se”. (MENDES 2015, p. 40).

Reconhecido nacional e internacionalmente, o modelo orientado pelas equipes de saúde da família desenvolvido no Brasil, tem sido considerado uma experiência exitosa. Em 2011, ao competir no plano nacional com outras 140 políticas públicas, alcançou o 1º lugar no 15º Concurso de Inovações da Gestão Pública Federal, promovido pela Escola Nacional de Administração Pública pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Brasil.

No plano internacional, o PSF foi citado pela renomada revista de publicações médicas *British Medical*, em novembro de 2010, como um exemplo mundial impressionante de sistema de APS integral de expansão rápida e com bom custo/efetividade, é o que ressalta Mendes (2015).

Em recente estudo realizado pelo Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), que indagou sobre a percepção dos indivíduos acerca da oferta de serviços públicos em áreas como a saúde, o trabalho e a educação, entre outros itens, divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), foi possível constatar após a aplicação de 2.773 questionários baseados em 24 perguntas entre os dias 3 e 19 de novembro de 2010 nos domicílios brasileiros que, em relação aos serviços prestados pelo SUS, a ESF obteve a maior proporção positiva entre os entrevistados que foram atendidos por profissionais das suas equipes ou acompanharam familiares, onde 80,7% opinaram ser o atendimento bom ou muito bom.

De acordo com a mesma pesquisa, em todas as regiões, o atendimento pelas Equipes de Saúde da Família e a distribuição gratuita de medicamentos são os serviços mais bem avaliados. (BRASIL, 2011c).

Antes da sua implantação no ano de 1994, a história do PSF é antecedida pela criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Ministério da Saúde (MS) em 1991, que a partir de então, passava a focar as ações programáticas sobre a família e, não mais com ênfase no indivíduo, inserindo, deste momento em diante a lógica de pensamento voltada para a área de cobertura de assistência por famílias, compreendidas dentro dos seus modos de vida com a lógica de territórios. (VIANA & DAL POZ, 2005).

Ainda de acordo com o que enfatizam os mesmos autores (*ibid.*), a implantação do PACS tornou-se uma importante ferramenta de implementação do SUS e de organização dos sistemas locais de saúde, tendo em vista que uma das exigências por parte do MS junto aos gestores municipais era quanto às escolhas dos Agentes Comunitários de Saúde, a participação da comunidade, a formação de Conselhos de Saúde (CS), a autonomia da gestão financeira e a capacidade de serviços instalada nos níveis municipais de assistência em saúde. (VIANA & DAL POZ, 2005).

O pioneirismo do Programa teve como objetivo principal na sua formulação a redução da mortalidade materno-infantil nas regiões Norte e Nordeste. Em seguida, mediante a observação da experiência do estado do Ceará considerada exitosa pelo M.S., se estendeu a sua cobertura para outros municípios brasileiros. (VIANA & DAL POZ, 2005).

O governo do estado do Ceará foi o primeiro no universo latino-americano a ganhar o prêmio Maurice Pate em 1993 por parte do UNICEF para programas de assistência à infância, em função do seu pioneirismo na implantação do programa de medicina preventiva, conhecido como PACS. Antes da inclusão do modelo, os indicadores de saúde do estado estavam entre os piores da América Latina. (TENDLER, 1998).

O surgimento do PACS data do início de 1987 e se consolida na década de 1990. Nasce como parte de outro programa voltado primariamente para a geração de emprego. Alguns anos mais tarde foi o responsável pela ampliação da cobertura vacinal contra o sarampo<sup>54</sup> e a poliomielite<sup>55</sup>, triplicando os valores de 25% para 90% do público infantil atendido pelo programa local de imunização. Ao mesmo tempo, reduziu os índices de

---

<sup>54</sup> Doença infecciosa aguda, de natureza viral, transmissível e extremamente contagiosa. Atualmente há evidências de interrupção da transmissão autóctone do sarampo no Brasil, mas “como o vírus continua circulando em outros países do mundo, há o risco de recirculação deste agente infeccioso no Brasil”. (BRASIL/MS, 2010, p. 357).

<sup>55</sup> Doença viral infecto-contagiosa aguda, que se caracteriza por quadro de paralisia flácida de início súbito. Transmitida de pessoa a pessoa por contato direto, pelas vias fecal-oral (a principal), por objetos, alimentos e água contaminados, por meio de gotículas de secreções de orofaringe ao falar, tossir ou espirrar. A doença encontra-se erradicada no Brasil desde de 1990, a partir do êxito da “política de prevenção, vigilância e controle desenvolvida e controle desenvolvida pelos três níveis do Sistema Único de Saúde”. (BRASIL/MS, 2010, p. 328).

mortalidade infantil no primeiro ano de vida de 102 mil para 65 mil, caindo expressivos 36%. (TENDLER, 1998).

Outro fato para o qual a autora chama a atenção (*ibid.*) é que antes do surgimento do programa e da conseqüente contratação de Enfermeiras (235 profissionais, a princípio) para supervisionar os ACS em sua maioria mulheres (7.300 trabalhadores), apenas 30% dos 178 municípios cearenses contavam com a presença desses profissionais de nível superior em seus quadros funcionais. (TENDLER, 1998).

Adiante, em 1992, depois de completados cinco anos da sua implantação, os ACS atingiam a marca de 850.000 famílias acompanhadas por mês no estado nordestino, o equivalente a expressivos 65% da população.

Merece relevância o fato de que, antes da criação da ESF no ano de 1994, em 1993 cerca de 1.000 municípios brasileiros não contavam com nenhum profissional médico, destacando a sua importância ao possibilitar o acesso de grande parcela da população aos serviços de saúde, até então desprovidas de assistência médica. Para Girade (2010), a criação do PACS em 1991 foi essencial para a estruturação da ESF, que ao incluir o ACS nas equipes, diferenciou-se de qualquer outro programa semelhante no mundo.

Em consequência do êxito alcançado pelo programa no âmbito do estado do Ceará, Mato Grosso e Paraná, em 1991, o MS formula o PACS institucionalizando o que Viana & Dal Poz (2005) consideram como o impulsionador da ESF.

Historicamente, a consolidação da ESF surgiu a partir de uma reunião ocorrida em Brasília na sede do MS em dezembro de 1993 cujo tema central era a ESF, em resposta às reivindicações dos secretários municipais de saúde que pleiteavam apoio financeiro para expandir o PACS, visando, a partir desse momento, a inserção de outros profissionais em sua estrutura, baseada no histórico exitoso do Ceará com a supervisão das Enfermeiras e em Niterói/RJ dos profissionais médicos, inseridos no programa municipal chamado Médico de Família, esclarecem Viana & Dal Poz (2005).

Seguem os autores explicando (*ibid.*) que o primeiro documento do programa data oficialmente de 1994, sugerindo, a princípio, um modelo de atenção focalizada, a fim de atender as regiões mais pobres do país com base no mapa da fome divulgado pelo IPEA. (VIANA & DAL POZ, 2005).

Diante dos argumentos, depreende-se que a ESF nasceu focalizada porque a conjuntura financeira do país à época (1994) oferecia somente essa possibilidade para a sua implantação. Naquele período, o país vivenciava a escassez de recursos financeiros que eram transferidos aos estados e aos municípios da federação por meio de convênios, além de não

haver a preparação dos profissionais que iriam atuar nessa nova modalidade de trabalho. “Na verdade, não havia muita crença de que essa proposta que nascia do berço do PACS pudesse um dia vingar”. (SOUZA, 2010, p. 32).

Porém, diante da inércia do avanço observada institucionalmente no interior do SUS, constatou-se que o programa foi formulado em um momento de vazio programático nas esferas federal, estadual e municipal. A partir desse momento, observou-se a necessidade de avançar na interlocução entre o SUS e a sociedade, bem como, nas suas estratégias de organização assistencial a fim de alcançar resultados verdadeiramente mais efetivos. (VIANA & DAL POZ, 2005).

O programa vem-se se expandindo de forma focalizada, à medida que são selecionadas para a sua implantação, áreas e populações de risco que podem inclusive, corresponder a quase 80% da população de um município. Essas experiências de focalização dentro do universalismo evidenciam que se pode ter práticas focalizadas dentro de uma política universal e que não há necessariamente conflito entre focalização e universalização, isto é, os dois conceitos não precisam ser excludentes. (VIANA & DAL POZ, 2005, p. 238).

Nos idos de 1994, nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, o PACS havia sido implantado em 13 estados, distribuindo 29 mil ACS em 897 municípios, em seguida expandiu-se em direção à região Centro Oeste brasileira, contando com 34.500 profissionais atuando nesses territórios, é o que constatam Teixeira & Solla (2005).

A partir de 1995, o PSF se torna uma prioridade para o MS que passou a vislumbrar a transição do PACS para o PSF no intuito de garantir o desenvolvimento de ações intersetoriais em parceria entre as instituições e a comunidade, visando à dissolução de velhos problemas de saúde. (TEIXEIRA & SOLLA, 2005).

Fato é que em 1996, ocorreu o aumento do número de equipes dispostas pelo território nacional, expansão que pode ser traduzida da seguinte maneira: 228 municípios cobriam cerca de quatro milhões de pessoas contando com uma cobertura de 847 equipes de saúde da família. Um ano mais tarde, pode ser observado um salto marcante para 1.623 equipes ofertando assistência a uma parcela expressiva da população, algo em torno de 5.500 pessoas. (BRASIL/MS, 2002).

Em consequência de tais progressos, houve a necessidade de alteração dos mecanismos responsáveis pelas ações de financiamento do programa que passaram a ser feitas a partir da remuneração per capita repassada aos municípios e, não mais com base na realização de procedimentos como era feito até então. Essa mudança foi possível graças à

publicação ministerial da Norma Operacional Básica do SUS (NOB),<sup>56</sup> (BRASIL/MS 1996 a) que instituiu as transferências de recursos financeiros aos estados e aos municípios fundo a fundo.

A partir de 1998 teve a sua efetivação, favorecendo a expansão da ESF e do PACS. (TEIXEIRA & SOLLA, 2005).

[...] o PSF foi peça importante para as mudanças propostas pela NOB-96. Por essa nova Norma, foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB), que previa remuneração per capita para que os municípios desenvolvessem ações básicas de saúde (parte fixa do PAB), além de recursos adicionais para aqueles que estivessem implementando o PSF (Programa que constitui a parte variável do PAB, entre outros). (VIANA & DAL POZ, 2005, p. 236).

Em resumo, é possível afirmar que a partir de 1996 a ESF assumiu o protagonismo na reorganização do SUS, sugerindo a substituição do modelo médico hegemônico, curativista e intervencionista por práticas de trabalho desenvolvidas por equipes multiprofissionais com ênfase na família e não mais unicamente do indivíduo e na doença como objetos de ação, considerados de baixa capacidade resolutiva, limitado às ações setoriais e marcado pela desvinculação dos profissionais com as comunidades, além de uma relação custo benefício pouco vantajosa. (BRASIL/MS, 1996 b).

A partir dos impactos e dos números alcançados pelo programa, o MS instituiu a ESF como modelo prioritário de APS a ser adotado pela União, pelos estados e pelos municípios, garantindo atendimento às demandas de saúde da população em todo o território nacional, caracterizando-se para tanto, como a principal porta de acesso aos demais níveis de complexidade do SUS.

Será traçada a seguir, a evolução da ESF no Rio de Janeiro nos períodos em que o estado fluminense foi comandado pela Sr.<sup>a</sup> Rosinha Garotinho em comparação com o momento governado pelo Sr. Sérgio Cabral.

### **2.3 A TRAJETÓRIA DA ESF NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Avançando do cenário nacional em direção ao estado do Rio de Janeiro/RJ (RJ), contatou-se de acordo com números divulgados por pesquisa recente que a ESF teve a sua implantação iniciada no governo da Sr.<sup>a</sup> Rosinha Garotinho em 2006, no entanto, sem grande expressividade, embora nesse período a ESF tenha sido definida nacionalmente como modelo prioritário de expansão da APS por meio da portaria nº 648, (BRASIL/MS, 2006). Ocorreu

---

<sup>56</sup> O Art. 1º da NOB SUS/1996, “Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema”. BRASIL (1996a). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>. Acesso em: 06/01/2017.

neste momento no RJ, apenas a manutenção de algumas equipes já implantadas em poucos municípios, quadro mantido até o final do mandato da governadora. (GERSCHMAN, 2016).

Já na gestão comandada pelo governador Sérgio Cabral, reforçada pela expansão nacional e impulsionada pelo governo do presidente Lula, a partir de 2007, a ESF ganha fôlego e avança no Rio de Janeiro.

De acordo com os dados divulgados pela mesma pesquisa, ao final do governo da Sr.<sup>a</sup> Rosinha Garotinho, havia no RJ 1.355 equipes de Saúde da Família, cobrindo 23,12% da população fluminense, percentual considerado muito baixo em comparação com outros estados brasileiros. (GERSCHMAN, 2016).

Em contrapartida, no governo que a sucedeu, comandado pelo Sr. Sérgio Cabral, no intervalo compreendido entre os anos de 2007 e 2012, observou-se a ocorrência de um importante aumento na expansão do programa que atingiu a marca de 2.124 equipes com uma cobertura populacional de 44,57% ao final do período, evidenciando quase o dobro dos números da gestão estadual da governadora Rosinha Garotinho. (GERSCHMAN, 2016).

É importante esclarecer, que em comparação com os estados de Minas Gerais e Bahia que ao final de 2012 apresentavam respectivamente percentuais de coberturas populacionais pela ESF de 71,02 % e 62,82 %, os percentuais demonstrados pelo RJ conforme pode ser inferido pela tabela 02, eram ainda muito baixos ao final do mesmo período. (GERSCHMAN, 2016).

**Tabela 02 - Evolução da cobertura populacional por EqSF no estado do Rio de Janeiro no decênio 2006/2015**

Anos	População estimada	Nº de EqSF implantadas	Estimativa de Pop. Coberta por EqSF	Percentual de Cobertura Populacional estimada EqSF
<b>2006</b>	15.389	1.328	4.437.291	28,83
<b>2007</b>	15.567	1.302	4.377.805	28,12
<b>2008</b>	15.567	1.440	4.377.805	30,90
<b>2009</b>	15.872.362	1.514	5.033.751	31,72
<b>2010</b>	16.010.429	1.665	5.555.572	34,70
<b>2011</b>	15.989.929	1.983	6.642.413	41,54
<b>2012</b>	16.112.637	2.184	7.214.243	44,77
<b>2013</b>	16.231.365	2.163	7.158.969	44,11
<b>2014</b>	16.369.179	2.389	7.893.192	48,22
<b>2015</b>	16.461.173	2.419	7.997.197	48,58

Fonte: Adaptado de MS/SAS/DAB/IBGE <sup>57</sup>.

<sup>57</sup>Fonte: BRASIL/MS. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 12/10/2017.

O incipiente avanço da ESF na gestão da governadora de acordo com o que afirma a sua equipe de gestores relacionou-se entre outros aspectos, ao que eles mencionaram como “pouca atenção e escasso investimento da SES<sup>58</sup> em relação à ESF”. (GERSCHMAN, 2016, p. 85). Finaliza a autora (*ibid.*) afirmando que “no governo Rosinha, houve uma ruptura nas ações de saúde que vinham sendo desenvolvidas com o intuito de integrar os municípios ao estado e desenvolver a regionalização do SUS”. (GERSCHMAN, 2016, p. 71).

Destarte, ocorre como necessária a análise acerca da interrupção da ESF em Campos do Goytacazes/RJ visto que, a sua ocorrência se enseja já no primeiro ano de mandato da ex-governadora e prefeita Rosinha Garotinho, eleita para comandar o executivo no quadriênio 2009/2012 e reeleita para o quadriênio 2013/2015.

E é nesse sentido que caminhará o texto adiante, traçando os antecedentes municipais da ESF, a fim de favorecer o entendimento acerca da sua expansão, do seu encerramento e da sua tímida retomada entre os anos de 2009 e 2015.

## **2.4 A HISTÓRIA DA ESF EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ**

Antes de avançar ao cerne da questão, prevalece a necessidade de contextualizar o território municipal, com destaque para as suas características geográficas, demográficas e socioeconômicas, além da organização da sua RAS.

Há de se destacar, que embora a cidade figure no cenário nacional como uma das maiores produtoras de petróleo, se caracteriza por indicadores socioeconômicos indesejáveis, amargando altos índices de concentração de renda e de pobreza, conforme será mostrado.

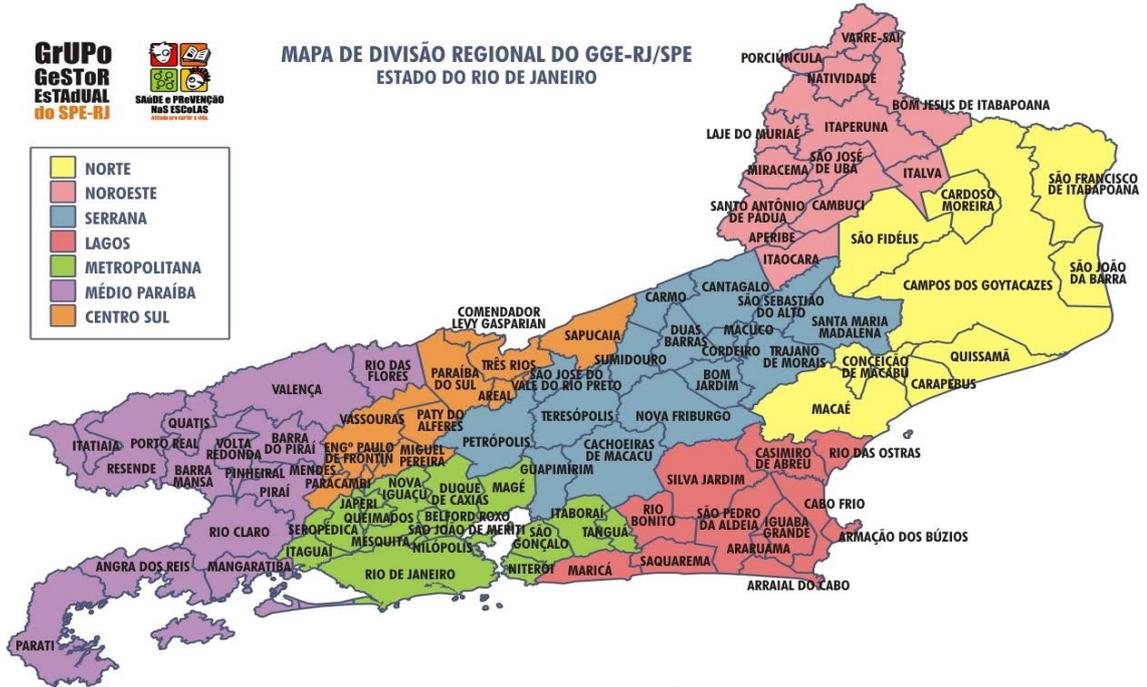
### **2.4.1 Características geográficas e demográficas do território**

Nesta perspectiva, os mapas representados nas figuras 04 e 05 trazem respectivamente a área geográfica do estado do Rio de Janeiro (RJ) e a localização do município na sua porção norte.

---

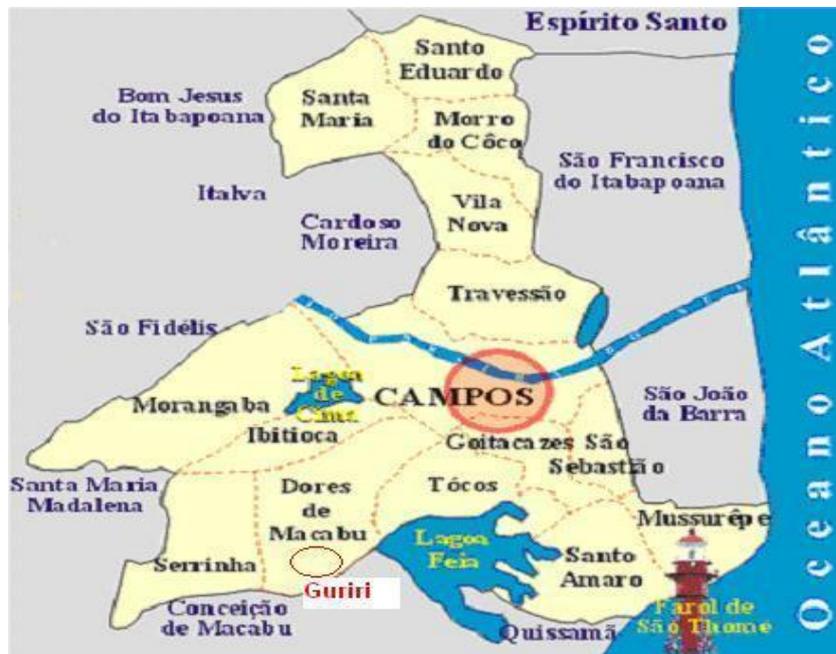
<sup>58</sup> Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES).

Figura 04 - Mapa do estado do Rio de Janeiro



Fonte: Atlas Brasil<sup>59</sup>

Figura 05 - Mapa de Campos dos Goytacazes/RJ



Fonte: Blog do Roberto Moraes<sup>60</sup>.

<sup>59</sup> Mapa do estado do Rio de Janeiro. Fonte: Atlas Brasil. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/campos-dos-goytacazes\\_rj](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/campos-dos-goytacazes_rj)>. Acesso em: 17/01/2017.

<sup>60</sup> Mapa de Campos dos Goytacazes/Campos dos Goytacazes/RJ. Fonte: Blog do Roberto Moraes. Disponível em: <[http://www.robertomoraes.com.br/2005\\_09\\_18\\_archive.html](http://www.robertomoraes.com.br/2005_09_18_archive.html)>. Acesso em 22/01/ 2017.

Campos dos Goytacazes/RJ se encontra situado na região Norte Fluminense a aproximadamente 278 Km da capital<sup>61</sup> e, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>62</sup> é a maior cidade do interior fluminense, com uma população de 463.731 habitantes que atendem pelo gentílico de “campista”. É também o município com a maior extensão territorial do estado, dono de uma área total de 4.026.696 km. (IBGE, 2010).

Conforme descreve o Plano Municipal de Saúde (PMS) publicado em 2013 e com vigência prevista para 2014-2017, a cidade se sobressai como o Centro Econômico da Região Norte do estado do RJ, possuindo cerca de 106 bairros distribuídos em 14 distritos, os quais se denominam: Dores de Macabu, Ibitioca, Morangaba, Morro do Coco, Mussurepe, Santa Maria, Santo Amaro de Campos, Santo Eduardo, São Sebastião de Campos, Serrinha, Tocos, Travessão e Vila Nova de Campos. (PMS, 2013).

A cidade é a maior produtora de petróleo do Brasil, além de concentrar a maior parte da indústria ceramista fluminense, informações que a colocam em situação de destaque na região fronteira do sul capixaba e do Norte e Noroeste fluminense. Das sete usinas de açúcar e álcool do estado, seis estão em Campos. (PMS, 2013, p. 19-20).

A receita por habitante de que dispõe a Prefeitura de Campos dos Goytacazes/RJ, ultrapassa a de São Paulo, ao passo que a Prefeitura de Belém, ainda que possua uma população mais numerosa, detém uma receita equivalente a um terço da receita campista. (SOUZA, 2004).

Informações fornecidas pelo Plano Municipal de Básico (PMSB, 2012), dão conta de que a principal via de acesso à cidade se faz pela BR-101, além da BR-356 que a conecta ao estado de Minas Gerais (MG) e a vizinha São João da Barra/RJ. Outro acesso rodoviário importante é a RJ-216, na direção do litoral, que presta serviços fundamentais para as bases de apoio à exploração de petróleo na plataforma continental. As ferrovias Rio-Vitória e Campos-Recreio, Minas Gerais, cruzam o território municipal.

Quanto à distribuição populacional pelos territórios urbano e rural, a tabela e o gráfico seguintes, elaborados pelo Centro de Informações e Dados de Campos (CIDAC) dão uma dimensão mais clara desse perfil, em que se observa uma concentração populacional dominante no território urbano.

---

<sup>61</sup> Distância entre Campos dos Goytacazes/RJ e a capital Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps>>. Acesso em: 13/05/2017.

<sup>62</sup> População de Campos de Goytacazes/RJ. Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Cidades. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=330100&.search=rio-de-janeiro|campodos-goytacazes|infograficos:-historico>>. Acesso em 28/08/2016.

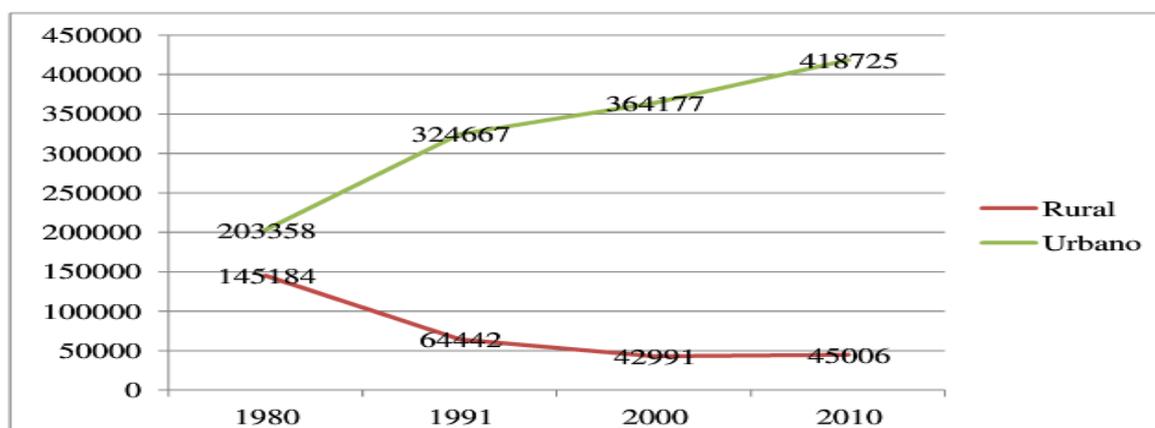
**Tabela 03 - Distribuição da população, por situação do domicílio em Campos dos Goytacazes/RJ, 1980 a 2010.**

Ano	Urbana	Rural	Porcentagem	Total
1980	203.358	145.184	71,39	348.542
1991	324.667	64.442	19,85	389.109
2000	364.177	42.991	11,80	407.168
2010	418.725	45.006	10,75	463.731

Fonte: Anuário estatístico - CIDAC, com base no censo IBGE, 2010.

O gráfico 01 ilustra bem as diferenças no perfil migratório da população, demonstrando uma forte ocorrência de saída da área rural para a área urbana, caracterizando um “esvaziamento populacional” do território rural municipal, ao passo em que houve um considerável aumento na concentração da população urbana.

**Gráfico 01 - Distribuição da população, por situação de domicílio em Campos dos Goytacazes/RJ, entre 1980 e 2010.**



Fonte: Anuário estatístico - CIDAC, com base no censo IBGE, 2010.

#### 2.4.2 Características socioeconômicas do município

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2010 o índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM)<sup>63</sup> detinha um valor de 0,716 situando Campos dos Goytacazes/RJ no 2º quintil, considerado como um valor alto. O PIB

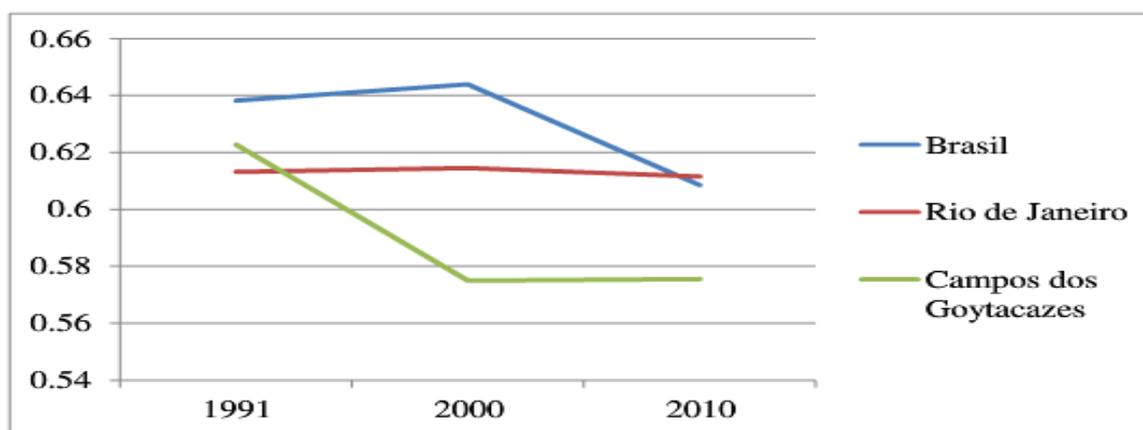
<sup>63</sup> “O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano”. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idhm.html>>. Acesso em: 13/06/2017.

per capita aferido em 2013 pelo IBGE era de R\$122.063,03 enquadrando a municipalidade no primeiro quintil, considerado um valor também elevado.

Em dissonância com o que descreve o parágrafo anterior, em uma análise isolada, haveria uma insustentável percepção de que a cidade teria padrões de qualidade de vida elevados. Sobretudo, se comparadas às questões associadas à concentração de renda e a desigualdade aferidas por meio do índice de Gini<sup>64</sup>, com efeito, encontra-se um município caracterizado por desigualdade e concentração de renda marcantes, ainda que tenha sofrido uma queda abrupta entre 1991 e 2000, manteve-se elevado e constante até 2010.

Em comparação com o estado do RJ que evidencia valores também indesejados em relação ao índice e uma linearidade no período, Campos dos Goytacazes/RJ expôs uma evolução positiva, seguindo uma tendência quanto à média nacional, embora com alterações semelhantes em períodos opostos e com padrões elevados e, portanto, reprováveis, o que pode ser constatado ao se observar o gráfico 02, no qual se observou ao final de 2010 um valor próximo de 0,58, sinalizando para padrões de concentração de renda e consequentemente de desigualdade social.

**Gráfico 02 - Índice de Gini no Brasil, no estado do Rio de Janeiro e em Campos dos Goytacazes/RJ entre 1991 e 2010.**



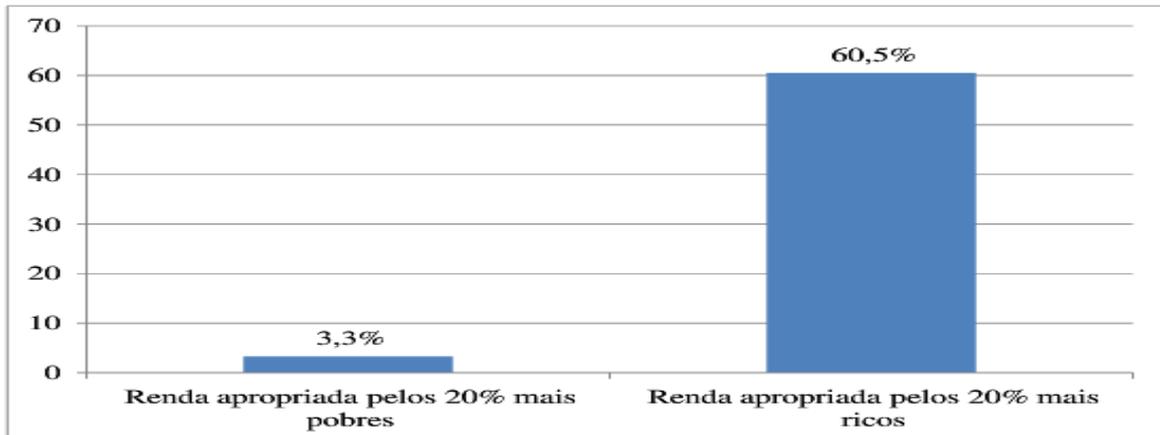
Fonte: Anuário estatístico - Elaboração CIDAC, com base no censo IBGE, 2010.

Na sequência, os gráficos 03 e 04 corroboram as informações mencionadas anteriormente, ao expressarem as altas concentrações de renda e consequentemente números

<sup>64</sup> “O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Na prática, o Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos”. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&id=2048:catid=28&Itemid=23](http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28&Itemid=23)>. Acesso em: 13/06/2017.

elevados de pessoas em situação de pobreza<sup>65</sup> e indigência. A leitura do gráfico 03 permite a constatação que a renda apropriada pelos 20% mais ricos era de 60,5% em oposição aos 20% dos campistas mais pobres que detinham ao final de 2010 apenas de 3,3% da renda.

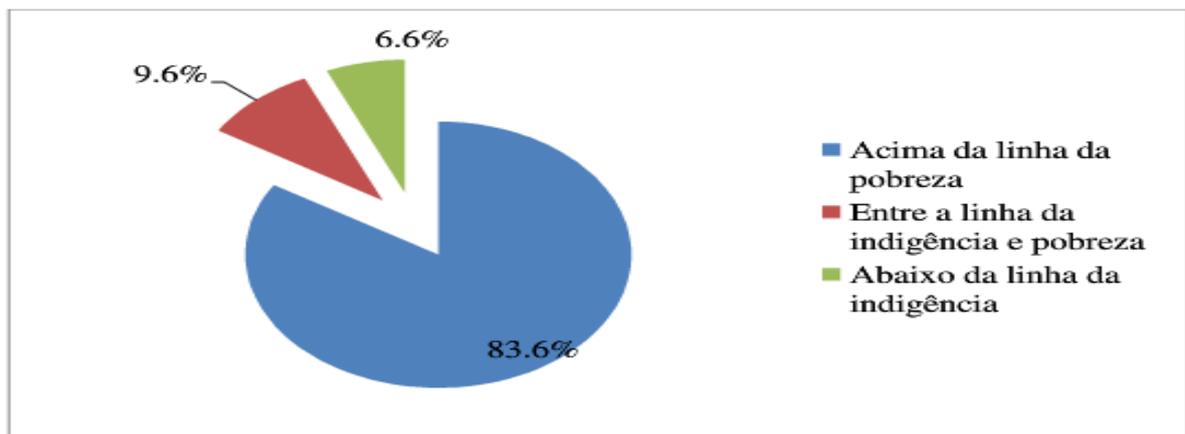
**Gráfico 03 - Percentual de renda apropriada pelos 20% mais pobres e 20% mais ricos da população de Campos dos Goytacazes/RJ em 2000.**



Fonte: Anuário estatístico - CIDAC com base em dados do IBGE, censo 2010.

A seguir, o gráfico 04 mostra que em 2010 83,6% dos munícipes campistas se encontravam acima da linha da pobreza, 6,6 % da população sobrevivia abaixo da linha de indigência e outros 9,6% estavam entre a linha da indigência e da pobreza.

**Gráfico 04 - Percentual de pessoas em situação de pobreza e indigência em Campos dos Goytacazes/RJ no ano de 2010.**



Fonte: Anuário estatístico - CIDAC com base em dados do IBGE, censo 2010.

<sup>65</sup> Não existe uma classificação única e universal capaz de definir a pobreza. No entanto, o termo se relaciona com situações em que os indivíduos, em decorrência de situações de carência, não conseguem manter o que se classifica como “padrão mínimo de vida”, padrão este, estabelecido nos distintos contextos históricos onde vivem. (BARROS ET. AL., 2000).

### 2.4.3 Características da rede de saúde de Campos dos Goytacazes/RJ

Concentrada em sua maioria na região central da cidade, a rede de serviços de saúde conta com uma expressiva oferta de leitos hospitalares exclusivamente mantidos pelo SUS<sup>66</sup> (801 leitos), o que coloca o município em condições de absorver 96,9%<sup>67</sup> das demandas de saúde da sua população. Considerando que apenas 24,0% detém acesso à saúde suplementar, conclui-se que há uma dependência expressiva dos cidadãos do sistema público de saúde (CIDAC, 2010). A capacidade instalada da rede e seu fluxo assistencial ficam mais evidentes ao analisar a tabela seguinte, elaborada a partir de informações disponibilizadas pela Secretaria Estadual de Saúde do RJ.

Quanto aos hospitais gerais disponíveis no território municipal, são atualmente em número de treze, e seguem listados no quadro seguinte descritos segundo a respectiva fonte mantenedora.

**Quadro 01 - Hospitais gerais de Campos dos Goytacazes/RJ.**

<b>INSTITUIÇÕES</b>	<b>MANTENEDORES</b>
<b>Clínica Cirúrgica e Maternidade Lilia Neves</b>	<b>Sociedade empresarial mista</b>
<b>Hospital dos Plantadores de Cana</b>	<b>Associação Privada</b>
<b>Hospital Dr. Beda</b>	<b>Sociedade Empresarial limitada</b>
<b>Hospital Escola Alvaro Alvim</b>	<b>Fundação Privada</b>
<b>Hospital Ferreira Machado (HFM)</b>	<b>Fundação Municipal de Saúde</b>
<b>Hospital Geral de Guarus (HGG)</b>	<b>Fundação Municipal de Saúde</b>
<b>Hospital Unimed</b>	<b>Cooperativa</b>
<b>Oncobeda II</b>	<b>Sociedade Empresarial Limitada</b>
<b>Prontocardio</b>	<b>Sociedade Empresarial Limitada</b>
<b>Santa Casa De Misericórdia de Campos</b>	<b>Associação Privada</b>
<b>Hospital São José</b>	<b>Fundação Municipal de Saúde</b>
<b>Hospital de Santo Eduardo</b>	<b>Fundação Municipal de Saúde</b>
<b>Hospital de Travessão</b>	<b>Fundação Municipal de Saúde</b>

Fonte: CNES/BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE<sup>68</sup> (organização própria).

Descrita oficialmente no PMS (2013), além dos dois Hospitais Gerais públicos (HGG e HFM), a RAS pública municipal inclui ainda:

- 05 Unidades Pré-Hospitalares (São José, Travessão, Ururáí, Farol de São Thomé e o de Santo Eduardo);
- 03 Postos de Urgência 24 horas (Saldanha Marinho, Guarus e psiquiátrico);

<sup>66</sup> CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – 2015.

<sup>67</sup> SIH/SUS Sistema de Informações Hospitalares do SUS – 2015.

<sup>68</sup>Fonte: Brasil Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=33&VMun=330100&VSubUni=&VComp=>](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=33&VMun=330100&VSubUni=&VComp=>)>. Acesso em 07/01/2017.

- 67 Unidades Básicas de Saúde de 08 horas;
- 04 Unidades Básicas de Saúde de 24 horas (Morro do Coco, Sapucaia, Tocos, Baixa Grande);
- 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- 01 Centro de Referência de Tuberculose e Hanseníase e quatro hospitais contratualizados: Hospital dos Plantadores de Cana, Beneficência Portuguesa, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Escola Álvaro Alvim.

Além disso, dispõe de um Serviço Atendimento Especializado DST/AIDS, um Centro de Demências, Alzheimer e Parkinson, um Centro de Referência de Tratamento da Mulher, 02 Centros de Referência de Tratamento da Criança e do Adolescente, 01 Centro de Controle de Zoonoses, 01 Vigilância Sanitária, 16 Programas Especiais, uma Central de Regulação, 01 Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde Municipal (CIEVS) com a sala de situação da Dengue que monitora os focos em tempo real e o prontuário eletrônico da Dengue, cujos casos suspeitos ou comprovados da doença são registrados, além do Centro de Referência da Dengue e seis Núcleos Internos de Regulação (NIRs). (PMS, 2013, p. 25/26).

No que se refere à implantação da ESF, de acordo com Silva (2003), as primeiras equipes de Saúde da Família foram implantadas no ano de 1999, mais precisamente, no bairro de Custodópolis/Guarus. Contando com 33 equipes à época, Campos dos Goytacazes/RJ chegou a responsabilizar-se pelo atendimento de saúde de 52.304 famílias, perfazendo o cadastramento e o acompanhamento de 196.000 indivíduos.

A política de saúde continuou a se expandir e, em 2006, contava com 52 equipes de Saúde da Família e 59 pontos de PACS. Ao final de oito anos de implantação da ESF, o município atingiu a marca de 300 mil atendimentos realizados pelo programa. (LYRA, 2011).

Com base em informações disponíveis em sites do MS, a tabela abaixo descreve a população estimada municipal entre 2006 e 2015 em comparação com a evolução da sua cobertura pelos serviços da ESF.

**Tabela 04 - Evolução da ESF em Campos dos Goytacazes/RJ no decênio 2006/2015.**

Anos	População estimada	Nº de EqSF credenciadas pelo MS	Número de EqSF implantadas	Estimativa pop. coberta EqSF	Percentual cobertura populacional estimada por EqSF
2006	427.565	56	52	179.400	41,96
2007	431.020	56	09	31.050	7,20
2008	427.565	56	52	179.400	41,96
2009	431.839	56	00	00	00
2010	434.008	56	00	00	00
2011	463.731	56	00	00	00
2012	468.086	56	00	00	00
2013	472.300	56	00	00	00
2014	477.208	56	11	37.950	7,95
2015	480.648	56	16	55.200	11,48

Fonte: Adaptado de MS/SAS/DAB e IBGE<sup>69</sup>.

## 2.5 A INTERRUÇÃO DA ESF NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ

A partir de março de 2008 devido a demandas jurídicas, a ESF sofre os seus primeiros abalos, mantendo-se definitivamente extinta até o início de 2014, permitindo, infelizmente, que em torno de 431.839 habitantes ficassem desprovidos de atendimento de saúde pelas suas equipes.

Na prática, a consequência desta interrupção causou um aumento alarmante de atendimentos da rede hospitalar municipal nos anos seguintes, o que pode ser comprovado por meio dos seguintes números: o ambulatório do Hospital Plantadores de Cana registrou o aumento de 35,32 % nos seus atendimentos geriátricos; houve também uma elevação de 50 % nos atendimentos ginecológicos e de significativos 53,55 % na especialidade de fisioterapia neurológica nos seguintes hospitais: Pró Clínicas, Hospital Geral de Guarus (HGG) e Plantadores de Cana (HPC), conforme infere Lyra (2011).

A situação se agravou ainda mais com o passar do tempo e o não restabelecimento da ESF no município. De acordo com o secretário de saúde municipal em 2008, os atendimentos de urgência e emergência<sup>70</sup> aumentaram em torno de 30 %, e a fim de ilustrar melhor o grave quadro, destaca-se que somente na especialidade de traumato-ortopedia houve um aumento

<sup>69</sup> Fonte: BRASIL/MS. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 12/10/2017.

<sup>70</sup> A diferença entre emergência e urgência é que uma emergência é uma ameaça imediata para o bem-estar, enquanto a urgência é uma ameaça em um futuro próximo, que pode vir a se tornar uma emergência se não for solucionada. Na emergência, o aparecimento é súbito e imprevisto, exigindo solução imediata, e na urgência não, porém a solução deve ser em curto prazo. Fonte: <<https://www.diferenca.com/urgencia-e-emergencia/>>. Acesso em 07/02/2018.

percentual de 41,78 % no HPC, totalizando 887 atendimentos a mais em relação ao período comparado após a extinção do trabalho das equipes de saúde da família. (LYRA, 2011).

A interrupção do programa em março de 2008 decorreu de ação de improbidade motivada por ilegalidades no âmbito do executivo, com base na violação dos princípios da administração pública, tais como honestidade e imparcialidade conforme consta no processo nº 2008.510.300.1600-6 do Ministério Público Federal (MPF) em Campos dos Goytacazes/RJ, que a partir de então, tornou obrigatória a realização de concurso público para a contratação de profissionais para atuarem na ESF, em função de denúncias que vinham ocorrendo de irregularidades na contratação de pessoal. (LYRA, 2011).

Deste modo, em junho de 2008, a prefeitura de Campos publica a portaria nº 8.005<sup>71</sup> criando as vagas para os cargos públicos da Secretaria municipal de Saúde para a execução de atividades na ESF, no PACS, na Saúde Bucal e na área de combate e controle de endemias.

No mesmo ano, por intermédio da Comissão de Concurso instituída pelo Decreto nº 175/2008 de 27/08/2008, a prefeitura comandada à época pelo Sr. Alexandre Mocaiber, cumprindo a determinação do MP torna público o Edital de abertura do 1º Concurso Público de 2008, destinado ao provimento de 793 vagas destinadas ao preenchimento de 55 equipes da ESF, em cargos efetivos do quadro de pessoal da Prefeitura/Secretaria Municipal de Saúde em acordo com que estabelece a Constituição Federal, artigo 37, incisos I a IV, a Constituição do Estado do Rio de Janeiro, artigo 77, incisos I a VII e a Lei Orgânica do Município, artigo 116.

O Edital do Concurso Público da Secretaria Municipal de Saúde (Nº 01/2008 - SEMUS)<sup>72</sup> foi elaborado em conformidade com os ditames da Legislação Federal e Municipal vigente e pertinente à Lei Municipal nº 8.005/08 (em anexo), que autorizou a implantação do Programa de Saúde da Família - PSF e Lei Federal 11.350/2006 de 05/10/2006 e Portaria 648/GM – MS de 28/03/2006.

O concurso totalizou 35.036 inscritos<sup>73</sup> e a aplicação das suas provas ocorreu na data de 28 de dezembro de 2008, no entanto, a homologação do certame ocorreu somente em 2010 pelo prefeito em exercício Nelson Nahim, durante o período de sete meses em que a prefeita eleita Sr.<sup>a</sup> Rosinha Garotinho esteve afastada do executivo municipal, quando da cassação do

---

<sup>71</sup> Fonte: Blog dos aprovados no concurso do PSF de Campos/RJ. Disponível em: <<http://aprovadosconcursospsfcampos.blogspot.com.br/>>. Acesso em 07/01/2017.

<sup>72</sup> Fonte: O Edital pode ser conferido em PCI Concursos. Disponível em: <<https://www.pciconcursos.com.br/concurso/prefeitura-de-campos-dos-goytacases-rj-740-vagas>>. Acesso em: 16/10/2017.

<sup>73</sup> Fonte: Blog do Maxsuel Monteiro, disponível em: <<http://maxsuelmonteiro.blogspot.com.br/2008/12/psf-homologao-dvida.html>>. Acesso em 07/01/2016.

seu mandato pelo Tribunal Regional Eleitoral do Rio de Janeiro (TRE-RJ) por uso indevido dos meios de comunicação na sua candidatura no pleito de 2008<sup>74</sup>.

A prefeita alegava, desde a sua posse em janeiro de 2009, irregularidades no concurso (questões eleitorais da gestão passada) e falta de recursos financeiros por parte da prefeitura, como fatores que impossibilitavam a convocação dos aprovados para a retomada da ESF em Campos dos Goytacazes/RJ. O frágil argumento foi desfeito pelo prefeito Nelson Nahim que, ao recomendar à procuradoria Geral do município uma saída jurídica para a reativação do programa, priorizou e firmou a homologação do concurso por meio da Portaria Municipal Nº 830/2010 publicada em Diário Oficial de 10/11/2010, após a constatação de que não existiram irregularidades na realização do certame e após a reafirmação de que a ESF além de utilizar-se de recursos próprios municipais existentes, receberia incentivos repassados pelo Governo Federal, conforme já descrito anteriormente.

De acordo com o ex. governador do estado do RJ, Sr. Anthony Garotinho, a sua esposa e prefeita eleita nas eleições municipais de 2008, não homologaria o concurso como afirmou em matéria divulgada em Blog da imprensa local<sup>75</sup>, dando indícios de que não haveria interesse em retomar as atividades da ESF por parte da equipe que ocuparia a prefeitura a no mês seguinte: "Não tem cabimento a realização de um concurso no dia 28, faltando três dias para acabar o governo. Isto é uma vergonha e Rosinha não vai homologar o resultado".

Em discordância às questões eleitorais mencionadas pelo casal Garotinho, o ex. vereador e ex. presidente interino da câmara municipal durante o período de afastamento da prefeita municipal na legislatura 2009/2012, o Sr. Rogério Matoso, trouxe à tona a seguinte reflexão acerca da necessidade imposta pelo MP para a realização do concurso de 2008 e que tinha como intuito acabar definitivamente com possíveis questões eleitoreiras na cidade, por meio da prática de contratações indevidas de trabalhadores:

*[...]tinha alguma questão eleitoral envolvida com aquilo a... aí assim foi feito... o prefeito fez o concurso é...várias pessoas estudaram muito...tinha o edital do concurso esse concurso foi feito de maneira é...é...correta... as pessoas passaram lá...e com essa justificativa... o governo que entrou...ele não quis é...é...dar continuidade a esse programa. (...) Se um gestor acaba com um programa que é a atenção básica, que diminui é... o gasto que ele vai ter com a saúde...que ele consegue ter esse diagnóstico todo e...ele*

<sup>74</sup> Fonte: UOL, disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2010/07/05/presidente-da-camara-municipal-assume-prefeitura-de-campos-no-lugar-de-rosinha-garotinho.htm>> Acesso em 07/01/2016.

<sup>75</sup> Fonte: Blog do Maxsuel Monteiro. Disponível em: < <http://maxsuelmonteiro.blogspot.com.br/2008/12/psf-homologao-dvida.html>> Acesso em: 15/08/2016.

*acaba com uma justificativa dessa, é...sem fundamento... isso acaba é...entrando nessa seara eleitoral. (Sr. Rogério Matoso)<sup>76</sup>.*

A respeito das questões financeiras alegadas pela Sr.<sup>a</sup> Rosinha Garotinho e que segundo a qual impediam também a retomada da ESF no município, o ex. vereador segue discordando e acredita que houve na verdade um desinteresse por parte do executivo ao afirmar que a prefeita optou por construir o sambódromo batizado de Centro de Eventos Populares Osório Peixoto (CEPOP)<sup>77</sup>, cujos valores gastos na sua construção atingiram dígitos astronômicos na casa dos 80 milhões de reais.

*[...] talvez é...é...preferiu o PSF porque preferiu fazer o CEPOP que tá lá também parado e... e...a gente não entende... então...(...) faltou recurso mas gastou 100 milhões no CEPOP, gastou 30 milhões na Beira Valão aí...é...uma questão de...ela preferiu fazer, né? Os investimentos em outras áreas e não quis a Atenção Básica do lado dela... porque nem vejo é...incorreção nenhuma nesse concurso. (Sr. Rogério Matoso).*

Após a conclusão da homologação durante o afastamento da prefeita, o prefeito em exercício, Nelson Nahim, falou à imprensa: “Estivemos trabalhando em busca de uma saída jurídica para retomar o PSF e os entendimentos, neste sentido, estão avançando dentro do novo cenário da Estratégia de Saúde da Família, que vem sendo, inclusive, implementado pelo governo federal – disse o prefeito<sup>78</sup>”.

A partir de novembro de 2010, havia a sinalização para a convocação inicial de 20 equipes pelo prefeito em exercício, Sr. Nelson Nahim, o que em teoria, começaria a dar novamente consistência a ESF. No entanto, a Sr.<sup>a</sup> Rosinha Garotinho reassumiu a prefeitura no mês seguinte e interrompeu o cenário favorável ao retorno da ESF que se desenhava naquele momento. As primeiras e tímidas convocações ocorreram somente a partir de 25 de março de 2011, por intermédio da Portaria Municipal Nº 303/2011, em que do total das 793 vagas divulgadas no edital de 2008 para a plena atuação das equipes do programa, inacreditavelmente somente 28 profissionais aprovados foram chamados<sup>79</sup>.

<sup>76</sup> As citações diretas que se referem às falas dos entrevistados, diversamente das demais, estarão destacadas em itálico.

<sup>77</sup> Fonte: Blog Campos em Debate. Disponível em: < <http://clebertinoco.blogspot.com.br/2012/04/cepop-e-seu-4-termo-aditivo-de-r-103.html>. Acesso em: 20/09/2017.

<sup>78</sup> Fonte: Site da Prefeitura de Campos dos Goytacazes/RJ, disponível em: < [http://www.campos.rj.gov.br/exibirnoticia.php?id\\_noticia=4489](http://www.campos.rj.gov.br/exibirnoticia.php?id_noticia=4489)>. Acesso em: 07/01/2017.

<sup>79</sup> Fonte: Jornal Folha da Manhã, disponível em: < <http://www.fmanha.com.br/blogs/nacurvadorio/2011/03/26/aprovados-do-psf-tomam-posse-nos-proximos-dias/>>. Acesso em: 23/11/2011. “Ao todo, foram convocados 3 médicos, 3 enfermeiros, 3 cirurgiões dentistas, 3 técnicos de enfermagem, 1 técnico de higiene dental, 3 auxiliares de consultório dentário, 12 agentes comunitários de saúde. O grupo vai atuar em 3 polos: Parque Aldeia, Colégio Agrícola e Pau Funcho, em Pernambuco”.

As demais convocações referentes ao concurso de 2008 seguiram durante os anos seguintes, em sua maioria por via judicial, por meio da qual os candidatos aprovados garantiram o direito constitucionalmente estabelecido. Sobre a questão, em matéria veiculada pela administração, pode ser observado que havia 56 equipes disponibilizadas pelo MS, no entanto, o poder público municipal demonstrou pouco interesse ao retorno das atividades da ESF, sugerindo a sua reinserção com apenas duas equipes, conforme a nota da imprensa à época:

Por determinação da Prefeita Rosinha Garotinho, o secretário de Saúde, Paulo Hirano, começa a convocar os concursados do Programa Saúde da Família (PSF), que está sendo chamado de Estratégia da Saúde da Família. Inicialmente, serão convocados os aprovados para os polos da Aldeia e de Pau Funcho, em Pernambuco. A Prefeita Rosinha Garotinho nos determinou que adotássemos os procedimentos legais para a contratação dos concursados, que estão sendo convocados segundo as demandas iniciais detectadas e que serão atendidas por estes dois polos - informou Hirano. De acordo com Paulo Hirano, nesta semana, as secretarias de Saúde e de Administração e Recursos Humanos devem concluir o detalhamento da estrutura funcional de atendimento para dar início à chamada dos candidatos aprovados para os dois pólos. (Dr. Paulo Hirano, ex-secretário de saúde e ex-vereador do município - site oficial da prefeitura)<sup>80</sup>.

A respeito da dificuldade dos candidatos assumirem as suas vagas nos quadros efetivos da ESF de Campos dos Goytacazes/RJ, o Sr. Rogério Matoso acredita que por motivos políticos a prefeita resistia ao retorno da ESF, e sobre o assunto ele disse:

*O Nelson homologou... isso em 2010...acredito que era esse o ano e...e mesmo assim...depois que ele saiu... as dificuldades prá convocação é...dos concursados era muito grande...muitos entraram com medidas judiciais... mas já tava homologado... já tava carimbado... ela já não podia voltar atrás e aí ela teve que engolir é... engolir a questão da... da...do PSF...a verdade toda é essa.*

Diante da leitura dos fatos, conclui-se que em detrimento à implantação da ESF, a municipalidade com base em argumentos facilmente contestáveis, privilegiou a busca de alternativas paralelas ao modelo de atenção à saúde sugerido pela ESF, privilegiando políticas compensatórias conforme descritas no Plano Municipal de Saúde (PMS),<sup>81</sup> com vigência no período 2014-2017.

A fim de sanar a situação que se agravou no período, a Secretaria de Saúde de Campos dos Goytacazes com o intuito de suprimir, mesmo que parcialmente, a ausência da Estratégia Saúde da Família, resolveu, desde fevereiro de 2010, criar um novo modelo de assistência ambulatorial com Unidades Básicas de Saúde funcionando no período de 12 horas, dentro das

<sup>80</sup>Fonte: Site da Prefeitura de Campos dos Goytacazes/RJ. Disponível em: <[http://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id\\_noticia=5164](http://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id_noticia=5164)>. Acesso em: 27/10/2016.

<sup>81</sup>Fonte: Site da prefeitura municipal de Campos dos Goytacazes/RJ. Disponível em: <<http://www.campos.rj.gov.br/plano-diretor.php>>. Acesso em: 19/09/2017.

características das equipes da Estratégia Saúde da Família, trabalhando com população adscrita, equipe multiprofissional e atendimento domiciliar nas áreas mais sacrificadas, visando o aumento da capacidade instalada de seus serviços e, assim, melhorar o acesso do usuário, com a finalidade de evitar o deslocamento para hospitais. Outras propostas assim como, coleta de exames laboratoriais, imunização e marcação de consultas especializadas e exames online, também, foram implantadas na rede ambulatorial (72 UBS) visando melhorar o acesso. (PMS, 2013).

A implantação de outros modelos de assistência e o conseqüente enfraquecimento da ESF no nível local conduziu Campos dos Goytacazes/RJ a uma via oposta ao preconizado pelo MS, pois ainda que tenha desenvolvido políticas compensatórias, o modelo de atenção à saúde prioritário para a reorganização da rede de serviços de saúde é o fortalecimento da APS e, sobretudo da ESF.

[...] a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidas neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. (PNAB, 2011, p. 22)

Em resumo, aos municípios e ao Distrito Federal (DF), de acordo com a PNAB compete “Inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica”. (PNAB, 2011, p.32).

Outro impasse apontado pela gestão municipal da Sr.<sup>a</sup> Rosinha como impedimento para a reimplantação da ESF foi a ausência de médicos nas equipes, a partir da alegação de que os salários divulgados no edital do concurso de 2008 eram baixos e insuficientes para atender aos anseios de mercado da categoria. Visando sanar a questão, de acordo com o PMS (2013), a prefeita, juntamente com o Secretário de Saúde, com a Superintendência de Recursos Humanos, com a Secretaria Municipal de Administração e com a Procuradoria Geral do Município, estudavam uma maneira de solucionar a situação. No que concerne à questão do profissional médico, o ex. vice-prefeito que acumulou também o cargo de secretário de saúde no governo da Sr.<sup>a</sup> Rosinha Garotinho, o médico “Doutor Chicão” explicou que:

Os médicos aprovados no concurso público também foram convocados, mas eles não tomaram posse por não concordarem com as regras do edital, impedindo a plena ativação da Estratégia. Conseguimos, junto ao Ministério da Saúde, a flexibilização da carga horária desses profissionais, mesmo assim, eles não tomaram posse. Aderimos ao Programa Mais Médicos e viabilizamos a retomada da Estratégia. (Site Oficial da Prefeitura de Campos dos Goytacazes/RJ)<sup>82</sup>.

<sup>82</sup>Fonte: Site oficial da Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes/RJ. Disponível em: <[http://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id\\_noticia=25727](http://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id_noticia=25727)>. Acesso em 22/09/2016.

Todavia, contrariamente à versão dada pelo executivo, constata-se conforme a Portaria Municipal nº 1362/2011 que, das 56 vagas disponibilizadas para médicos no edital do concurso da ESF de 2008, apenas oito profissionais (do 1º ao 8º candidatos)<sup>83</sup> foram convocados a assumirem as suas respectivas vagas. Portanto, embora a gestão afirmasse que os médicos não atendiam às convocações em função de incompatibilidade salarial, não houve por parte da administração municipal o chamamento oficial de todos os candidatos aprovados dentro do número de vagas do concurso até que se verificasse finalmente as desistências dos profissionais por ora mencionados.

Fato é que somente com a chegada de 11 médicos cubanos com a adesão municipal em 2014 ao Programa Mais Médicos (PMM) do Governo Federal<sup>84</sup>, foi possível a implantação das 16 equipes em atividade no município ao final de 2015<sup>85</sup>, muitas das quais ainda careciam dos demais profissionais da equipe básica preconizados pelo MS.

Segundo o Sr. Renato Glória, Diretor Adjunto do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes/RJ no período compreendido entre março de 2013 e dezembro de 2016, a retomada da ESF em Campos se deveu ao PMM:

*As primeiras onze equipes de saúde da Família em Campos...foram com onze médicos cubanos [...] com certeza... a Saúde da Família... ou o retorno da Saúde da Família em Campos, né? Só foi possível com o Mais Médicos (Sr. Renato Glória).*

Diante dos fatos narrados, nota-se que a implantação da ESF em Campos dos Goytacazes/RJ na gestão da prefeita Rosinha Garotinho durante os anos de 2009 a 2015 sofreu incontestável descontinuidade, trazendo aos dias atuais consequências negativas às políticas de saúde ofertadas ao munícipe campista e que indiscutivelmente demandará muito trabalho a fim de revertê-los. As ações e serviços de saúde locais sofreram inegáveis prejuízos, visto que a Atenção Primária deve ser o modelo responsável por organizar e

<sup>83</sup>Fonte: Blog dos aprovados do concurso do PSF. Disponível em: <<http://aprovadosconcursospsfcampos.blogspot.com.br/>>. Acesso em 14/10/2016.

<sup>84</sup> “Essa iniciativa visa a garantir a assistência médica imediata em regiões carentes até que esforços para ampliar a formação médica nacional consigam cobrir todas as necessidades de atenção à saúde. Os 1.557 municípios com 20% ou mais da população vivendo em situação de vulnerabilidade social foram considerados prioritários para receber o benefício do componente de provimento emergencial do PMM”. (MOLINA ET AL., 2014).

<sup>85</sup>Fonte: BRASIL/MS, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 07/01/2016. Campos dos Goytacazes/RJ, apresentou entre os anos de 2009 e 2015, um desenvolvimento modesto na implantação da ESF e embora tivesse credenciadas 56 equipes de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, avançou timidamente de zero para dezesseis equipes. Destaca-se que esse número cobre apenas 55.200 pessoas dos seus 472.300 habitantes.

racionalizar a utilização de recursos básicos e especializados “direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde”. (STARFIELD, 2002, p. 28).

Indispensável mencionar que, com o propósito de preservar o direito do contraditório, o ex-secretário que esteve à frente da pasta da saúde durante o primeiro mandato da Sr.<sup>a</sup> Rosinha Garotinho no executivo de Campos/RJ, o médico Paulo Hirano, foi procurado por diversas vezes para conceder entrevista. Finalmente, após inúmeros contatos telefônicos, acenou com a possibilidade de responder ao questionário da entrevista por e-mail que lhe foi prontamente enviado na data de 13/09/2017, no entanto, infelizmente até a presente data não houve resposta.

Ocorreu no presente capítulo a apresentação do território da pesquisa, além da narrativa sobre os possíveis fatores que permearam as decisões em torno do encerramento e da incipiente retomada da ESF na cidade em tela, no período compreendido entre 2009 e 2015, momento em que a prefeitura esteve sob o comando da Sr.<sup>a</sup> Rosinha Garotinho.

No capítulo seguinte, será esquadrihado o modelo metodológico que guiou essa pesquisa e por meio do qual foi possível balizá-la.

### CAPÍTULO 3. PERCURSO METODOLÓGICO

Antes de traçar o percurso metodológico, precede uma necessária introdução ao conceito de pesquisa, por acreditar que diante das suas diversidades não seja possível criar um conceito único, capaz de abarcar toda a amplitude de conhecimento humano nos diversos campos de estudo, de maneira única e universal.

A contar do século XIX, houve o surgimento de uma base reflexiva epistemológica segundo a qual deveria haver uma valorização da análise das condições sociais e culturais, além dos modelos metodológicos de investigação que deveriam a partir de então, valorizar o conhecimento científico acerca do homem. (SANTOS, 2003).

Corroboram Giddens & Sutton (2006) ao explicarem que nesse período, o termo Ciência se aplicava somente às ciências exatas e às disciplinas que as estudavam como Física e Química, dentre outras. Concluem os autores (*ibid.*) que já no final do século destacado, algumas discussões seguiram no sentido de predizer quais os métodos eram científicos, e que, portanto, poderiam ser considerados como verdadeiros, além de questionarem à época como as ciências sociais que emergiam, poderiam utilizar-se dos métodos aplicados nas ciências naturais.

Adiante, conclui-se que no séc. XX, os sociólogos passaram a entender a sua ciência de maneira distinta das ciências naturais, tomando como base “ações intencionais dos humanos e a reflexividade que existe entre sociedade e conhecimento sociológico”. (GIDDENS & SUTTON, 2006, p. 44).

Complementam os mesmos autores (*ibid.*), que essa nova concepção contrariava os modelos mecanicistas postulados nos séculos anteriores e vigentes até o momento, que apoiados sobre uma concepção positivista sugeriam a aplicação de um único modelo de investigação científica para todas as ciências e que ainda permeavam as ciências sociais.

De acordo com o que postula Ander-Egg (1978), pesquisa é um “procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento”. (ANDER-EGG, 1978, p. 28).

Indo mais além, Asti Vera (1974), chama atenção para o fato do ponto de partida da pesquisa assentar-se no “problema que deverá definir, examinar, avaliar, analisar criticamente, para depois ser dada uma solução”. (ASTI VERA, 1974 p. 12).

Feitas as primeiras análises acerca do termo pesquisa, uma segunda questão emerge. Logo, qual seria a finalidade da pesquisa? Marconi e Lakatos (1996) jogam luz à questão ao fazerem a seguinte afirmativa:

A pesquisa sempre parte de um tipo de problema, de uma interrogação. Dessa maneira, ela vai responder às necessidades de conhecimento de certo problema ou fenômeno. Várias hipóteses são levantadas e a pesquisa pode invalidar ou confirmar as mesmas. (MARCONI & LAKATOS, 1996, p. 16).

De outro modo, entende-se que a pesquisa tem como finalidade, “tentar conhecer e explicar os fenômenos que ocorrem no mundo existencial”. (TRUJILLO, 1974, p. 171). Por fim, tem como finalidades “acumulação e a compreensão dos fatos levantados”. (BUNGE, 1972<sup>86</sup> *apud* MARCONI & LAKATOS, 1996, p. 16).

A despeito das primeiras aproximações acerca das possíveis definições sobre pesquisa, das suas finalidades e das suas possibilidades de aplicação, considera-se indispensável a partir desse ponto, incluir na discussão qual será o tipo de pesquisa a ser utilizado neste estudo que, embora verse sobre o campo da saúde, irá valorizar as relações sociais imbricadas no processo saúde-doença, compreendendo os indivíduos em suas dinâmicas sociais e territoriais, correlacionando assistência à saúde ao campo das políticas sociais.

Destaca-se que a metodologia se inicia com uma abordagem exploratória descritiva por meio de estudo de caso, embasado pela teoria da sociologia compreensiva de Weber, contrariamente aos pressupostos defendidos pelo positivismo. (MINAYO 2014).

Nesse sentido, segue a autora (*ibid.*) afirmando que de acordo com a corrente científica de sociologia compreensiva weberiana, é necessária uma compreensão da ação social, capaz de oferecer explicações satisfatórias para as causas dos seus cursos e dos seus efeitos. Conclui descrevendo que:

Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. E é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança. Assemelha-se à focalização sobre um experimento que se busca compreender por meio de entrevistas, observações, uso de banco de dados e documentos. (MINAYO, 2014, p.164).

Por conta das características do objeto que relaciona política social de saúde e sociedade, também se optou pela utilização de uma abordagem de cunho fenomenológico, que diante da sua natureza, vem sendo amplamente utilizada na temática da saúde, apresentando resultados práticos nesse campo investigativo. Advinda das ideias de Husserl, a fenomenologia destacou-se na virada do século XIX para o século XX se apresenta como:

[...] uma filosofia do século XX que busca fundamentar, em novas exigências, as condições da ciência. Pretende conhecer onde o saber

---

<sup>86</sup> BUNGE, Mario. **Teoria y Realidad**. Barcelona, Ariel, 1972.

científico de uma ciência concreta ou empírica ganha apoio, tendo como ponto de partida os dados imediatos da consciência, a raiz de que se alimenta. Por isso seu estilo é voltado para o interrogativo, o radicalismo e o inacabamento essencial existente no fenômeno. (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008. p. 255).

Segundo a afirmação de Berger & Luckmann (1985), se pode concluir que a abordagem fenomenológica valoriza o homem e sua interação com o meio também de acordo com a sua variável biológica/genética, e que, portanto, é seu modo instintivo, a sua correlação com a natureza e com o ambiente que vai através de um processo dialético de objetivação/subjetivação constituir o mundo social onde vive e, neste mundo social, conviver com os demais atores de acordo com os padrões que o próprio homem determina.

A pesquisa se utilizou de estudos baseados na abordagem qualitativa, utilizando como percurso metodológico a revisão bibliográfica, entrevistas semiestruturadas e a observação participante. Este método, segundo Martins (2004), favorece a análise de microprocessos por meio de estudos sociais grupais ou individuais, privilegiando o uso de técnicas flexíveis na coleta de dados, observando-se as necessidades de adequação do objeto investigado/observado. Consoante, alinha-se o objeto da saúde aqui estudado ao que sugere a autora em epígrafe.

No que se refere às técnicas de coleta de dados e ao caminho metodológico, destaca-se que estiveram apoiadas sobre análise bibliográfica acerca da temática, valorizando o caráter exploratório e a empiria por meio da observação constante do trabalho das equipes, destacando a articulação entre os fenômenos estudados com ênfase na descrição dos seus aspectos qualitativos. É o que ensina Minayo (2014) quando se refere à investigação social, entendendo adequar-se a esta pesquisa:

[...] cabe ao pesquisador usar um acurado instrumental teórico e metodológico que o munície na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos. Por fim, merece destaque que o objeto das Ciências Sociais é essencialmente *qualitativo*. (MINAYO, 2014 p. 42).

Com a devida anuência institucional do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes/RJ, o trabalho de campo se iniciou desde o final do primeiro semestre de 2016, quando foram aplicadas as primeiras entrevistas como parte de uma abordagem exploratória inicial junto a um pequeno universo de profissionais, usuários, além de gestores operacionais. Na sequência, obedecendo ao cronograma previsto, o projeto foi encaminhado para análise junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Redentor, seguindo as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP),

presentes na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 e do Capítulo V da Resolução 251 de 07 de agosto de 1997.

A partir de agosto de 2017, após a formalização da autorização pela Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes/RJ (em anexo), foi dado prosseguimento ao projeto registrado no CONEP sob o N° CAAE 72812717.1.0000.5648 (em anexo), momento em que foram iniciadas as visitas aos espaços institucionais e a intermediação de fato, junto aos atores elegidos, dos questionários já devidamente reformulados.

Em consideração à Resolução CNS 196/96 e ao Capítulo V da Resolução 251/1997, conforme já mencionados, foram resguardados os princípios éticos da pesquisa, por intermédio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido de todos os sujeitos envolvidos no estudo após serem comunicados da finalidade da pesquisa, além da preservação opcional dos anonimatos. Foram realizadas e transcritas 31 entrevistas, além de registros no diário de campo.

### **3.1 SUJEITOS E CENÁRIO DA PESQUISA**

Deve ser salientado que mediante a sua importância, a observação participante descritiva do campo ganhou status prioritário e esteve presente durante todo o processo investigativo. De acordo com MINAYO (2014, p. 273), a observação participante pode ser considerada como “parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa”.

Diante de tais perspectivas e considerando a natureza do objeto, constatou-se necessária a mediação de entrevistas semiestruturadas junto aos principais agentes envolvidos nos processos de retomada da ESF em Campos dos Goytacazes/RJ, identificados como usuários, profissionais atuantes nas equipes de Saúde da Família, gestores executivos e operacionais que investidos em cargos públicos, representam o Estado e as suas políticas públicas, nos diversos níveis hierárquicos que compõem o organograma oficial da administração municipal.

A intermediação das entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais da ESF levou em consideração o fato de as equipes de trabalho serem multiprofissionais e, a fim de garantir a verificação da diversidade de avaliação dos diferentes olhares e saberes acerca da ESF municipal, foram elencados um trabalhador de cada categoria profissional por Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), a saber: Agente Comunitário de Saúde, Cirurgião Dentista, Enfermeiro, Médico e Técnico em Enfermagem.

No que diz respeito aos gestores municipais, julgou-se necessário o registro da fala de membros do Legislativo, Diretores e Coordenadores do Departamento de Atenção Básica

(DAB) e da ESF, além de profissionais de apoio institucional às equipes que compõem o quadro do departamento acima citado.

Aos usuários dos serviços da ESF foram aplicados os questionários semiestruturados aleatoriamente, em número suficientemente capaz de saturar as necessidades investigativas impostas pela pesquisa, em momentos distintos de observação durante as visitas programadas às UBSF para a realização da coleta de dados dos profissionais.

Quanto ao número e a localização das UBSF investigadas, dentre as dezesseis existentes ao término do período de coleta de dados estipulado no cronograma, elegeu-se quatro unidades em função do seu recorte territorial, socioeconômico e cultural,<sup>87</sup> foram elas: Santa Cruz, Morangaba, Lagoa de Cima e Conceição do Imbé, estando as unidades, caracterizadas da seguinte forma: Três das quatro, encontram-se completamente inseridas na zona rural do município e atendem a um público tipicamente de perfil rural, atentando-se, no entanto, para duas ressalvas importantes.

A primeira, diz respeito à UBSF de Santa Cruz, pois embora esteja inserida em região periurbana, faz fronteira com as demais unidades na sua porção territorial de microáreas (MONKEN e BARCELLOS, 2012)<sup>88</sup> rurais, o que acaba por exigir da sua equipe, uma diversificação dos seus processos de trabalho no intuito de atender a um público com características mais heterogêneas (rurais e urbanas), diferindo-a das UBSF de Morangaba e de Conceição do Imbé que, são por sua vez, estritamente rurais, guardando similitudes, no entanto, com a UBSF de Lagoa de Cima, conforme segue descrito abaixo.

A Unidade de Lagoa de Cima, diferentemente da UBSF de Santa Cruz, se encontra inserida em uma área completamente rural, mas que agrega alguns componentes de área urbana pelo fato de estar inserida em zona com grande afluência de turistas advindos da área central da cidade e de municípios vizinhos nos finais de semana em que as temperaturas sobem e no período de férias do verão. Como consequência desse fenômeno, assim como os profissionais da equipe da UBSF de Santa Cruz, a equipe de trabalhadores de saúde da UBSF de Lagoa de Cima<sup>89</sup>, depara-se também com a necessidade de modificar as características do

<sup>87</sup> Dados de junho de 2016, coletados junto ao site do Ministério da Saúde. Disponível em: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 10/10/2016.

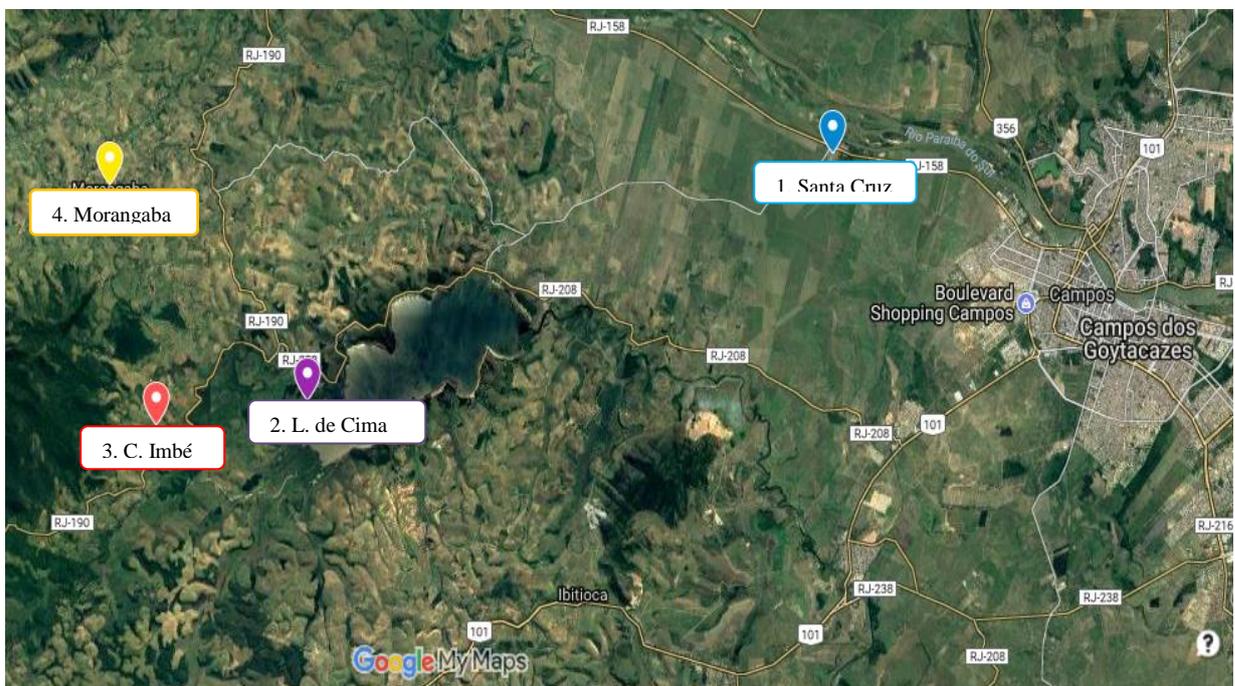
<sup>88</sup> “TERRITÓRIO-MICROÁREA – área de atuação do agente comunitário de saúde (ACS), delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômica-sanitária”. (MONKEN e BARCELLOS, 2007). Disponível em : < [http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s\\_livro\\_id=6&area\\_id=4&autor\\_id=&capitulo\\_id=22&sub\\_capitulo\\_id=59&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s_livro_id=6&area_id=4&autor_id=&capitulo_id=22&sub_capitulo_id=59&arquivo=ver_conteudo_2)>. Acesso em: 02/12/2016.

<sup>89</sup> No período do verão, ocorre a intensa movimentação de turistas às margens da Lagoa de Cima, ocasionando uma elevação no número de atendimentos de urgência e emergência na UBSF. A demanda no período se eleva

seu processo de trabalho em função da heterogeneidade assumida pelo seu público nesse período, ampliando o seu escopo de atendimento para frequentes demandas de urgência e emergência.

Adiante e a título de informação, a figura 06 demonstra a localização das quatro UBSF analisadas nessa pesquisa. Na sequência, seguem as fotografias das unidades e as suas respectivas datas de cadastramento na modalidade Saúde da Família junto ao Ministério da Saúde (MS)<sup>90</sup>.

**Figura 06 - Localização das quatro UBSF averiguadas**



Fonte: Google Maps<sup>91</sup> (elaboração própria).

A seguir, as fotografias que ilustram as fachadas das quatro Unidades de saúde envolvidas na pesquisa, constando as suas datas de cadastramento/funcionamento como UBSFS.

tanto que a Secretaria de Saúde disponibiliza equipes de saúde extras para realização de atendimentos também aos finais de semana.

<sup>90</sup> Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-DATASUS). Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Estado.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp)>. Acesso em: 04/12/2016.

<sup>91</sup> Fonte: Google Maps. Disponível em: <https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1ZR2Wi7mNPnTElqN-fPHWyoPxnF0&hl=pt-PT&ll=-21.743646561531914%2C-41.51093965556646&z=12>. Acesso em 12/10/2016.

**Figura 07 - Unidade Básica de Saúde da Família de Santa Cruz, (31/07/2014)**



**Fonte: Acervo pessoal**

**Figura 08 - Unidade Básica de Saúde da Família de Lagoa de Cima, (07/10/2011)**



**Fonte: Acervo pessoal.**

**Figura 09 - Unidade Básica de Saúde da Família de Conceição do Imbé,  
(31/07/2014)**



**Fonte: Acervo pessoal.**

**Figura 10 - Unidade Básica de Saúde da Família de Morangaba, (07/10/2011)**



**Fonte: Acervo pessoal.**

Quanto ao percurso entre Campos dos Goytacazes /RJ e as respectivas UBSF, tomando como ponto de partida o Terminal Rodoviário Roberto Silveira na região central da cidade, as distâncias seriam respectivamente de acordo com o Google Maps<sup>92</sup>: Santa Cruz (12,5 Km via RJ-158), Lagoa de Cima (26,6 km via RJ-208), Conceição do Imbé (40,6 km via RJ-208) e Morangaba (40,4 km via RJ-158 e RJ-190).

<sup>92</sup> Distância das Unidades Básicas de Saúde da Família para o Centro da Cidade de Campos de acordo com o googlemaps.Disponívelem:<<https://www.google.com.br/maps/place/Campos+dos+Goytacazes,+Campos+dos+Goytacazes+J/@21.7772274,41.4546501,11z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0xbdd5d1be81b545:0xee97b136e7168ee1!8m2!3d-21.7626682!4d-41.3184501>>. Acesso em: 06/12/2016.

No que diz respeito aos números populacionais, de acordo com informações colhidas nos bancos de dados das Unidades ao final de 2016, cada uma das equipes responsabilizava-se por acompanhar os seguintes quantitativos aproximadamente: **Santa Cruz** (508 famílias - 1.830 pessoas), **Lagoa de Cima** (545 famílias - 1.429 pessoas), **Conceição do Imbé** (246 famílias cadastradas - 750 pessoas) e por último, aparece como a área populacional mais adensada **Morangaba**, com algo em torno de (1.350 famílias, totalizando 4.699 pessoas cadastradas). Juntas, essas quatro Unidades de Saúde se responsabilizam pelo atendimento de 2.649 famílias e de 8.708 pessoas, somatório que deve ser considerado bastante expressivo.

### **3.1.1 Recursos utilizados na coleta dos dados**

Com a pretensão de esgotar todas as fontes de informações de maior relevância ao estudo, para a análise do material foram utilizadas as transcrições das entrevistas, as observações registradas em diário de campo, além de incursões em sites oficiais de órgãos públicos das três esferas de poder, sites da mídia local que hospedam jornais e Blogs de amplo alcance. Após uma breve leitura das atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Campos dos Goytacazes - RJ no período compreendido entre os anos de 2009 e 2015, concluiu-se que as inquietações referentes à investigação já haviam sido respondidas por meio de outras fontes também fidedignas, optando-se, portanto, em não utilizar informações advindas das atas, evitando-se a repetição da narrativa.

Por conta das características do objeto, que associa política social de saúde e sociedade, para a análise dos dados considerou-se indispensável a articulação entre os aprofundamentos teórico-conceituais e a valorização empírica, bem como, a triangulação das informações obtidas junto aos gestores executivos e gestores operacionais, profissionais de saúde atuantes nas equipes e os usuários dos serviços da ESF nas quatro equipes elencadas para o estudo.

Embora as quatro unidades estejam inseridas dentro de um recorte territorial único e um tanto amplo, há entre elas a ocorrência de áreas de contiguidade que guardam similitudes e divergências no tocante a alguns padrões de densidade populacional, acesso à UBSF e à rede de serviços municipais de saúde. Por meio da leitura dos formulários de entrevista, constatou-se que a população, em sua maioria, é dependente dos serviços públicos de saúde, todavia, gostariam de ter convênios privados, em razão das dificuldades de acesso aos serviços de saúde municipais. A fala de uma das entrevistadas ilustra bem a situação.

*[...] se eu tivesse plano de saúde já seria...ainda mais que tenho...é problema...de... probleminha de coração, pressão, o meu esposo que já teve um AVC... um AVE... então um plano de saúde seria ótimo mas... com essa crise, né? Como que vai pagar o plano de saúde. (Usuário 1).*

*[...] seguro pros meus filhos, né? É...uma...é...um seguro que eu vou ter, eu tô pagando, então quando eles precisar eu vou ter aonde correr. (Usuário 6).*

Quanto às datas de implantação das equipes, embora apresentem diferenças temporais, todas enfrentam as mesmas dificuldades no que diz respeito à sua formulação e manutenção, com carências que vão desde recursos humanos aos materiais de consumo e permanentes, como exemplo; a falta de medicamentos e até mesmo períodos de ausência da ambulância, condição que assume gravidade em decorrência das suas distâncias em referência à região central da cidade. Quanto à questão dos recursos materiais, o registro de uma das entrevistas demonstra a seguinte situação:

*[...] falta remédio...transporte...é...cadeira de rodas...aparelho de pressão. (Usuário 5).*

Durante a realização das entrevistas junto aos gestores do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Campos dos Goytacazes/RJ, foi possível perceber que havia por parte desses profissionais o pleno conhecimento de todas as dificuldades operacionais encontradas pelas equipes em seus territórios, no entanto, se verificou que lhes faltaram autonomia e prioridade por parte do executivo municipal no que diz respeito a uma macropolítica municipal de incentivo a APS.

*[...] vamos dizer assim...em termos de política mesmo, né? No sentido que a gente quer e acredita, né? Vamos dizer assim...da valorização da Atenção Básica...mas a gente faz a nossa micropolítica, né? E é nela que a gente avança...que a gente vai avançando. (Sr. Renato Glória).*

A seguir, com base em instrumentos de gestão municipal, o quarto e último capítulo discorrerá sobre os indicadores municipais que dizem respeito à expansão das equipes, à saúde materno infantil e aos investimentos financeiros, principais elementos que darão as respostas finais aos objetivos da investigação.

#### **CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: POR UM SUS VERDADEIRAMENTE EQUÂNIME**

Visando responder aos objetivos da presente pesquisa foram identificados três eixos temáticos: em primeiro lugar, buscou-se averiguar o alcance das metas pactuadas nos Planos Plurianuais de Saúde (PPA)<sup>93</sup> da prefeitura de Campos dos Goytacazes/RJ vigentes entre (2010/2013 e 2014/2017) no que diz respeito à valorização da ESF/APS, avaliando a sua expansão quantitativa, temporal e territorial.

Noutra vertente, um segundo eixo investigou se o alcance dos objetivos relacionados à garantia do acesso da população à RAS, com especial atenção para a equidade e ao aprimoramento da política de APS/ESF e da atenção na MAC. Privilegiou-se também nesse momento, a observação sistemática de questões relacionadas à assistência, à promoção e à recuperação da saúde da mulher, da criança e do adolescente, considerados potentes instrumentos de redução de morbidade e da mortalidade materna e infantil.

Por fim, a pesquisa se debruçou sobre a apreciação dos gastos financeiros municipais na APS e na ESF em comparação com os investimentos feitos nos serviços de MAC.

Esse modelo sistemático de exploração permitiu a organização da análise das informações e apresentou-se como uma forma de ordenação do material referente à pesquisa bibliográfica e documental, às observações feitas a partir dos registros de campo e do material advindo das entrevistas.

Convém mencionar que os PPAs servem como instrumentos de gestão e devem resultar em ações concretas de execução, de monitoramento e de direcionamento para a gestão do SUS. Adiante no quadro de N° 02, fez-se uma compilação do PPA 2010/2013.

---

<sup>93</sup> Lei de periodicidade quadrienal, de hierarquia especial e sujeita a prazos e ritos peculiares de tramitação, instituída pela Constituição Federal de 1988 como instrumento normatizador do planejamento de médio prazo e de definição das macro orientações do governo para a sua ação em cada período de quatro anos, sendo estas mandatórias para o setor público e indicativas para o setor privado (Art. 174 da Constituição). Conforme estabelece o Art. 165, § 1º da Constituição, a lei que instituir o PPA estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da Administração Pública Federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. Fonte: Conselho Nacional de apoio à Gestão do SUS. Fonte: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/plano-plurianual-ppa/>>. Acesso em 22/09/2017.

**Quadro 02 - Quadro Compilação dos principais objetivos e metas apresentadas no PPA municipal para a área da saúde com vigência 2010/2013.**

Quanto ao seu objetivo Nº 5 – Consolidar o modelo de promoção da saúde, com ênfase na prevenção às doenças, melhorando a qualidade de vida das pessoas e consolidar o município como polo regional de atendimento.				
Quanto ao tipo	Quanto ao público beneficiário	Quanto ao horizonte temporal	Quanto às estratégias de implementação	Alcance das metas
Saúde Coletiva	População em geral	Contínuo	Implantação de 30 equipes de PSF por ano.	Entre os anos de 2009 e 2013, o município permaneceu sem nenhuma equipe de ESF implantada.

Fonte: Adaptado do Diário Oficial do Município de Campos dos Goytacazes/RJ publicado em 08/02/2009<sup>94</sup>.

É grave constatar que embora o município tenha pactuado a implantação de 30 equipes por ano, entre 2010 e 2013, lamentavelmente neste período, deixou a sua população desprovida de qualquer assistência pelas EqSF.

Com o término da vigência do PPA de 2010/2013 houve a implementação do novo PPA para vigorar no período 2014/2017, no qual os objetivos/metasp aparecem em suas diretrizes de maneira mais detalhada.

Quanto à diretriz norteadora da saúde, se encontra resumidamente descrita da seguinte maneira: garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde; aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada; promover o acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde da mulher, da criança e do adolescente, com redução da morbidade e mortalidade materna e infantil.

Com relação aos objetivos e metas propostas para o campo da saúde, as ações de intervenção municipal seguem detalhadas a seguir por meio de três subitens<sup>95</sup>.

<sup>94</sup> Fonte: PPA de Saúde da Prefeitura de Campos dos Goytacazes/RJ. Disponível em: <<http://www.campos.rj.gov.br/diario-oficial.php>>. Acesso em 22/09/2017.

<sup>95</sup> Fonte: PPA de Saúde da Prefeitura de Campos dos Goytacazes/RJ 2014/2017. Disponível em: <<http://www.campos.rj.gov.br/plano-diretor.php>>. Acesso em 22/09/2017.

#### 4.1 CENÁRIO EVOLUTIVO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE LOCAL

Um dos pontos pactuados no PPA 2010/2013 chamava a atenção para o quesito reforma e construção de novas UBS para a melhoria na qualidade do acesso e do atendimento à população, com a garantia de compra de equipamentos e de materiais de consumo.

Dessa forma, visava garantir uma atenção básica de qualidade para a população de Campos dos Goytacazes/RJ, articulando as atividades de detecção precoce de agravos, fatores de risco e doenças com o processo de vinculação e assistência contínua e coordenada, integrando em todo o município o processo assistencial com medidas eficazes de promoção à saúde por meio da reforma e construção de novas UBS para a melhoria na qualidade do acesso e do atendimento à população, com a garantia de compra de equipamentos e de materiais de consumo. Nesse sentido o município pactuou a colocação de 11 EqSF em 2014, 30 EqSF em 2015, 50 EqSF em 2016 e finalmente 80 equipes ao final de 2017.

Em dissonância ao que fora proposto pela gestão municipal, novamente no quesito implantação de equipes, os números depõem contra o executivo e de acordo com informações oficiais disponíveis em sites do MS como o SIAB e do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, a cidade esteve muito distante do alcance dos seus objetivos. Somente no ano de 2014, havia cumprido o pactuado inserindo 11 equipes no território municipal: nos anos seguintes o quadro da expansão da ESF continuou muito aquém do prometido pela gestão. Para o ano de 2016 foram pactuadas 50 equipes chegando ao seu final com apenas 17 EqSF, o que cobria ínfimos 12,4% da população campista.

Diante deste cenário, o Sr. Renato Glória diretor adjunto do DAB entre 2013 e 2016, salientou entraves importantes que dizem respeito além da carência do profissional médico à carência de enfermeiros com carga horária de 40h semanais que deveriam estar presentes nas equipes conforme regulamenta o MS por meio da portaria 2.488 de 2011. A ausência de tais profissionais se deu sabidamente em função da conturbada história do concurso de 2008, conforme já narrado anteriormente. Em sua entrevista, quando interrogado se poderiam ter sido implantadas mais equipes esclarece:

*Sem dúvida nenhuma que poderia... ou não só poderia... mas como deveria (pausa) é... enfim... é... mas nós aqui em Campos...nós esbarramos num ponto né? Que não é competência daqui da Diretoria nesse sentido... mas que foi... que é a falta do profissional enfermeiro de 40 horas. (Sr. Renato Glória).*

Outra situação além da mencionada pelo ex-gestor e identificada pelos profissionais como fator impeditivo ao fortalecimento da ESF que dificulta até os dias atuais os processos de trabalho nas comunidades atendidas, diz respeito às limitações de articulação entre AB e os

demais níveis de complexidade da Rede de Saúde local. De acordo com a fala de profissionais e usuários, há muitas dificuldades a serem trabalhadas e que vão desde a dificuldade de agendamentos de exames e consultas com especialistas, até os atendimentos de urgência/emergência. Os relatos dos profissionais apontam para a necessidade de adequar a articulação entre os níveis de atenção compreendidos pela APS e pela Média e Alta Complexidade (MAC).

*É... em relação a los encaminhamentos que a gente faz e... no recibe contra-referência do hospital que a gente precisa... para poder dar seguimento a su paciente...m relação ao atendimento realmente... nas emergências do hospital... porque o que acontece? Às vezes eles vão... eles não son avaliados de la forma correcta, eles voltam a paciente para casa sin saber às vezes com certeza o que tem o paciente e às vezes dá errado.(...) Então eu acho que isso sim tem que melhorar... as vezes eu entendo, porque a gente já fez plantão...que às vezes fica cheio...a gente fica cansado... pero a gente tem que avaliar paciente por paciente, porque cada paciente és um mundo... és uma pessoa...tem uma doença diferente... e em medicina...uma coisa que você estuda nón, nón se presenta em la prática dessa forma.(Profissional 1).*

A fala de um usuário entrevistado vai ao encontro do relato do profissional acima:

*As vagas as...”cota” vem em quantidade muito pequena...especialidade [...] porque na hora que eu preciso de uma consulta...ou de alguma coisa... assim mais é...uma especialidade por exemplo...cardiologista e tal...às vezes demora um pouquinho. (Usuário 1).*

Além disso, há relatos de profissionais da ESF que acreditam na existência de uma espécie de “preconceito institucional”:

*Preconceito por parte dos outros profissionais de Campos em relação ao pessoal do PSF. [...] mas...eu acho que a equipe que entrou no PSF até hoje é uma equipe muito boa...e quer fazer a diferença e quer fazer um bom trabalho. (Profissional 2).*

Outro item elencado para a ação de implementação das equipes diz respeito à construção, reformas, adequação de estruturação física de novas UBS além de compra de equipamentos e de material de consumo para a melhoria do atendimento e da qualidade do acesso à população, elementos elencados como metas da administração descritas no PPA 2014-2017.

Conforme os relatos dos profissionais e dos usuários há a necessidade de investimentos em manutenção preventiva dos equipamentos, compra e manutenção de materiais permanentes que vão desde insumos para a realização de procedimentos, como materiais para a realização de curativos até os medicamentos. Já para a diretoria do DAB as unidades municipais contam com uma estrutura regular.

*Os medicamentos necessários...e a gente não tem como...é...fazer bem o trabalho porque...porque o que que acontece? Muitas dessas pessoas...donde as pessoas geralmente trabalham...nón tem recursos para comprar às vezes medicamento...então...a gente trata...indica o remédio...ele não pode comprar o que não tem no posto, então o trabalho não foi feito de forma correcta porque ele não fez o tratamento...e então a gente não vê resultado. (Profissional 1).*

Quanto aos insumos e à manutenção dos equipamentos de trabalho, um dos profissionais diz que há um prejuízo no planejamento das ações, o que interfere diretamente na qualidade da assistência ofertada aos usuários.

*Prejudica porque você agenda os pacientes numa semana... aí você vai e faz o pedido de material e não tem o material...quer dizer...então você tem que remarcar os pacientes [...] você pode ter um insumo essa semana...semana que vem você já não consegue... e na outra também não...então você não consegue planejar os atendimentos. [...] não existe manutenção preventiva... você tem que dar o seu jeitinho na unidade. (Profissional 2).*

Feita uma primeira aproximação em relação à evolução da distribuição das equipes no território municipal ao longo do período de relevância para esta pesquisa a seguir, serão analisados de que maneira os indicadores de atenção à saúde materno-infantil evoluíram no cenário municipal no decênio 2006/2015 e de que forma a ausência das EqSF pode ter influenciado tais indicadores, com ênfase inicial para as taxas de mortalidade infantil em comparação com o cenário nacional, estadual e regional.

#### **4.2 ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE MATERNO INFANTIL (SMI)**

A redução da morbi-mortalidade infantil deve estar entre as ações prioritárias de intervenção na área da saúde em todo o país. O indicador em destaque, diz respeito à estimativa de ocorrência de óbitos a partir da soma do falecimento das crianças no período neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias de vida) e pós-neonatal (28 dias de vida) por mil nascidos vivos em determinado espaço geográfico no ano considerado. Serve como um importante indicador da qualidade de vida de uma população e suas elevações refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida<sup>96</sup>.

De acordo com informações divulgadas pelo IBGE (2015) e demonstradas na tabela seguinte, constatou-se que no período compreendido entre 2006 e 2015 a taxa de mortalidade infantil declinou em todo o país em similitude com o estado do RJ. Tal situação, aparentemente, tem associação em função da combinação de vários fatores, sobretudo

<sup>96</sup>Fonte: BRASIL/MS Sistema de indicadores de mortalidade. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm>>. Acesso em: 26/09/2017.

condicionantes relacionados ao aumento da escolaridade feminina, elevação do percentual de domicílios com saneamento básico adequado, diminuição da desnutrição infanto-juvenil e maior acesso da população aos serviços de saúde ao proporcionar relativa melhoria na qualidade dos atendimentos prestados no ciclo gravídico puerperal<sup>97</sup> e nos primeiros anos de vida das crianças nascidas vivas<sup>98</sup>.

**Tabela 05 - Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos por todas as causas no Brasil, no estado do Rio de Janeiro, na sua região norte e no município de Campos dos Goytacazes/RJ no decênio 2006/2015.**

Locais	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Brasil <sup>99</sup>	21.04	19.98	18.99	18.07	17.22	16.43	15.69	15.02	14.40	13.82
Rio de Janeiro <sup>100</sup>	15.3	14.8	14.4	14.4	14.0	13.9	13.8	13.1	12.7	12.6

Fonte: Adaptado do IBGE e Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ).

**Tabela 06 - Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos por todas as causas de desagregados por região estadual e municipal no decênio 2006/2015<sup>101</sup>.**

Locais	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte Fluminense	15,8	16,4	15,7	15,3	15,4	15,1	14,5	14,6	14,1	14,8
Campos dos Goytacazes/RJ	19,6	18,7	15,0	20,9	16,3	17,5	14,1	16,6	14,9	17,7

Fonte: Adaptado do IBGE e Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ).

Ao realizar a leitura das Tabelas N° 05 e 06, é passível de constatação que a taxa do referido índice no país sofreu um declínio constate no decênio 2006/2015. Contudo, as taxas

<sup>97</sup> Período que envolve transformações nos aspectos físicos, psíquicos e sociais durante a gravidez, podendo dificultar o estabelecimento de vínculo entre mãe e filho. O ciclo gravídico-puerperal é um período crítico nesse momento da vida da mulher. Disponível em: <<http://www.dicionarioinformal.com.br/ciclo%20gr%C3%A1vidopuerperal/>>. Acesso em: 07/02/2018.

<sup>98</sup> Fonte: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade\\_2015/tabua\\_de\\_mortalidade\\_analise.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2015/tabua_de_mortalidade_analise.pdf)>. IBGE tábua de mortalidade 2015. Acesso em: 26/09/2017.

<sup>99</sup> Fonte IBGE. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>>. Acesso em 25/09/2017.

<sup>100</sup> Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Notas técnicas: As taxas de mortalidade são apresentadas por 1.000 nascidos vivos, e não são corrigidas por sub enumeração de óbitos e de nascimentos. Para municípios de pequeno porte (menos de 100.000 habitantes), as taxas podem flutuar muito, devido ao pequeno número de ocorrências de óbitos e nascimentos. Recomenda-se, nestes casos, analisá-las agregando-se vários anos e/ou segundo o número absoluto de óbitos. Dados de 2014 e 2015 são preliminares, ocorridos até 31/12/2015 e registrados na base estadual até 20/05/2016, sujeitos a retificação e recebimento de novas informações de óbitos, inclusive ocorridos em outros estados, de residentes no Rio de Janeiro. A informação de município refere-se ao município de residência. As taxas apresentadas para o município ignorado/não preenchido devem ser desprezadas, mas compõem as taxas para o estado.

<sup>101</sup> Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do estado do RJ. Disponível em: <<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/defthtm.exe?sim/infantis.def>>. Acesso em: 25/09/2017.

brasileiras de mortalidade infantil ainda são muito elevadas se comparadas às regiões mais desenvolvidas.

Outro levantamento divulgado pelo IBGE em 2016, com base nas informações da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2015, comprovou que a taxa brasileira de mortalidade infantil (razão entre número de óbitos de crianças até um ano e o número de nascidos vivos) foi de 13,8% mortes por mil nascidos vivos, identificada como a menor taxa em 11 anos, além de ser inferior à de 2014, de 14,4% falecimentos em até um ano de vida para cada grupo de mil nascidos vivos.

De acordo com informações oriundas do IBGE e divulgadas pela revista Valor Econômico<sup>102</sup> em 2017, as regiões mais ricas do país, como Sul e Sudeste, mostraram taxas de mortalidade infantil abaixo da média nacional, respectivamente de 9,7% e de 10,7% de mortes de crianças de até 1 ano de idade para cada grupo de mil nascidos vivos. Já nas regiões do Norte, Nordeste e Centro Oeste, estes números alcançam respectivamente os valores de 18,1%, 17,5% e 14%.

Ainda de acordo com a mesma fonte mencionada no parágrafo anterior (*ibid.*), os estados que apresentaram as taxas mais elevadas de mortalidade infantil, em 2015, foram o Amapá, com 23,5% óbitos com até um ano de vida para cada grupo de mil nascidos vivos, Maranhão com de 22,4% e Alagoas com 20,9%. Em contrapartida, os estados que registraram as menores taxas foram o ES, com 9,2%, Santa Catarina, com 9,5% e Rio Grande do Sul, que registrou 9,9%.

Todavia, o Brasil se encontra muito distante em comparação aos padrões observados nos países mais ricos do mundo. Usando dados das Nações Unidas, o IBGE informou que, em 2015, a taxa de mortalidade infantil brasileira foi de 36 mortes por mil nascidos vivos no período de 2010/2015, números considerados assustadores visto que em países desenvolvidos estes valores estariam em torno de 5 óbitos para cada mil nascidos vivos<sup>103</sup>.

No que diz respeito ao estado do Rio de Janeiro e à sua mesoregião norte, ou seja, na porção geográfica que se insere o município pesquisado, a tabela Nº 06 evidencia uma queda também linear, contudo, Campos dos Goytacazes/RJ apresentou uma expressiva elevação de 15% para 20,9% dos seus índices entre 2008 e 2009, números indesejáveis e acima da média brasileira, da média estadual e da região Norte Fluminense.

---

<sup>102</sup>Fonte: Revista Valor Econômico: Disponível em: <<http://www.valor.com.br/brasil/4794309/mortalidade-infantil-e-menor-em-11-anos-aponta-ibge>>. Acesso em: 29/09/2017.

<sup>103</sup>Fonte: Revista Valor Econômico: Disponível em: <<http://www.valor.com.br/brasil/4794309/mortalidade-infantil-e-menor-em-11-anos-aponta-ibge>>. Acesso em: 29/09/2017.

Indiscutivelmente, indicadores maternos e neonatais negativos refletem os contrastes sociais e a incapacidade do sistema de saúde municipal de fornecer assistência médica adequada para toda a sua população.

Caso as taxas municipais sejam desagregadas de acordo com as seguintes variáveis: **morte neonatal** (ocorrida no período neonatal, isto é, entre zero e 28 dias incompletos após o nascimento), **morte neonatal precoce** (antes de sete dias completos de vida até 168h completas e **morte neonatal tardia** (que é a morte de um recém-nascido depois de sete dias completos, mas antes de 28 dias completos de vida), **além da Taxa de Mortalidade Externa (TME)** em menores de 01 ano por infecção respiratória aguda, o padrão indesejado dos números infelizmente permanece inalterado, é o que apresenta a tabela seguinte.

**Tabela 07 - Taxa de mortalidade neonatal, mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal tardia e taxa de mortalidade externa (TME) em menores de 01 ano por infecção respiratória aguda em Campos dos Goytacazes/RJ decênio 2006/2015.**

Classificação	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mortalidade neonatal	12,6	13,4	9,9	12,8	12,1	11,4	10,6	11,4	10,6	12,7
Mortalidade neonatal precoce	9,7	9,3	7,4	9,9	9,0	8,6	7,9	8,6	8,1	8,8
Mortalidade tardia	2,8	4,1	2,5	2,9	3,1	2,9	2,7	2,8	2,5	3,9
TME <sup>104</sup> por infecções respiratórias agudas em menores de 1 ano por ano, segundo município	163.4	78.7	84.5	108.3	63.6	63.0	109.3	123 (vide nota 103)	118 (vide nota 103)	145 (vide nota 103)

Fonte: Adaptado da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ).<sup>105</sup> (Vide Notas técnicas)<sup>106</sup>.

<sup>104</sup> As taxas de mortalidade específica (TME) são apresentadas por 100.000 habitantes; a taxa bruta de mortalidade é apresentada por 1.000 habitantes. As taxas de mortalidade específica (TME) são apresentadas por 100.000 habitantes; a taxa bruta de mortalidade é apresentada por 1.000 habitantes. A fonte dos dados para os valores dos numeradores e denominadores de cada indicador consta nas Notas Técnicas. Dados de 2014 e 2015 são preliminares, ocorridos até 31/12/2015 e registrados na base estadual até 20/05/2016, sujeitos a retificação e recebimento de novas informações de óbitos, inclusive ocorridos em outros estados, de residentes no Rio de Janeiro. A informação de município refere-se ao município de residência do falecido. Para 2013, 2014 e 2015, por recomendação do IBGE, a população não pode ser estratificada por idade e sexo, como foi feito para 2011 e 2012, dado o tempo decorrido desde o Censo. Por este motivo, os indicadores só podem ser calculados para a população total. As causas assinaladas com asterisco são subdivisões da causa imediatamente acima.

<sup>105</sup> Fonte: Secretaria estadual de saúde do Rio de Janeiro (SES). Disponível em: <<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?taxas/taxasmortinf.def>>. Acesso em 30/09/2017.

<sup>106</sup> As taxas de mortalidade são apresentadas por 1.000 nascidos vivos, e não são corrigidas por sub enumeração de óbitos e de nascimentos. Para municípios de pequeno porte (menos de 100.000 habitantes), as taxas podem flutuar muito, devido ao pequeno número de ocorrências de óbitos e nascimentos. Recomenda-se, nestes casos, analisá-las agregando-se vários anos e/ou segundo o número absoluto de óbitos. Dados de 2014 e 2015 são preliminares, ocorridos até 31/12/2015 e registrados na base estadual até 20/05/2016, sujeitos a retificação e recebimento de novas informações de óbitos, inclusive ocorridos em outros estados, de residentes no Rio de

A leitura da tabela anterior sugere uma alternância renitente nos valores das taxas, que mantém um padrão não linear de queda conforme o desejável. É importante notar que novamente as elevações mais expressivas são encontradas entre os anos de 2008/2009, com especial relevância para as taxas de mortalidade neonatal e taxa de mortalidade neonatal precoce. Claramente, esse era o momento de interrupção parcial/total da ESF no município em tela conforme já caracterizado.

Considerando Campos dos Goytacazes/RJ em relação aos padrões nacionais, ênfase deve ser dada a um estudo sobre mortalidade neonatal divulgado em janeiro de 2017 pela revista *Ciência em Revista da Universidade de Campinas (UNICAMP)*<sup>107</sup> no qual se constatou que os índices estaduais e regionais do país apresentaram quedas. Entre os anos de 1997 e 2012 houve uma diminuição de 33% na taxa de mortalidade precoce (óbitos entre nascidos vivos nos primeiros seis dias de vida), passando de 10,89 a cada mil nascidos, para 7,36/1.000. O estudo apontou que todas as regiões brasileiras registraram quedas em seus números, a região Sudeste foi a que alcançou os melhores patamares em relação às demais com redução de 42%, enquanto o Nordeste registrou os piores resultados, com uma diminuição de 23%.

Quanto aos resultados disponibilizados em 2017 pelo Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC/MS) sobre a assistência pré-natal, mais uma vez os algoritmos são bastante indesejáveis e repetidamente encontram correlação com a ruptura do modelo assistencial da ESF na cidade, em especial entre 2008/2009. Neste ponto, o número de crianças nascidas de mulheres que tiveram acesso a pelo menos sete consultas ou mais de pré-natal conforme preconiza o MS, despencou de 6.310 para 4.933, o que demonstra uma perda marcante na qualidade da atenção à SMI no nível de abrangência local, haja visto, que o Brasil apresentou também uma queda de qualidade para a mesma variável, no entanto, com valores de 1.672.280 e 1.667.192 para 2008 e 2009, respectivamente, podem ser julgadas como modificações pouco expressivas. Já o estado do RJ registrou uma elevação de 134.783 para 135.557 mulheres com sete consultas ou mais de pré-natal conforme recomendação do MS.

---

Janeiro. A informação de município refere-se ao município de residência. As taxas apresentadas para o município ignorado/não preenchido devem ser desprezadas, mas compõem as taxas para o estado.

<sup>107</sup> FONTE: UNICAMP – Revista *Ciência em revista* Disponível em: <<http://www.blogs.ea2.unicamp.br/cienciaemrevista/2017/01/19/mortalidade-materna-e-neonatal-no-brasil/>>. Acesso em 30/09/2017.

No que diz respeito aos nascimentos prematuros lançados pela SES/RJ<sup>108</sup>, lamentavelmente, o município investigado obteve a elevação dos indicadores no decênio 2006/2015, com destaque para os anos compreendidos entre 2006 e 2009 que registraram as maiores elevações no período, saindo respectivamente de 498 para infaustas 573 ocorrências, mantendo similitudes com o estado do RJ que registrou no mesmo período uma elevação de 12.512 para 13.802 casos nos mesmos anos. No patamar geral, o Brasil teve anotados em 2006 e 2015 respectivamente 91.058 e 113.526 casos de mulheres que realizaram sete ou mais consultas e pré-natal e que tiveram filhos com baixo peso ao nascer, caracterizado aqui como peso entre 1,500 Kg a 2,499 Kg.

Entretanto, se torna inegável a constatação de que a estarrecedora elevação de conotação negativa dos números coincide com o período em que a ESF encerra parcialmente em 2008 as suas ações no território municipal e totalmente a partir de 2009, conforme já esclarecido, bem como se torna inegável a correlação dos fatos com os impactos negativos que foram gerados sobre o perfil da SMI municipal.

Na tentativa de corrigir esses impactos negativos sobre a SMI, foi instituído no âmbito municipal em março de 2010 em consonância com o MS, o Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal (CPOMIF), vinculado à Coordenadoria de Desenvolvimento Social, com objetivo de esclarecer as causas de óbitos, bem como apresentar propostas que visem à redução da mortalidade materna, infantil e neonatal<sup>109</sup>.

Além do comitê, a gestão de saúde municipal aderiu à Rede Cegonha, instituída no Brasil pela Portaria GM/MS Nº 1.459/2011<sup>110</sup>, como estratégia que visa à implementação de uma rede de cuidados que possa assegurar às mulheres:

[...] o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional. [...] são quatro os componentes da rede cegonha: I- Pré – natal, II - Parto e nascimento, III- Puerpério e atenção integral à saúde

<sup>108</sup>Fonte: Secretaria Estadual de Saúde/SES. Disponível em: <<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?sinasc/nascido.def>>. Acesso em: 30/09/2017.

<sup>109</sup>Fonte: Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes/RJ - Diário Oficial de 16/03/2010. Disponível em: <<http://www.campos.rj.gov.br/diario-oficial.php>>. Acesso em: 02/10/2017.

<sup>110</sup>Fonte: BRASIL/MS. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 02/10/2017.

da criança e IV - Sistema logístico (transporte sanitário e regulação). (Departamento de Atenção Básica, Brasil/MS).<sup>111</sup>

Feitas as avaliações acerca das taxas de mortalidade infantil, a seguir será apreciado outro componente considerado de grande importância no bloco da SMI, que diz respeito ao número de óbitos maternos<sup>112</sup> e para tanto, serão realizadas comparações entre os números do Brasil e do estado do RJ e da sua região Norte, bem como de Campos dos Goytacazes/RJ.

Considerado pelo MS como fator essencial na avaliação da realidade socioeconômica de um país e da qualidade de vida de sua população, o registro de óbitos maternos aponta para a determinação política da administração pública na realização de ações de saúde coletiva, recebendo do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2002) a seguinte classificação:

A morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada Morte Materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais. (BRASIL, 2002, p. 10).

Conforme informações oriundas do Ministério da Saúde, a Mortalidade Materna no Brasil caiu 58% entre 1990 e 2015, de 143 para 60 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. No entanto, um estudo realizado pela OMS e divulgado em maio de 2017 pela EBC Agência Brasil<sup>113</sup>, informa que no país morrem assustadoramente 800 mulheres por dia em decorrência de complicações relacionadas com a gravidez ou com o parto.

Os resultados de 2010 e 2015 apresentados pela Agência Brasil são estarrecedores e, ainda que o último ano apresente dados preliminares, a proporção da mortalidade materna saiu de elevados 67,9 para 60 óbitos por 100 mil nascidos, o que apresenta uma variação de apenas 12%. Confrontando os números brasileiros com os números do Japão, por exemplo, onde ocorrem 6 óbitos de mulheres por 100 mil nascidos vivos, fica evidente a incapacidade brasileira na organização e na oferta de serviços condizentes com as necessidades das mulheres no seu ciclo gravídico puerperal agravados pela heterogeneidade territorial com variações conforme a região do país que vão desde 44 até 110 óbitos por 100 mil nascidos vivos a depender do local de residência das mulheres.

---

<sup>111</sup> Fonte: Departamento de Atenção Básica do MS/BRASIL. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_redecegonha.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php)>. Acesso em: 17/11/2017.

<sup>112</sup> Morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida às causas acidentais ou incidentais. (OMS,1997).

<sup>113</sup> Fonte: EBC Agência Brasil. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-05/brasil-reduz-mortalidade-materna-mas-continua-longo-do-ideal-diz-especialista>>. Acesso em: 02/10/2017.

Dessa maneira, se apresenta como fundamental examinar o contexto de Campos dos Goytacazes/RJ no que diz respeito aos seus índices de mortalidade materna. Com base nas informações compiladas pelo Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) do MS, a tabela Nº 08 apresenta uma confrontação dos índices nas regiões conforme discriminadas a seguir.

**Tabela 08 - Óbitos em mulheres em idade fértil e óbitos maternos ocorridos no Brasil, no estado do Rio de Janeiro, Norte Fluminense e Campos dos Goytacazes/RJ entre 2006/2015.**

Locais	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Brasil	62.374	62.503	63.721	65.255	64.782	65.398	65.346	65.104	63.977	63.590
Rio de Janeiro	6.875	6.855	6.978	7.026	6.888	6.975	6.728	6.630	6.648	6.367
Norte Fluminense	325	373	385	369	339	377	382	354	332	360
Campos dos Goytacazes/RJ	197	247	258	240	218	260	240	218	212	228

Fontes: Adaptado da Secretaria Estadual de Saúde/RJ (SES) e adaptado do Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM)<sup>114</sup>.

A análise da tabela anterior permite concluir que, Campos dos Goyracazes/RJ manteve no decênio 2006/2015 patamares significativamente elevados no que se refere à ocorrência dos óbitos em mulheres em idade fértil e óbitos maternos por todas as causas, se responsabilizando em 2011 isoladamente por 68.96 % das mortes maternas de toda a região Norte Fluminense.

Caso os índices de óbitos maternos notificados sejam desagregados por causas obstétricas diretas, o cenário persiste desalentador ao permitir a constatação de que a cidade em relevo apresentou em sua série histórica no período compreendido entre 2006 e 2010 números indesejáveis, com destaque para o ano de 2007 em que o município respondeu sozinho por 100% da ocorrência dos óbitos por causas obstétricas diretas no Norte Fluminense, conforme descrevem as tabelas seguintes.

<sup>114</sup> Fonte: BRASIL/MS. Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 02/10/2015.

**Tabela 09 - Óbitos maternos declarados por causas obstétricas diretas, ocorridos no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro no decênio 2006/2015.**

Locais	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Brasil	1.165	1.177	1.196	1.184	1.147	1.070	1.038	1.147	1.143	1.155
Rio de Janeiro	117	125	106	107	115	94	105	99	89	94

Fonte: Adaptado do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)<sup>115</sup>.

**Tabela 10 - Óbitos maternos declarados por causas obstétricas diretas, ocorridos no Norte Fluminense e em Campos dos Goytacazes/RJ no decênio 2006/2015.**

Locais	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte Fluminense	03	08	07	04	11	05	06	07	04	03
Campos dos Goytacazes /RJ	02	08	03	03	05	04	04	04	03	02

Fonte: Adaptado do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Ao pactuar no PPA, vigência 2014/2017, a garantia de uma atenção básica de qualidade para a população campista por meio da articulação das atividades de detecção precoce de agravos, fatores de risco e doenças com o processo de vinculação e assistência contínua e coordenada, integrando em todo o território municipal, processos assistenciais com medidas eficazes de promoção à saúde, colocou-se de maneira imperiosa, a necessidade de organização de uma APS resolutiva e integrada aos demais níveis hierárquicos da rede de saúde, no entanto, lamentavelmente a tarefa não obteve êxito. O texto a seguir oferece uma leitura acerca das Internações Por Condições Sensíveis na Atenção Primária (ICSAP)<sup>116</sup> com a pretensão de demonstrar os efeitos negativos ocasionados sobre este outro importante indicador de saúde.

Diante de um levantamento inicial, foi possível averiguar que houve no Brasil, no período delimitado para o estudo, uma diminuição contínua no percentual de ICSAP, mesma situação observada para o estado do RJ, com ressalvas para os anos de 2007, 2009 e 2010, nos quais ocorreram elevações desses indicadores.

<sup>115</sup> Fonte: BRASIL/MS. Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 05/10/2017.

<sup>116</sup> As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) de acordo com Notas Técnicas sobre o Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – (ICSAP), publicada pela Secretaria Estadual de Santa Catarina, são classificadas como agravos à saúde cuja morbidade/ mortalidade, podem ser minimizadas por meio da Atenção Primária à Saúde (APS). Esses agravos representam as doenças que poderiam ser evitadas, em sua totalidade ou em parte, mediante a oferta de serviços efetivos de saúde. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/Instrutivos/ICSAP.pdf>. Acesso em: 08/05/2017.

**Tabela 11 - Percentual de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS) no Brasil e no estado do Rio de Janeiro no decênio 2006/2015.**

Escala	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Brasil	13.2	12.8	11.2	11.8	11.7	10.7	10.3	10.1	9.6	9.1
Estado do Rio de Janeiro	10.6	12.0	9.0	10.8	10.7	9.7	9.0	8.1	8.1	7.7

Fonte: Adaptado da FIOCRUZ<sup>117</sup>.

Em relação ao cenário descrito para o Brasil e para o estado do RJ, o município em análise experimentou uma queda em relação às suas ICSAP, conforme descreve a tabela seguinte.

**Tabela 12 - Número de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAPS) em Campos dos Goytacazes/RJ no decênio 2006/2015.**

Escala	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Campos dos Goytacazes/RJ	1.463,3	1.417,2	1.280,6	1.131,5	1.067,4	986,1	930,6	802,8	774,2	779,4

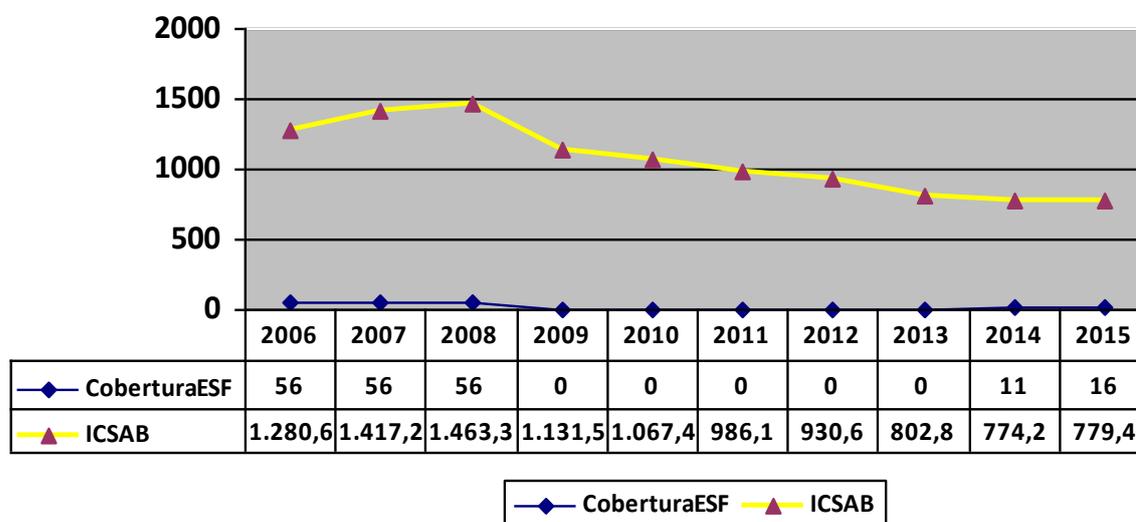
Fonte: Adaptado da SES/RJ<sup>118</sup>.

No que diz respeito à oferta de serviços, evidenciou-se que a proporção da população coberta pela ESF em comparação com as ICSAP, pode não representar correlação direta em função do número reduzido de EqSF implantadas no período, cobrindo apenas 11,69% da população, portanto, incapaz de isoladamente influenciar de maneira significativa os números, que por sua vez, acompanharam as quedas nacional e estadual no período, conforme demonstra o gráfico 05.

<sup>117</sup>Fonte: FIOCRUZ. Disponível em: Fonte para dados Brasil: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1>>. Acesso em: 11/06/2017.

<sup>118</sup>Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES). Disponível em: <<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?taxas/taxasicsab.def>>. Acesso em: 10/06/2017. Todas as taxas de internação são apresentadas por 100.000 habitantes. Dados de 2015 são preliminares, com situação da base nacional em 31/05/2016, sujeitos a retificação. Para 2013, 2014 e 2015, por recomendação do IBGE, a população não pode ser estratificada por idade e sexo, como foi feito para 2011 e 2012, dado o tempo decorrido desde o Censo. Por este motivo, os indicadores só podem ser calculados para a população total.

**Gráfico 05 - Evolução da cobertura pelas EqSF em comparação ao percentual de ICSAB no município no decênio 2006/2015.**



Fonte: Adaptado da SES/RJ e Brasil/MS.

O declínio constante das taxas pode estar associado, no entanto, às políticas públicas compensatórias municipais<sup>119</sup>. Entretanto, de acordo com Silva (2012), do total de 5.069 internações ocorridas nos dois hospitais municipais, Ferreira Machado (HFM) e Geral de Guarus (HGG) entre 2010 e 2011, inacreditáveis 4.594 ocorreram por condições “muito” sensíveis à APS, representando um percentual estarrecedor de 90,6% (p. 72 e 74). Ainda de acordo com a autora, inadmissíveis 89% dos óbitos ocorridos no HFM e outros 95,3% ocorridos no HGG foram em decorrência de doenças “muito” sensíveis a APS (SILVA, 2012, p. 78).

Outro dado de suma importância, diz respeito às internações realizadas na pediatria dos dois hospitais acima mencionados no período compreendido entre 2010/2011. Das 1.204 internações ocorridas no setor de pediatria, inaceitáveis 1.054 foram em decorrência de condições “muito” sensíveis à APS, o que representa uma incrível porcentagem de 87,5% de internações que poderiam ter sido evitadas por meio de uma APS resolutiva.

Altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo (s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Neste caso, as internações pediátricas por doenças sensíveis à APS, evidenciam fragilidade inclusive nos programas municipal de prevenção das doenças na população infantil. (ALFRADIQUE, 2009, p. 1.337).

<sup>119</sup> De acordo com Silva (2012), no intuito de minimizar os impactos causados com a desativação da ESF os gestores à época implementaram políticas compensatórias locais em substituição às políticas Nacionais, instituindo Unidades Básicas de Saúde (UBS) de 12h e 24h, além de programas de Assistência em assentamentos, acampamentos e Quilombolas.

Outros dados chocantes estão relacionados às querelas judiciais na busca por vagas em leitos hospitalares. Consta Medeiros (2017) que no primeiro semestre de 2016, 45,65% das solicitações judiciais demandadas na Comarca Campista, tinham correlação com as Doenças Sensíveis à Atenção Primária (DSCAP). A autora aponta para o fato de que a grande busca por internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) via processo judicial tem se tornado preocupante ao constatar que, quase a metade dessas demandas corresponderam às DSCAP. Outro fato alarmante é que o tempo decorrido entre a execução e o desfecho da ação é muitas vezes longo demais, concorrendo para o agravamento clínico do cidadão, responsabilizando-se por intoleráveis 13,4% de óbitos à espera do exercício constitucional do direito de acesso à saúde.

Feito este percurso, inevitavelmente deve ser formulada uma pergunta básica acerca da relação entre o que Draibe (2001) convencionou chamar de: um lado de características e qualidades dos processos e sistemas de implementação de uma dada política, avaliando de outro lado os resultados alcançados. “Será mais eficaz – atingirá seus resultados em menor tempo, menor custo e com mais alta qualidade – aquele programa que se apoiar em processos e sistemas adequados de implementação”. (DRAIBE, 2001, p. 20).

Ao examinar a história evolutiva da ESF no município em questão e correlacioná-la aos seus processos de implementação em consonância ao que fora determinado pelos seus PPAs, pode-se concluir sem sombras de dúvidas, a ocorrência de falhas intrínsecas nessa trajetória, ocasionando ineficácia e uma tendência em operar com elementos impeditivos ao alcance de resultados desejados. (DRAIBE, 2001).

Conforme permite constatar a análise dos indicadores acima descritos, em função destas situações, indubitavelmente houve a ocorrência de impactos extremamente negativos sobre as condições de saúde dos municípios campistas.

Feito este percurso, a partir deste ponto o texto irá caminhar para a observação de outro compromisso de importante relevância firmado pelo PPA municipal 2014/2017 e que diz respeito à qualificação permanente do Sistema Único de Saúde em que o principal desafio da gestão é o de garantir uma APS de qualidade para a população de Campos, articulando as ações de assistência contínua e coordenada, além de garantir a oferta de atenção especializada de forma descentralizada, resolutiva e articulada com APS.

### 4.3 GARANTIA DA OFERTA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE FORMA DESCENTRALIZADA, RESOLUTIVA E ARTICULADA COM UMA APS DE QUALIDADE

O próximo eixo temático a ser tratado direcionará os resultados da investigação para a percepção dos usuários e dos profissionais no que diz respeito aos níveis de qualidade com o qual se realizam, ou não, as alterações pretendidas por meio de políticas públicas. Esse ponto se referirá, sobretudo ao que Draibe (2001) classifica como efetividade, com referência “à relação entre objetivos e metas, de um lado, e impactos e efeitos de outro [...] efetividade significa as quantidades e/ou níveis de qualidade com que o programa atinge os impactos esperados e promove efeitos, previsíveis ou não”. (DRAIBE, 2001, p.36).

Questionados sobre as possíveis mudanças de paradigmas que possam ter acontecido a partir da fórmula do processo de trabalho praticada pelas EqSF, em superação aos moldes assistenciais tradicionais e, por conseguinte, dos impactos sobre a qualidade de vida das populações assistidas pelas equipes investigadas no recorte sociospacial proposto por esta pesquisa, os profissionais acreditam que a ESF, embora tenha sofrido historicamente limitações que perpassam desde a ordem dos recursos humanos, dos recursos financeiros e das polarizações políticas, foi capaz de provocar impactos positivos sobre a qualidade de vida das coletividades atendidas.

*Então...eu acho que a introducion de la atencion básica em Campos e no Brasil... no geral... foi bom, porque com esse... com essa...nova estratégia, a gente vai lograr melhorar a qualidade de vida dos pacientes (...) quando eu cheguei... tinha muitas demandas de emergência e urgência... pacientes hipertensos descompensados... diabéticos descompensados e agora... nón tem... nón tem mais isso...ahora são pucos las... los pacientes com urgência e emergência que eu avalio na... na UBS... as gestantes están melhores acompañadas... as crianças também... eu acho que melhorou sim. (...) La comunicacion com o paciente... a ajudá-lo a ter qualidade de vida deles melhor. (Profissional 1).*

Tal mudança, de acordo com a fala de alguns profissionais ouvidos, pode estar em clara correlação com a questão da permanência dos profissionais por mais tempo nas unidades de saúde e, sobretudo, junto aos usuários assistidos. Resume uma das profissionais entrevistadas:

*[...] profissional que vai estar perto trabalhando na comunidade... vai estar perto com o paciente.... ele além da doença vai conhecer o modo de vida do paciente... modo e estilo de vida... que són coisas que influem no processo saúde e doença. (Profissional 1).*

Outra profissional que trabalha na rede municipal de saúde há mais de vinte anos e trabalhou na Unidade de Saúde antes e depois da sua transformação do modelo ambulatorial convencional de consultas especializadas para o modelo da ESF, afirma que embora haja o

enfrentamento constante da falta de profissionais da equipe básica, medicamentos e até mesmo de ambulância, a transformação foi bem sucedida.

*[...] com a saúde da família melhorou, eu acho melhor... em relação ao médico... por exemplo que eu te falei (...) agora você tem um problema ali... ou uma agente comunitária traz prá você... você vai lá e visita aquela pessoa em casa e você tenta resolver o máximo que você pode (...) as pessoas “usa” a medicação melhor... tem um tratamento melhor... num é só...ah...vim aqui tô com a pressão alta... atendeu... via a medicação... vai prá casa... daqui a pouco volta novamente não... tá tendo tratamento (...) aí vem o Agente Comunitário também... faz aquela busca... que a gente tá pedindo prá ir lá ver aquele paciente mais vezes... eu acho que a saúde da família é importante sim... então diminui gente com pressão alta... passando mal de 20... coisa e tal... isso cê num vê quase... não é assim mais”.* (Profissional 3).

Sobre a avaliação dos que utilizam os serviços nas UBSF investigadas, há relatos de usuários que classificam como importante a disponibilidade dos profissionais em ajudar a comunidade mesmo diante das limitações que lhes são impostas e já mencionadas quanto aos recursos humanos e materiais, reconhecem:

*Boa vontade de ajudar... tem sempre boa vontade de ajudar... nunca tem...dizer... ah...não tem... mas tá sempre procurando... quando não tem aqui no posto...eles nunca deixa a comunidade na mão... eles tão sempre ali firme procurando ajudar”.*(Usuário 2).

*Toda a vez que eu venho... me tratam bem... o que falta um pouco é remédio né?.*(Usuário 3).

*Nesse...nesse contexto que eu falei aí... que...que a gente pudesse ter mais acesso... um melhor acesso a...a médico... a medicamento... e exames né?* (Usuário 4).

Conclui-se que há problemas estruturais históricos na organização e no funcionamento do sistema de saúde municipal, que devem ser vistos como situações prioritárias no combate às iniquidades de acesso às ações de promoção da saúde e na prevenção dos seus agravos. Para os seus enfrentamentos, deve ser exercitado o planejamento e a execução de ações que possam ser efetivos na resolução dos problemas elencados.

Em seguida, apoiando a avaliação sobre o parágrafo anterior e tendo a finalidade de encaminhar a investigação para o fim, notoriedade será dada ao que Draibe (2001) convencionou intitular de eficiência, utilizando-se para tanto, padrões referentes aos gastos municipais.

A autora argumenta que uma das perguntas essenciais a ser contemplada com resposta dentro deste parâmetro avaliativo, deve ser: “Esta condição opera com os menores custos para a produção máxima dos resultados esperados”? (DRAIBE, 2001, p. 36). Com o auxílio desta perspectiva, a seguir será revisada a percepção dos montantes financeiros creditados nos

cofres municipais como parte de repasses de verbas das esferas federal e estadual, contratualizadas em função de metas pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite (CIT),<sup>120</sup> em comparação com os investimentos feitos pelo executivo na APS de modo geral, na ESF separadamente e na atenção de Média e Alta Complexidade (MAC).

Com o auxílio da tabela a seguir, elaborada de acordo com informações obtidas junto ao SIOPS, no ano de 2009 além dos R\$ 9.547.794, 20 advindos do governo federal, Campos dos Goytacazes/RJ investiu na MAC R\$ 207.979.736,71 em recursos próprios, ao passo que no mesmo ano em função da ruptura do modelo conforme já explicado, recebeu somente R\$ 43.600,00 de verbas federais para a ESF, não acrescentando nenhuma contrapartida e não utilizando nenhum centavo do que recebeu na conversão de ações na Estratégia.

---

<sup>120</sup> Fonte: BRASIL/MS. Portaria GM Nº 2.670, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2009. Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Tripartite – CIT e a institui como uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação entre os gestores das três esferas de governo, para a regulamentação e a operacionalização das políticas de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), criada pela Portaria nº 1.180/GM, de 22 de julho de 1991. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2670\\_03\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2670_03_11_2009.html)>. Acesso em: 03/10/2017.

**Tabela 13 - Demonstrativo dos recursos recebidos em Reais (R\$) e investidos na APS, ESF e MAC em Campos dos Goytacazes/RJ no ano de 2009 a 2015.**

2009	Federais	Estaduais	Próprios	Total de receitas	Total de despesas	Saldo ao final
Recursos da APS	7.228.439,74	0,00	40.768,58	56.857.756,44	6.711.510,42	1.282.161,16
Recursos da ESF	43.600,00	0,00	0,00	43.600,00	0,00	43.600,00
Recursos da MAC	9.547.794,20	0,00	207.979.736,71	217.527.530,91	208.660.404,03	7.030.314,01
2010	Federais	Estaduais	Próprios	Total de receitas	Total de despesas	Saldo ao final
Recursos da APS	7.972.885,90	20.000,00	48.864.870,54	56.857.756,44	42.177.649,40	3.719.331,93
Recursos da ESF	0,00	0,00	1.885.035,52	1.885.035,52	0,00	1.928.635,52
Recursos da MAC	80.277.448,12	912.385,55	50.000.000,00	131.189.833,67	119.516.351,15	5.393.299,35
2011	Federais	Estaduais	Próprios	Total de receitas	Total de despesas	Saldo ao final
Recursos da APS	8.768.719,43	0,00	1.733.429,32	10.542.148,75	11.318.271,21	5.354.454,55
Recursos da ESF	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.120.222,29
Recursos da MAC	89.228.587,96	0,00	78.387.241,21	167.615.829,17	166.166.534,77	2.297.818,49
2012	Federais	Estaduais	Próprios	Total de receitas	Total de despesas	Saldo ao final
Recursos da APS	11.247.356,02	0,00	0,00	22.010.883,75	18.200.575,63	6.944.007,41
Recursos da ESF	0,00	0,00	313.665,88	313.665,88	0,00	2.433.888,17
Recursos da MAC	105.534.905,46	0,00	0,00	224.080.400,12	212.403.490,58	873.215,82
2013	Federais	Estaduais	Próprios	Total de receitas	Total de despesas	Saldo ao final
Recursos da APS	17.430.771,59	0,00	0,00	22.852.087,14	21.921.358,58	7.336.250,04
Recursos da ESF	0,00	0,00	3.051.138,21	3.051.138,21	0,00	5.485.026,38
Recursos da MAC	92.674.600,46	0,00	133.888.736,52	226.563.336,98	220.849.957,03	1.021.314,15
2014	Federais	Estaduais	Próprios	Total de receitas	Total de despesas	Saldo ao final
Recursos da APS	16.144.451,41	0,00	0,00	19.536.385,37	19.318.074,12	6.745.873,76
Recursos da ESF	124.000,00	0,00	0,00	456.442,01	469.935,07	5.471.533,32
Recursos da MAC	114.571.472,62	0,00	0,00	168.390.580,28	161.141.286,09	1.595.402,81
2015	Federais	Estaduais	Próprios	Total de receitas	Total de despesas	Saldo ao final
Recursos da APS	7.228.439,74	0,00	40.768,58	56.857.756,44	6.711.510,42	1.282.161,16
Recursos da ESF	43.600,00	0,00	0,00	43.600,00	0,00	43.600,00
Recursos da MAC	9.547.794,20	0,00	207.979.736,71	217.527.530,91	208.660.404,03	7.030.314,01

Fonte: Adaptação do SIOPS<sup>121</sup>.

<sup>121</sup> Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde. (SIOPS). Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/consExecFinanceira.php?S=1&UF=33;&Municipio=330100;&Ano=2015&Periodo=2.](http://siops.datasus.gov.br/consExecFinanceira.php?S=1&UF=33;&Municipio=330100;&Ano=2015&Periodo=2;)> Acesso em: 09/10/2017.

Merece ser realçado que a prefeitura de Campos dos Goytacazes/RJ entre 2009 e 2013 não investiu nenhum centavo sequer na ESF, o que aconteceu timidamente, somente a partir de 2014 quando houve a acanhada aplicação de R\$ 469.935,07 e de R\$ 2.420.329,02 até o final de 2015. Os números traduzem o inibido interesse da gestão municipal em trabalhar com o fortalecimento da APS, o que ensejou, como resultado, custos vultosos na MAC conforme pode ser constatado com o auxílio do gráfico 06.

Ao realizar uma comparação entre os investimentos feitos na APS de modo geral, na ESF e na MAC, é possível assinalar uma discrepância incontestável entre os valores aplicados. Merece ser sublinhado que as receitas direcionadas à MAC foram muito mais expressivas, merecendo duas observações: a primeira diz respeito ao fato de que as receitas são compostas de recursos federais, estaduais e próprios e, neste sentido, o município investiu desproporcionalmente muito mais dinheiro dos seus cofres na MAC em comparação ao que disponibilizou para a APS e para a ESF.

A segunda situação diz respeito ao descredenciamento das EqSF em função do que já fora debatido anteriormente e que teve como consequência, a perda de verbas federais e estaduais que poderiam ter sido utilizadas na ESF. Tal quadro revela que ao contrário da “benevolência” municipal quanto à liberação de recursos próprios a serem utilizados na MAC, a APS e a ESF não tiveram a mesma apreciação.

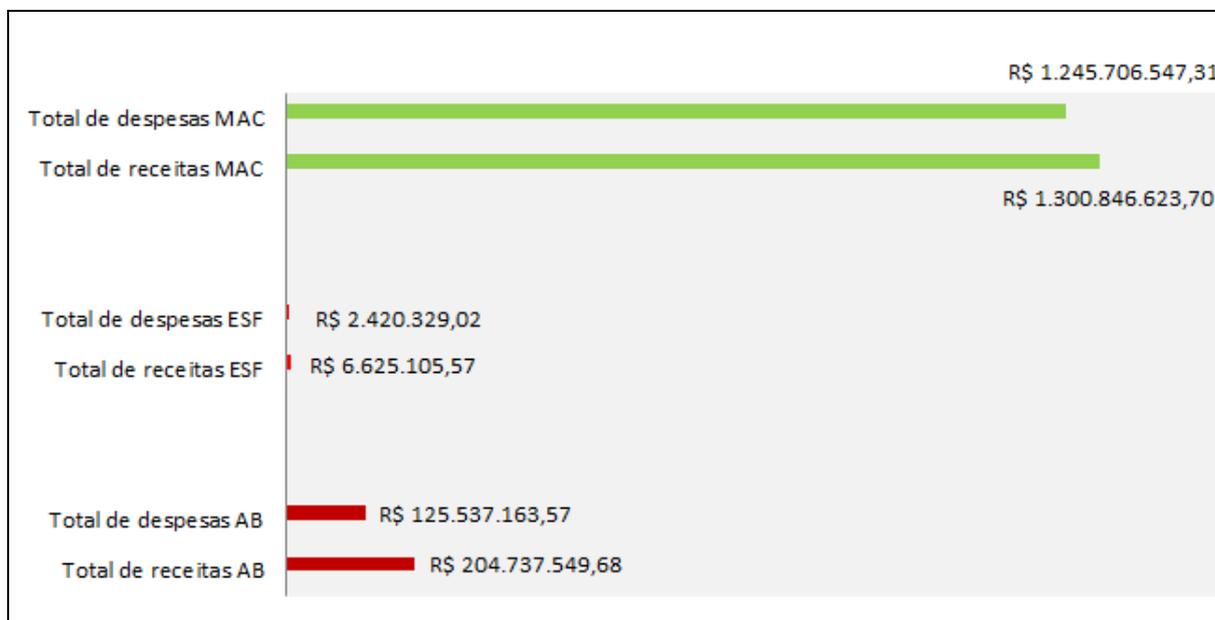
Novamente a partir da consulta ao site do SIOPS do MS e ainda com o auxílio da tabela 13, pode ser observado que ao final de 2015 houve o repasse de R\$ 105.770.790,20 pelo governo federal para a MAC de Campos dos Goytacazes/RJ e o município injetou em contrapartida R\$ 59.448.344,15. Deste total de valores, o montante de despesas foi de R\$ 156.968.523,66. Repetidamente se verifica discrepância com referência à ESF no que diz respeito aos valores recebidos e investidos que teve ao final do ano destacado R\$ 484.000,00 percebidos do governo federal e mais uma vez, não se fez uso de recursos próprios, investindo na ESF somente R\$ 1.950.393,95, valor expressivo se comparado com 2009 quando houve R\$ 0,00 de gastos com a política.

Mediante essa perspectiva, o gráfico 06 permite observar que entre 2009 e 2015 ocorreram investimentos muito maiores na MAC em comparação com recursos aplicados nos níveis primários de atenção da rede assistencial de saúde municipal. Cumpre esclarecer que a diminuição das receitas da ESF esteve correlacionada à interrupção do repasse federal de

---

verbas, em função da constatação da interrupção do trabalho das EqSF em Campos dos Goytacazes/RJ conforme já mencionado.

**Gráfico 06 - Total de receitas e de investimentos realizados pelo município de Campos dos Goytacazes/RJ nos três níveis assistenciais de saúde entre 2009/2015.**



Fonte: Adaptado do Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS, 2015)<sup>122</sup>.

Com base no exposto e na metodologia de avaliação de políticas públicas sugerida por Draibe (2001) se torna possível a constatação de que as aplicações financeiras feitas na saúde preventiva em Campos dos Goytacazes/RJ foram ínfimas, ocasionando a ineficiência dos serviços oferecidos à sociedade no que diz respeito ao campo da saúde coletiva.

<sup>122</sup> Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS, 2015). Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/consExecFinanceira.php?S=1&UF=33;&Municipio=330100;&Ano=2015&Periodo=2>>. Acesso em: 09/10/2017.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a trajetória de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciada a partir do final da década de 1970, sustentou-se sobre a busca por mudanças de paradigmas no que concerne ao modelo assistencial de saúde oferecido à sociedade brasileira a partir do final do período, impulsionada por figuras emblemáticas da academia, sindicatos de trabalhadores, sociedade civil, além de servidores públicos que ocupavam setores estratégicos na formulação de políticas públicas à época em destaque. Aliava-se a essa questão o processo de redemocratização que se desenhava paulatinamente no Brasil, chegando ao seu ápice ao final dos anos 1980 e início dos anos 1990.

Pensado como um modelo universal de acesso à saúde e inspirado em modelos de sucesso como o caso do modelo inglês, o SUS surgiu na tentativa de romper com um modelo fracassado de assistência, marcado pelas terceirizações e escândalos financeiros durante o período da ditadura militar, privilegiando grupos corporativos que vislumbravam a saúde exclusivamente como produto de mercado e que, sobretudo, amparava-se sobre uma ordem contributiva e excludente num país profundamente “assombrado” pela concentração de renda e pela desigualdade social, deixando a maior parte da população à margem do acesso aos serviços de assistência em saúde.

O Movimento conhecido como Reforma Sanitária, conduzido por acadêmicos e intelectuais, pela sociedade civil e pelos trabalhadores da saúde, foi o responsável por conduzir as ideias de universalização atreladas à seguridade social ao SUS, realizando um debate necessário em torno da saúde como direito inalienável a todo e qualquer cidadão que estivesse em solo brasileiro, inscrevendo, pela primeira vez na história do país, um capítulo único na Constituição Federal de 1988.

Cumprir lembrar que havia, na década de 1980, uma forte interferência dos países capitalistas de economia central, com destaque para o Fundo Monetário Internacional (FMI) e para o Consenso de Washington que prescreviam de forma impiedosa aos países da América Latina, dentre eles o Brasil, uma severa política de ajuste fiscal e de redução de gastos com as políticas sociais. O SUS nasceu, portanto, na contramão dos ditames fortemente aplicados à região da América Latina e que atendiam aos interesses do capital estrangeiro.

Em função disso, o seu processo de implantação foi lento, os municípios aderiram paulatinamente ao novo modelo que continha limitações importantes quanto ao repasse financeiro federal/estadual, necessário ao financiamento dos serviços de saúde ofertados à toda a população. Somente a partir de 1990, começaram a surgir as primeiras leis capazes de

regulamentar efetivamente o funcionamento do SUS, inclusive com as previsões acerca dos repasses financeiros.

A ideia inicial de descentralizar a gerência dos serviços de saúde para estados e municípios, e com isso, promover políticas capazes de atender às necessidades de acordo com os respectivos perfis loco-regionais, vem encontrando fortes barreiras desde a sua criação até os dias atuais e inúmeras são as causas, no entanto, a principal delas diz respeito a uma espécie de “sabotagem” praticada para atender aos anseios do capital que visa à saúde como mercadoria e não como instrumento de combate às desigualdades e às iniquidades de acesso aos cuidados de prevenção de agravos, reabilitação de danos transitórios ou permanentes e por fim, à promoção da saúde.

Nessa trajetória de avanço do SUS, surgiu, em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), que gradativamente se consolidou como um instrumento importante para a sua expansão, assumindo, a partir de 2006, a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ganhando *status* de política de saúde estatal. Vale lembrar que a ESF foi o modelo prioritário de organização da oferta de serviços de saúde proposto pelo Ministério da Saúde aos gestores estaduais e municipais, entretanto, não se desenvolveu em sua plenitude e embora não tenha se esgotado ou menos ainda fracassado, precisa ser repensado.

Como objeto central dessa pesquisa, a interrupção da ESF em Campos dos Goytacazes/RJ e os consequentes impactos negativos aqui comprovados, demonstrou-se que os mecanismos municipais de gestão operacional e financeiro devem ser revistos.

É alarmante constatar que um dos maiores produtores de petróleo do país, tenha de acordo com o censo IBGE de 2010, 83,6 % da sua população acima da linha da pobreza e, apesar de ter alcançado em 2006, 53 equipes de saúde da família (EqSF) com uma marca de 300.000 atendimentos desde a sua implantação em 1999, tenha chegado a zero equipes entre os anos de 2009 e 2014, contando apenas com 11 equipes ao final de 2014 e 16 EqSF ao final de 2015, perfazendo uma cobertura populacional de 11,69 %, quando o recomendado pelo MS é de 100%.

A interrupção da ESF no município a partir de 2008, e em definitivo a partir de 2009, trouxe consigo números indesejáveis. Campos dos Goytacazes/RJ apresentou uma expressiva elevação de 15% para 20,9% nas suas taxas de mortalidade infantil entre 2008 e 2009, números indesejáveis e acima da média brasileira, da média estadual e da média da região Norte Fluminense.

Quanto às taxas de mortalidade neonatal, mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal tardia e taxa de mortalidade externa (TME) em menores de 01 ano por infecção

respiratória aguda em Campos dos Goytacazes/RJ no decênio 2006/2015, nota-se novamente elevações expressivas entre os anos de 2008 e 2009, com especial relevância para as taxas de mortalidade neonatal e taxa de mortalidade neonatal precoce. Claramente, este era o momento de interrupção parcial/total da ESF no município, conforme já caracterizado anteriormente. Tais indicadores encontram-se bem esquadrihados na apresentação e na discussão dos resultados.

Outra informação importante diz respeito às Internações por Condições Sensíveis na Atenção Primária (ICSAP), em que do total de 5.069 internações ocorridas nos dois hospitais municipais: Ferreira Machado (HFM) e Geral de Guarus (HGG) entre 2010 e 2011, inconcebíveis 4.594 ocorreram por condições “muito” sensíveis à APS, representando um percentual estarrecedor de 90,6%. Inadmissíveis 89% dos óbitos ocorridos no HFM e outros 95,3% ocorridos no HGG foram em decorrência de doenças “muito” sensíveis à APS. (SILVA, 2012).

Outro dado, diz respeito às internações realizadas na pediatria dos dois hospitais acima mencionados no período compreendido entre 2010 e 2011, em que das 1.204 internações ocorridas no setor de pediatria, inacreditáveis 1.054 foram em decorrência de condições “muito” sensíveis à APS, o que representa uma incrível porcentagem de 87,5% de internações que poderiam ter sido evitadas por meio de uma APS resolutive. (SILVA, 2012).

Os números refletem na elevação de demandas judiciais que colocaram a Prefeitura de Campos dos Goytacazes/RJ no papel de protagonista na judicialização da saúde, pagando um preço elevado pelo pouco investimento na APS com reflexos diretos no aumento de custos nos níveis de Média e Alta Complexidade (MAC) de sua rede assistencial de saúde.

Somente no primeiro semestre de 2016, 45,65% das solicitações judiciais demandadas na Comarca Campista, tinham correlação com as Doenças Sensíveis à Atenção Primária (DSCAP). A grande busca por internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) via processo judicial, tem se tornado preocupante ao se constatar que, quase a metade dessas demandas correspondiam às DSCAP. (MEDEIROS, 2017).

Infelizmente, o tempo decorrido entre a execução e o desfecho da ação é em sua maioria longo demais, concorrendo para o agravamento clínico do cidadão e responsabilizando-se por 13,4% de óbitos à espera do exercício constitucional do direito de acesso à saúde. (MEDEIROS, 2017).

Merece ser realçado que entre 2008 e 2013 Campos dos Goytacazes/RJ, não investiu nenhum recurso financeiro na ESF, o que aconteceu ainda que insatisfatoriamente, somente a partir de 2014 quando houve a acanhada aplicação de R\$ 469.935,07 e de constrangidos

R\$2.420.329,02 até o final de 2015. Os números traduzem o inibido interesse da gestão municipal em trabalhar com o fortalecimento da APS, o que ensejou, como resultado, custos vultosos na MAC, além de condições de precariedade na saúde dos seus munícipes. (SIOPS, 2015).

Após os seus vinte anos de criação, em 2014 a ESF contava com mais de 600 mil trabalhadores de saúde em todo o Brasil, além de 39.943 mil unidades de saúde comportando 23.150 equipes de Saúde Bucal e 34.715 equipes distribuídas em todo o território nacional. Considerada num patamar de expansão e de consolidação de programas bem-sucedidos, continua sendo tratada como modelo prioritário de política de saúde pelo Governo Federal, é o que constata Melo (2013).

Analisando os números, é possível afirmar que a ESF avançou bastante no cenário nacional, no entanto, ainda tem muitos desafios pela frente, principalmente no que diz respeito à sua ampliação para os municípios com mais de 100.000 habitantes, caso do município em tela, fator que vem desencadeando ações do Governo Federal desde 2002, momento em que ocorreu a criação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)<sup>123</sup>, como uma estratégia para enfrentar essa dificuldade.

Dentre outros desafios, a exemplo da dificuldade de fixação de alguns profissionais nas equipes, em especial do profissional médico, se encontram também dificuldades na responsabilização do financiamento da APS/ESF, na política de capacitação, formação e na educação permanente dos profissionais que compõem as equipes, além da necessidade de inovação dos seus processos de monitoramento e avaliação dos resultados obtidos.

Conclui-se que, em virtude da sua interrupção, a trajetória de reconstrução e de consolidação futura da ESF no município de Campos dos Goytacazes/RJ terá um longo caminho a ser percorrido.

Para que ocorra o progresso no restabelecimento da ESF como uma política social verdadeiramente indutora de cidadania e redutora das iniquidades em saúde, acredita-se que deverão imperar, prioritariamente, a vontade política dos agentes públicos que comandam o executivo e o legislativo municipais, uma atuação dedicada do corpo operacional técnico do departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, além do protagonismo dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família em funcionamento.

---

<sup>123</sup> “Estratégia negociada pelo Ministério da Saúde, para vigência de sete anos como financiamento internacional, visando à organização e ao fortalecimento da atenção básica nos grandes centros urbanos do país (municípios com mais de cem mil habitantes)”. (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012a, p. 54-55).

Enfim, recomenda-se como indispensável o envolvimento da sociedade civil campista na busca pela garantia dos direitos universais de acesso aos serviços da rede de saúde local, a fim de que essa seja uma estratégia verdadeiramente capaz de produzir melhorias sustentáveis, oferecendo equidade à população no acesso à rede assistencial de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDER, Jeffrey. **A importância dos clássicos**. In: GIDDENS, Anthony; TURNER, Jonathan. Teoria Social Hoje. São Paulo, Ed. Unesp, 1999. pp. 23-89.

ALFRADIQUE, Maria Elmira *et. al.*, Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, jun. 2009. pp.1.337-1.349. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 15/06/2017.

ANDER-EGG, Ezequiel. **Introducción as las técnicas de investigación social**; para trabajadores sociales. Buenos Aires: Ed. Humanitas, 1978.

AROUCA, Antônio Sérgio. **Reforma Sanitária é irreversível**. Proposta Jornal da Reforma Sanitária, n. 1, mar. 1987. Editorial.

ARRETCHE, Marta. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Organizado por Nísia Trindade Lima, Silvia Gerchman e Flavio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ASTI VERA, Armando. **Metodologia da pesquisa científica**. Porto Alegre, Ed. Globo, 1974.

BARATA, Rita Barradas. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R.. Desigualdade e Pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 15, nº 42. 2000. pp. 123-142. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v15n42/1741.pdf>>. Acesso em: 22/05/2017.

BERLINGUER, Giovanni. (1988). Introdução. In: \_\_\_\_\_. A Doença. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1988.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A Sociedade como Realidade Objetiva**. In: A Construção Social da Realidade. Petrópolis, Ed. Vozes, 1985.

BOBBIO, Norberto; NICOLLA, Matteucci; PASQUINI Gianfranco. **Dicionário de política I**. Brasília, Ed. Universidade de Brasília, 1998.

BOCK, Kenneth. **Teorias do Progresso, Desenvolvimento e Evolução**. In: BOTTOMORE, Tom; NISBET, Robert. História da Análise Sociológica, Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1980. pp. 64-117.

BRASIL. **Lei N.º 8080/90**, de 19 de setembro de 1990a. Brasília: DF. 1990. Disponível em <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>. Acesso em: 06/01/2017.

BRASIL. **Lei N.º 8142/90**, de 28 de dezembro de 1990b. Brasília: DF. 1990. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 06/01/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES-DATASUS)**. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Estado.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp). Acesso em: 07/12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional Sobre Determinantes sociais da Saúde (CNDSS). **As causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, v.84, n. 216, p.22932, 6 nov. 1996a. Seção 1. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html). Acesso em: 06/01/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 1.459**, de 24 de junho de 2011. Brasília: MS, 2011a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 02/10/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 2.488**, de 21 de Outubro de 2011b. Brasília: MS, 2011b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Portaria2488.pdf>. Acesso em 02/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 2.670**, de 3 de novembro de 2009. Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Brasília, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2670\\_03\\_11\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2670_03_11_2009.html). Acesso em: 03/10/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 648/GM** de 28 de março de 2006. Brasília: MS, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf). Acesso em: 05/01/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8ª ed. 2010, 448 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Governo Federal. Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). In: **Saúde**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília: Ipea, 2011c. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/>. Acesso em: 06/01/2016.

BELL, Daniel. **Da sociedade industrial à pós-industrial: Teorias sobre o desenvolvimento.** In: BELL, Daniel. O advento da sociedade pós-industrial, uma tentativa de previsão social. São Paulo: Editora Cultrix, 1973. pp. 63-142.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1), 2000. pp. 163-177.

CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ. Plano Regional de Saneamento com Base Municipalizada nas Modalidades Água, Esgoto e Drenagem Urbana, 2012. pp. 10-13.

CARVALHO. Ailton Mota de. Políticas Sociais: Afinal do que se trata? Agenda Social. **Revista do PPGPS / UENF**. Campos dos Goytacazes, v. 1, n. 3 set-dez/2007. pp. 73-86.

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; FERREIRA, M.L.S.M.; REIS, J.R.; FRANCESCHINI, S.C.C. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. In: **Rev. Bras. Enferm.**, vol.62, n. 1, 2009. pp. 113-118.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre *et al.* **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas.** Viçosa, MG: Ed. UFV, 2013.

CUETO, Marcos. **Saúde Global: uma breve história.** Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2015.

CZERESNIA, D; MACIEL, EMGS; OVIEDO, RAM. **Os sentidos da saúde e da doença.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

DRAIBE, Sônia Maria. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de Carvalho (Orgs.). **Tendência e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais.** São Paulo, Ed. IEE/PUC, 2001. pp.13-42.

DRAIBE, Sônia Maria; RIESCO, Manuel. Estados de Bem-Estar Social e estratégias de desenvolvimento na América Latina. Um novo desenvolvimentismo em gestação? In: **Sociologias**, Porto Alegre, ano 13, nº 27, mai./ago. 2011. pp. 220-254.

DURKHEIM, Émile. **Da divisão social do trabalho social.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ENGELS, Friedrich. As grandes cidades. In: **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra.** São Paulo: Ed. Boitempo, 2010. pp. 67-117.

ESCOREL, Ligia Sarah; GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SENNA, Monica de Castro Maia; O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. In: **Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, 21(2), 2007. pp. 164-176. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>> Acesso em 22 Nov. 2016.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

ESPING-ANDERSEN. As Três Economias Políticas do Welfare State. In: **Rev. Lua Nova**, nº 24. São Paulo, 1991. pp. 85-116.

FARIA, Rivaldo Mauro & BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. In: **Raega - O Espaço Geográfico em Análise**. Curitiba, Ed. UFPR, n 17, 2009. pp. 31 – 41.

FILHO, Romulo Maciel; BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

FLEURY, Sônia e OUVENEY, Assis Mafort. Política de Saúde: Uma Política Social. In **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. pp. 01-42.

FLEURY, Sônia. **Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. Apresentado no Seminário Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde – Vinte anos do SUS: contradições e desafios**, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, setembro de 2008.

GERSCHMAN, Silvia. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GERSCHMAN, Silvia. Política e Gestão da Saúde no Governo do Estado do Rio de Janeiro. In: **Saúde e Políticas Sociais no Rio de Janeiro**. Organizado por Silvia Gerschman e Angela Moulin S. Penalva Santos. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2016.

GIDDENS, Anthony. **Marx, Weber e o desenvolvimento do capitalismo**. In: GIDDENS, Anthony. Política, Sociologia e Teoria Social. São Paulo: Ed. UNESP, 1998.

GIDDENS, Anthony; SUTTON, Philip W. **Conceitos essenciais da Sociologia**. São Paulo: Ed. Unesp, 2016.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SENNA, Monica de Castro Maia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; DELGADO, Mônica Mendonça; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; CUNHA Marcela Silva da; MARTINS, Maria Inês Carsalade; TEIXEIRA, Carina Pacheco. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. In: **Revista Ciência e saúde coletiva [online]**. vol. 14, n.3, 2009. pp. 783-794. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000300014&script=sci\\_abstract&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000300014&script=sci_abstract&tlng=e) s>. Acesso em: 28 Nov., 2016.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012a.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Política de Saúde: Uma Política Social. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012b. pp. 25-709.

GIRADE, Halim Antonio. Assim nasceu o programa de Saúde da Família no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Série I. História da Saúde no Brasil Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GOOGLE MAPS. Distância das Unidades Básicas de Saúde da Família para o Centro da Cidade de Campos dos Goytacazes/RJ. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Campos+dos+Goytacazes,+Campos+dos+Goitacaze+s++J/@21.7772274,41.4546501,11z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0xbdd5d1be81b545:0xee97b136e7168ee1!8m2!3d-21.7626682!4d-41.3184501>>. Acesso em 06/12/2016.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. pp.392-399.

HOUAISS, Antônio; VILLAR Mauro de Salles; MELLO, Francisco Manoel. **Pequeno dicionário Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo: Ed. Moderna, 2015.

JACCOUD, Luciana. Igualdade e equidade na agenda da proteção social. In: FONSECA, Ana, FAGNANI, Eduardo (Orgs.). **Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, v. 2, 2013.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 15(5), 2010. pp. 2307-2316.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. In: **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, 2011, pp. 867-874.

LAVINAS, Lena. Notas sobre os desafios da redistribuição no Brasil. In: FONSECA, Ana, FAGNANI, Eduardo (Orgs.). **Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Saúde como Negação da Negação**: uma Perspectiva Dialética. In: *Physis: Revista Saúde Coletiva*, rio de janeiro, 17 (1), 2007. pp.15-28.

LYRA, Diogo. **Consequências da Extinção da Estratégia Saúde da Família para oferta de assistência fisioterapêutica e de algumas especialidades Médicas no município de Campos dos Goytacazes, RJ**. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá./ – Rio de Janeiro, 2011.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Ed. Atlas, 1996.

MARTINS, Heloisa Helena T, de Souza. **Metodologia qualitativa de pesquisa**. Educação e Pesquisa. São Paulo, v. 30, n. 2, maio/agosto de 2004. pp. 289-300.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil e LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. pp. 44-50.

MEDEIROS, Luna Barreto. **A política de saúde e o sistema de saúde no município de Campos dos Goytacazes/RJ**: uma análise a partir da judicialização e das interações por condições sensíveis à atenção primária. Dissertação de Mestrado. CCH – Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UENF. Campos dos Goytacazes/RJ, junho de 2017.

MELO, LUCIANA. A Saúde da Família completa 20 anos e os parabéns são para você, trabalhador da saúde! In: **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano 14, números 35-36, maio/dez, 2013. pp. 40-53.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson Elias. As Práticas Sanitárias e as Relações Sociais Capitalistas. In: \_\_\_\_\_. **Capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo**. Coleção Clássicos da Saúde Coletiva. 2. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. pp. 23-57.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2014.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920**. Disponível em: <http://www.sohealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 12/10/2017.

MOLINA, Joaquim; SUÁREZ, Julio; CANNON, COSER Lucimar R.; OLIVEIRA, Glauco; FORTUNATO, Maria Alice. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. In: **Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, OUT 2014. pp. 177-189. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 07/01/2017.

MONKEN, Mauricio; BARCELLOS, Christovam. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. pp. 177-224. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/124.pdf>. Acesso em: 12/12/2016.

NAOMAR, de Almeida Filho. **O que é saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. pp. 435-472.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. 1978. Disponível em: < <http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 15/12/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10: **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 2ª edição. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para classificação de Doenças em Português. EDUSP. 1997. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 02/12/2016.

OXFAM BRASIL. A distância que nos une. Um retrato das desigualdades brasileiras. Disponível em:

<[https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/Relatorio\\_A\\_distancia\\_que\\_nos\\_une.pdf](https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/Relatorio_A_distancia_que_nos_une.pdf)>. Acesso em: 12/10/2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PARKIN, Frank. Estratificação Social. In: BOTTOMORE, Tom; NISBET, Robert. **História da Análise Sociológica**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1980. pp.781– 822.

PREFEITURA DE CAMPOS DOS GOYTACAZES. Distribuição das Unidades de Saúde da Família no Território de Campos dos Goytacazes/RJ. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Campos dos Goytacazes/RJ. Disponível em:<<http://www.arcgis.com/apps/Viewer/index.html?appid=69096582366e483bb651760a0711a984>>. Acesso em:12/12/2016.

RAFFESTIN, Claude. In: \_\_\_\_\_. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática S.A, 1993. pp.143-163.

SACK, R. **Human territoriality**: Its theory and history. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Ed. Cortez, 2003. pp. 07-92.

SANTOS, Milton. O Dinheiro e o Território. In: **Território Territórios**. Programa de Pós-Graduação em Geografia – PPGEO-UFF/AGB. Niterói, 2002. pp. 09-15.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In: SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura e SOUZA, Maria Adélia (Orgs.). **Território – Globalização e Fragmentação**. São Paulo, Hucitec/Anpur, 1998. pp. 15-20.

SANTOS, Milton. **O Espaço do Cidadão**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012.

SILVA, Aline Teixeira Marques Figueiredo. A organização da política pública de saúde no município de Campos dos Goytacazes/RJ: uma análise do acesso à Atenção Básica (2007-2011). Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense/UENF- Campos dos Goytacazes/RJ, março de 2012.

SILVA, Jovânia Marques de Oliveira e Silva; LOPES Regina Lúcia Mendonça; DINIZ, Maria Normélia Freire. **Fenomenologia**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, mar-abr; 61(2), 2008. pp. 254-257.

SILVA, Vera Lucia Marques da. **Política Social de Atenção Básica de Saúde**: o caso do Programa Saúde da Família no município de Campos dos Goytacazes (1999-2001). Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense/UENF- Campos dos Goytacazes, Fevereiro de 2003.

SIMMEL, Georg. **El pobre**. Ed. Sequitur. Madrid, 2014.

SOBOTTKA, Emil Albert. Por que se faz políticas sociais no Brasil? Notas sobre estratégias de legitimação nos últimos dois governos federais. In: **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v. 6, n. 1, jan.-jun, 2006. pp.79-93.

SOLIS, Sydney Sérgio F.; RIBEIRO, Marcus Venício T. O Rio onde o sol não brilha: acumulação e pobreza na transição para o capitalismo. In: **Revista Rio de Janeiro**, n. 9. jan./abr, 2003. pp. 117-140.

SOUSA, Maria de Fátima; HAMANN, Edgar Merchán. Programa de Saúde da Família: uma agenda incompleta? In: **Ciência e Saúde Coletiva**. 14 (supl. 1), 2009. pp.1325-1335.

SOUZA, Heloísa Machado de. Saúde da Família: uma proposta que conquistou o Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Série I. **História da Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. pp. 31-35.

SOUZA, Renato Barreto de. Clientelismo e voto em Campos dos Goytacazes. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense/UENF- Campos dos Goytacazes, 2004.

SPOSATI, A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: VERÁS, M. P. B. (Ed.) **Por uma sociologia da exclusão social**: o debate com Serge Paugam. São Paulo: Educ, 1999. pp. 04-05.

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

TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de Atenção à Saúde no SUS**: Trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, Nísia Trindade, GERCHMAN, Silvia, e EDLER, Flavio Coelho (Orgs.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. pp. 129-167.

TENDLER, Judith. **Bom governo nos trópicos** - Uma visão crítica; tradução de Maria Cristina Cupertino. – Rio de Janeiro: Revan, Brasília, DF: ENAP, 1998.

TRUJILLO FERRARI, Alfonso. **Metodologia da ciência**. Rio de Janeiro: Ed. Kennedy, 1974.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. In: **PHYSIS. Rev. De Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 15 (suplemento), 2005. pp. 225-264.

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

**APÊNDICES****01. ENTREVISTAS UTILIZADAS**

<b>Entrevistado (a)</b>	<b>Categoria profissional</b>
Profissional 1	Médico
Profissional 2	Cirurgião dentista
Profissional 3	Técnico em Enfermagem
Usuário 1	Usuário do SUS/ESF
Usuário 2	Usuário do SUS/ESF
Usuário 3	Usuário do SUS/ESF
Usuário 4	Usuário do SUS/ESF
Usuário 5	Usuário do SUS/ESF
Usuário 6	Usuário do SUS/ESF

**02. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****UENF**

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO – UENF  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS

## Termo de Consentimento para o uso de Voz e Imagem

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar de nosso estudo sobre o processo de reimplantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Campos dos Goytacazes/RJ entre os anos de 2009/2015, onde serão abordadas as perspectivas políticas, as percepções dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município, dos gestores municipais além dos usuários que utilizam o serviço em destaque.

Trata-se de uma Dissertação, desenvolvida por Jacinta de Aguiar Medeiros e orientada pelo Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano, do curso de Mestrado em Políticas Sociais do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro – CHH/UENF.

O (a) participante selecionado (a) poderá retirar-se da pesquisa em qualquer fase da mesma. Os registros efetuados no decorrer do estudo, serão usados para fins acadêmico-científicos, preservando-se sempre que solicitado o anonimato do entrevistado.

Em caso de concordância com as considerações expostas, solicitamos que assine este TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO no local indicado abaixo. Desde já agradecemos a sua colaboração, ressaltando-se que a qualquer momento, o participante poderá receber os esclarecimentos adicionais que julgar necessários.

NOME DO PESQUISADO (A): \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) pesquisado (a)

Campos dos Goytacazes/RJ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

### 03. ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS DA ESF.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO – UENF  
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS DA ESF

Dar as boas vindas, gravar a data, informar sobre o sigilo da identidade, informar sobre o uso das informações na dissertação e em artigos acadêmicos, falar sobre a assinatura do termo de consentimento e sobre a participação voluntária no estudo.

- 1) Há quanto tempo mora aqui na comunidade?
- 2) Há quanto tempo tem posto de saúde aqui?
- 3) Você utiliza o posto de saúde em média quantas vezes ao ano?
- 4) Quais os motivos fazem com que você venha à Unidade de Saúde?

Atendimento agendado para cuidados de prevenção ( )

Atendimento de urgência/emergência ( )

- 5) Considera o serviço do posto de saúde:

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

- 6) Quais profissionais mais busca na unidade?

Dentista ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Técnicos de Enfermagem ( ) Outros

Comente as razões:

- 7) Já ouviu falar sobre Saúde da Família? O quê?

- 8) Acha que houve alguma mudança no atendimento da equipe do Posto de Saúde nos últimos três anos? Se sim, quais seriam?

- 9) O que você considera positivo no atendimento prestado pela equipe de SF desta Unidade?

- 10) Quais são os *recursos materiais* que mais faltam na UBSF?

- 11) Considera as *instalações físicas da UBSF adequadas*? O que gostaria que mudasse?

12) Deseja que o trabalho da Saúde da Família aqui na sua comunidade seja mantido da forma que vem sendo feito? O que acha que deveria mudar?

13) Você acha que a saúde é um direito seu enquanto cidadão? Se sim, quem deve ser o responsável por mantê-lo? Em caso negativo, fale um pouco sobre o que pensa.

14) Você tem plano de saúde?

15) Gostaria de ter plano da saúde? Por quê?

16) Você considera que as suas necessidades de saúde são bem atendidas pelo posto de saúde?

Sim ( ) Não ( ) O que gostaria que mudasse?

17) Você tem alguma dificuldade para chegar até a UBSF? Se sim, quais seriam?

( ) Distância;

( ) Transporte coletivo pouco eficiente;

( ) Limitações de ordem física;

( ) Limitações econômico/financeiras;

( ) Ausência de meios próprios;

( ) Outros. Quais?

18) Recebe visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em sua casa?

( ) Mensal;

( ) Bimestral;

( ) Trimestral;

( ) Nunca;

( ) Não reconhece este profissional.

19) Recebe visitas dos demais profissionais da equipe? Em caso afirmativo, quais?

( ) Dentista;

( ) Enfermeiro;

( ) Médico;

( ) Técnico de Enfermagem;

#### **04. ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES OPERACIONAIS DA ESF.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO – UENF  
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS

Dar as boas vindas, gravar a data, informar sobre o sigilo da identidade, informar sobre o uso das informações na dissertação e em artigos acadêmicos, falar sobre a assinatura do termo de consentimento e sobre a participação voluntária no estudo.

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS GESTORES OPERACIONAIS**

- 1) Fale um pouco sobre a sua formação e sobre a sua trajetória profissional.
- 2) Como chegou à gestão e há quanto tempo trabalha no setor?
- 3) Qual a sua percepção acerca da criação e da expansão da política de Saúde da Família no Brasil e no município de Campos.
- 4) Quantas Equipes de Saúde da Família foram implantadas em Campos a partir de janeiro de 2009 após a realização do concurso em dezembro de 2008?
- 5) Todas as equipes implantadas seguem em funcionamento? Fale um pouco sobre a questão.
- 6) Quais foram os critérios de escolha para a implantação destas equipes nos seus respectivos territórios?
- 7) Todas as equipes funcionam com a formação mínima de profissionais preconizada pela Portaria 2488/2011 do Ministério da Saúde? Em caso negativo, quais profissionais faltam e quais seriam os motivos na sua concepção?
- 8) Todos os profissionais de saúde das equipes receberam o curso introdutório antes de entrarem no campo de atuação? Comente.
- 9) Nos locais onde foram implantadas as equipes, a gestão avalia se ocorreram mudanças nos indicadores de saúde da população atendida? Comente.

10) Na escala abaixo, em relação aos *recursos humanos* necessários ao bom funcionamento e a organização dos serviços, a fim de oferecer à população um atendimento de qualidade, em qual dos itens abaixo você classificaria as UBSF municipais?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

11) Na escala abaixo, no que se refere aos *recursos materiais e insumos* necessários ao bom funcionamento e a organização dos serviços, a fim de oferecer à população um atendimento de qualidade, em qual dos itens você classificaria as UBSF municipais?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

12) Na escala abaixo, no que se refere à *infraestrutura da UBSF* e aos equipamentos necessários para oferecer à população um atendimento de qualidade, em qual dos itens você classificaria as UBSF municipais?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

13) Poderiam ter sido implantadas novas equipes de Saúde da Família em Campos entre os anos de 2009 e 2015? Fale um pouco sobre o assunto.

14) Sob o seu ponto de vista, quais são as perspectivas da Saúde da Família no município de Campos, quanto a:

a) Sua permanência

b) Sua expansão

c) Sua qualidade

15) As equipes atuam de forma padronizada? Comente.

16) Poderia fazer algumas considerações finais sobre a Saúde da Família em Campos?

## 05. ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES EXECUTIVOS DA ESF.

**UENF**

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO – UENF  
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS GESTORES EXECUTIVOS**

Dar as boas vindas, informar sobre o uso das informações na dissertação e em artigos acadêmicos, falar sobre a assinatura do termo de consentimento e sobre a participação voluntária no estudo, sendo garantido a não deturpação das informações. Perguntar sobre o desejo do anonimato da identidade ou não.

- 1) De forma geral, como avalia a qualidade da rede de saúde de Campos?
- 2) O que considera que pode ser feito para avançar na qualidade dos serviços de saúde prestados aos municípios Campistas?
- 3) Acredita que o concurso do PSF ocorrido em 2008 tenha influenciado de alguma forma a reimplantação da Saúde da Família e a consequente expansão da Estratégia no município de Campos? Fale um pouco sobre o assunto.
- 4) O senhor participou/participa do processo de reestruturação da ESF em Campos? Comente de que forma.
- 5) Atualmente, o senhor avalia a quantidade de equipes de SF distribuídas pelo território municipal suficientes? Comente.
- 6) Considera necessária a expansão da ESF em Campos dos Goytacazes? Por quê?
- 7) O senhor considera a ESF como um instrumento capaz de favorecer avanços positivos nos indicadores de saúde da população? Faça uma breve análise.
- 8) O senhor acredita em mudanças no futuro sobre a permanência e sobre a expansão da ESF em Campos? Comente.
- 10) Na condição de gestor o senhor investiu/investe/investirá na expansão da ESF em Campos? Por quê?

11) Quais receitas o município poderia utilizar para a manutenção e para a expansão da Saúde da Família? Poderia falar um pouco sobre cada uma delas?

12) Poderia fazer algumas considerações finais sobre os principais desafios para a Saúde da Família em Campos para o futuro?

## 06. ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DA ESF



**UENF**

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO – UENF  
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DA ESF

Dar as boas vindas, gravar a data, informar sobre o sigilo da identidade, informar sobre o uso das informações na dissertação e em artigos acadêmicos, falar sobre a assinatura do termo de consentimento e sobre a participação voluntária no estudo.

1)Fale um pouco sobre a sua formação/profissão e sobre a sua trajetória profissional. Já havia trabalhado em Saúde da Família anteriormente?

2)Há quanto tempo trabalha na Saúde da Família de Campos dos Goytacazes?

3)Qual a sua percepção acerca da criação e da expansão da política de Saúde da Família no Brasil e no município de Campos?

4)Você recebeu curso introdutório antes de começar a trabalhar na sua equipe? Acha que isso interfere na qualidade do seu trabalho? Como?

5)A equipe na qual você atua tem o apoio da gestão para a operacionalização das tarefas diárias? Pontuaria itens a serem aprimorados?

6)A equipe de Saúde da Família na qual você trabalha está completa como preconiza o Ministério da Saúde? Quais profissionais faltam? Sob o seu ponto de vista, quais seriam as razões?

7)Na escala abaixo, em relação aos recursos humanos necessários ao bom funcionamento e a organização dos serviços, a fim de oferecer à população um atendimento de qualidade, em qual dos itens abaixo você classificaria a sua Unidade?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

8)Na escala abaixo, no que se refere aos insumos necessários ao bom funcionamento e a organização dos serviços, a fim de oferecer à população um atendimento de qualidade, em qual dos itens você classificaria a sua Unidade?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

9) Na escala abaixo, no que se refere à infraestrutura da UBSF e aos equipamentos necessários para oferecer à população um atendimento de qualidade, em qual dos itens você classificaria a sua Unidade?

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

10) Você acredita que o dinheiro repassado pelo Governo Federal ao Município seja suficiente para o financiamento adequado dos serviços de Saúde da Família em Campos? Comente.

11) Você considera que as verbas recebidas pelo governo municipal provenientes do Governo Federal são bem distribuídas na compra de materiais, insumos e equipamentos? Comente.

12) Você observa mudanças na qualidade de saúde da população atendida pela sua equipe? Se sim, quais seriam?

13) Você acredita que o trabalho desta equipe de Saúde da Família pode contribuir para melhorar as condições de saúde da população? Como?

14) Você observa avanços na implantação da Saúde da Família em Campos? Comente.

15) Quais são os maiores desafios da Saúde da Família em Campos para os próximos anos?

16) Você considera a Saúde da Família uma Política Social? Fale um pouco sobre isso.

17) Poderia fazer algumas considerações finais sobre a Saúde da Família em Campos?

## ANEXOS

### ANEXO I

#### LEI MUNICIPAL 8.005

**Lei nº 8.005, de 09 de junho de 2008**

**Cria cargos públicos e vagas na SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, para execução de atividades do Programa Saúde de Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Especialistas em Saúde Bucal (ESAUB), de Agente de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde, dá outras providências.**

**A CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES DECRETA E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:**

**Art. 1º** - Ficam criados na SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE cargos públicos e vagas para execução das atividades do PSF, PACS, ESAUB, de Agente de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde em número, denominação, valor de salário base e carga horária, de acordo com a Lei nº 11.350/06 e Portaria 648/GM – MS de 28/03/06, conforme anexo I desta Lei.

**Art. 2º** - O exercício dos cargos públicos destinados à execução de atividades do PSF, PACS, ESAUB, das atribuições e funções de Agente de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde nos termos desta Lei, dar-se-á, exclusivamente, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS do Município, na execução das atividades de responsabilidade deste ente federado, submetidos ao regime jurídico único municipal.

**Parágrafo único** - É vedado aos contratados sob a égide desta Lei:

I- receber atribuições, funções e ou encargos não previstos no contrato; ser cedido ou colocado à disposição de qualquer órgão, autoridade ou ente público federativo.

II – ser nomeado ou designado, para exercício de cargos de provimento em comissão.

**Art. 3º**- A carga horária e as atribuições comuns a todos os profissionais e as atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional dos ocupantes de cargos públicos para execução das atividades do PSF, ACS, ESAUB, estão definidas no Anexo II desta Lei, de acordo com a Portaria 648/GMMS, cabendo ao Gestor Municipal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

**Art. 4º** - O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício de suas atribuições conforme a Lei nº 11.350/06:

I - residir na área de comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;

II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;

III - haver concluído o ensino fundamental.

**Parágrafo único**- Para os fins do disposto no inciso I, considerar-se-á “área” o espaço geográfico definido, por Decreto do Poder Executivo Municipal, através dos estudos de territorialização.

**Art. 5º** - O Agente de Combate às Endemias deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício de suas atividades:

I - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;

II - haver concluído o ensino fundamental.

§ 1º - Não se aplica a exigência a que se refere o inciso II aos agentes que, em 05.10.2006, data da publicação da Lei Federal nº 11.350/2006, já estavam exercendo atividades próprias de Agente de Combate às Endemias e que foram contratados através de processo seletivo, de acordo com a Lei Municipal nº 6.713, de 23 de dezembro de 1998.

§ 2º - Passam a denominar-se Agente de Combate às Endemias os empregos públicos denominados Agentes Sanitários criados pela Lei Municipal nº 6.713, de 23 de dezembro de 1998.

**Art. 6º** - Os conteúdos programáticos dos cursos referidos no inciso I, do Art. 5º e inciso II do Art. 4º, bem como dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, serão adotados pelo Município, observadas as diretrizes curriculares definidas pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Educação.

**Art. 7º** - A contratação de profissionais para exercerem as atividades do PSF, PACS, ESAUB, de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, observando critérios, objetivos e os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

**Parágrafo único** - Caberá à Secretaria Municipal de Saúde certificar, no caso dos Agentes de Combate às Endemias, a existência de anterior processo de seleção pública, para efeito da dispensa de seleção pública referida no Parágrafo Único do Art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006 e Lei nº 11.350/06.

**Art. 8º** - Com vistas à necessidade e urgência na continuidade do serviço de saúde municipal, os profissionais que, na data de publicação desta Lei, exerciam atividades de profissionais do PSF, PACS, ESAUB, Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, interrompidas pela decisão liminar na Ação Civil Pública nº 2007.51.03.002965-3, vinculados diretamente aos gestores locais do SUS, à entidade de administração indireta ou a entidades contratadas pelo poder público, não investidos em cargo ou emprego público, e não alcançados pelo disposto no § 1º do Art. 5º desta Lei, desde que tais atividades sejam inerentes ao exercício dos empregos descritos no Anexo I desta Lei, serão contratados como temporários emergenciais do Município, até que seja concluída a realização de processo seletivo público pelo município, com vistas ao cumprimento do disposto nesta Lei, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta dias) prorrogáveis por igual período, a partir da data de publicação desta Lei.

**Art. 9º** - Fica vedada a contratação temporária ou terceirizada de profissionais para execução de atividades do PSF, PACS, ESAUB, bem como de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos, após o prazo previsto no artigo anterior, na forma da Lei aplicável.

**Art. 10** - Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a realizar processo seletivo público para preenchimento das vagas necessárias a para execução de atividades do PSF, PACS, ESAUB, bem como de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

**Art. 11** - As despesas decorrentes desta Lei correrão à conta das verbas próprias do orçamento vigente, ficando o Chefe do Poder Executivo autorizado a abrir os créditos adicionais necessários.

**Art. 12**. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS  
DOS GOYTACAZES, 09 de junho de 2008.**

**Alexandre Marcos Mocaiber Cardoso**

**- Prefeito -**

## **ANEXO I**

### **NÍVEL SUPERIOR**

Do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

### **2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS**

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

#### **A) DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, desenvolvendo atividades em unidades do PACS E DO PSF:**

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - Desenvolver atividades nas unidades PSF, desde que vinculadas às atribuições acima.

#### **B) DO ENFERMEIRO DO PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS):**

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;

IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento a UBS.

**C) DO ENFERMEIRO DO PSF:**

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na ESF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF.

**D) DO MÉDICO:**

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e família em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco/obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação o hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF.

**E) DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:**

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na ESF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF.

**F) DO CIRURGIÃO DENTISTA:**

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos

da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF.

**Campos dos Goytacazes, 09 de Junho de 2008.**

**ANEXO 2****NÚMERO DO PARECER CONSUBSTANCIADO COM BASE NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

FACULDADE REDENTOR

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O PROCESSO DE REIMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ ENTRE OS ANOS DE 2009/2015: AVANÇOS E DESAFIOS.

**Pesquisador:** Jacinta de Aguiar Medeiros

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 72812717.1.0000.5648

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA REDENTOR

**Patrocinador Principal:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO -

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.222.775