

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

EDUARDO MEOHAS

A implantação do PSF no Município de Resende: houve mudanças no modelo hegemônico de atenção à saúde?

Rio de Janeiro

2011

EDUARDO MEOHAS

A implantação do PSF no Município de Resende: houve mudanças no modelo hegemônico de atenção à saúde?

Projeto de dissertação apresentado no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, vinculado à linha de pesquisa: Organização, Gestão e Avaliação de Serviços Básicos de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra.

Rio de Janeiro

2011

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, EDUARDO MECHAS

assumo nos termos da legislação atinente, inteira responsabilidade sobre as fontes consultadas e citadas no trabalho intitulado

A IMPLANTAÇÃO DO P.S.F. NO MUNICÍPIO DE
RESENDE: HOUVE MUDANÇAS NO MODELO HEGEMÔNICO
DE ATENÇÃO À SAÚDE?

isentando o(a) professor(a) orientador(a)
Dr(a) CARLOS FONSELVES SERRA, e o Programa de Pos-Graduação Saúde da Família, da Universidade Estácio de Sá, de qualquer responsabilidade.

Estou ciente que, nos termos de deliberação do Colegiado do Programa, o plágio importa reprovação.

Rio de Janeiro, 21, 10, 2011.

Eduardo Mechias
Assinatura

Nome do(a) aluno(a): EDUARDO MECHAS

Matricula nº: 20090300060-4



Estácio

Universidade Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

***A IMPLANTAÇÃO DO PSF NO MUNICÍPIO DE RESENDE:
HOUE MUDANÇAS NO MODELO HEGEMÔNICO DE ATENÇÃO À SAÚDE?***

elaborada por

EDUARDO MEOHAS

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 05 de maio de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra
Presidente
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Hesio de Albuquerque Cordeiro
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Márcia Cristina Chagas Macedo Pinheiro
Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

Dedico este trabalho ao município de Resende, aos meus colegas do mestrado, aos meus mestres e a todos que de alguma forma contribuíram com a sua elaboração.

Agradecimentos

Retomar as atividades acadêmicas realizando um projeto de pesquisa teria sido uma tarefa muito difícil, não fosse ter um professor orientador com paciência e solidariedade para a conclusão do desafio.

Obrigado Professor Carlos G. Serra

Homenagem

A luta valoriza a glória. Para alcançá-la alguns tombam no caminho, outros resistem para fazer história.

Homenagear não é dever apenas de revolucionários e historiadores. É demonstração de gratidão dos beneficiários do resultado de lutas como a da Participação Popular, da Universalização do acesso e do entendimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, como promotor do bem estar de seus cidadãos.

Minha homenagem a todos os guerreiros da Reforma Sanitária e a minha alegria em ter um deles como Coordenador de nosso Mestrado.

Parabéns Professor Hesio Cordeiro

A reflexão não é apenas manifestação de racionalidade.
Quando objeto de aperfeiçoamento pessoal por sua
análise crítica contribui com o engrandecimento interior.
Certamente este projeto de pesquisa me propiciou isto.

Resumo

Este trabalho pretendeu resgatar, através da literatura, um período de mudanças políticas propostas por dois filósofos alemães Karl Marx e Friedrich Engels e pela contribuição sobre a dialética de Louis Althusser e Antonio Gramsci. O Materialismo Histórico influenciou políticas públicas por todo o mundo e no contexto das políticas sociais influenciou a universalização de direitos. No Brasil, profissionais da saúde, com base nessa proposta, criaram o Movimento da Reforma Sanitária, que se ampliou por diversos seguimentos representativos da sociedade e foi ganhando espaço com a implantação das Ações Integradas de Saúde, com a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde e, finalmente, no texto constitucional do Sistema Único de Saúde, norteado pelos princípios da universalização do acesso, descentralização, hierarquização, integralidade, participação popular e outros. A estratégia escolhida, a seguir, para romper com o modelo hegemônico de atenção à saúde foi o Programa Saúde da Família (PSF). Esta pesquisa analisou a implantação desse programa, no Município de Resende, localizado no Estado do Rio de Janeiro, tendo por foco o cumprimento dos princípios da Integralidade e da Participação da população. Em sua metodologia o estudo utilizou-se de dados quantitativos, através de pesquisa documental, e qualitativos com aplicação de roteiros de entrevistas semi-estruturados com os três gestores e com dois presidentes representantes do Conselho Comunitário de Saúde. A análise foi feita por quadriênios, envolvendo as gestões municipais nos períodos entre 1997-2000, 2001-2004, 2005-2008, e gestão atual 2009-2012. O objetivo da pesquisa foi identificar se Resende rompeu com o modelo hegemônico de atenção à saúde com a implantação do PSF. O resultado da pesquisa mostrou que embora as gestões municipais estejam se esforçando para colocar em prática os princípios do SUS como instrumento de mudança do modelo hegemônico, este processo de ruptura não pode ser atribuído à Estratégia Saúde da Família, embora sua contribuição seja significativa. Para a consolidação desse processo, algumas sugestões podem ser inferidas, baseadas na leitura dos resultados do trabalho. Entre elas: a redefinição da rubrica orçamentária, formulação de políticas de recursos humanos para fixação de profissionais de saúde, não à política de terceirização como norma, priorização do PSF para reorganizar a atenção primária de saúde e redimensionamento da sua área de abrangência, aperfeiçoamento do sistema de referência e Contrarreferência com a informatização da rede de serviços de saúde e o uso permanente da intersetorialidade no planejamento das ações de saúde.

Palavras chave: Programa Saúde da Família, Integralidade e Participação da comunidade.

Abstrat

This work intends to recover, through literature, a period of policy changes proposed by two German philosophers Karl Marx and Friedrich Engels and the contribution of the dialectic of Louis Althusser and Antonio Gramsci. Historical Materialism referenced policies around the world and in the context of social policies influenced the universal rights. In Brazil, health professionals, based on this proposal, created the Health Reform Movement, which has grown by several representative segments of society and was gaining ground with the implementation of the Integrated Health Actions, with the creation of Decentralized Health System and finally, in the constitutional text of the Unified Health System, guided by the principles of universal access, decentralization, hierarchy, completeness, popular participation and others. The strategy chosen, then, to break with the hegemonic model of health care was the Family Health Program (PSF). This research examined the implementation of this program in the municipality of Resende, located in the State of Rio de Janeiro, with the focus on compliance with the principles of integrality and involvement. In its methodology the study used quantitative data through desk research, and qualitative implementation of roadmaps of semi-structured with three managers and representatives of the two presidents Community Health Council The analysis was done by four years, involving the municipal administrations in the periods 1997-2000, 2001-2004, 2005-2008, 2009-2012 and current management. The objective of this research was to identify whether Resende broke with the hegemonic model of health care with the implementation of the PSF. The survey results showed that although the municipal administrations are struggling to put into practice the principles of the NHS as a tool of the hegemonic model of change, this process of breakdown cannot be attributed to the Family Health Strategy, although their contribution is significant. To consolidate this process, some suggestions can be inferred, based on reading the results of the work. Among them: the redefinition of the budget item, development of human resources policies to fix health care, not the policy of outsourcing as a rule, prioritization of the PSF to reorganize primary health care and streamlining its area of coverage, improving the reference system and cross-reference with the computerization of the network of health services and the continued use of intersectoral planning of health actions.

Keywords: Family Health Program, Wholeness and Community Participation.

Lista de Siglas

ACS - Agentes Comunitários de Saúde.
AIS - Ações Integradas de Saúde.
CCS - Conselho Municipal de Saúde.
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos Sociais.
CNS - Conferência Nacional de Saúde.
CONASP - Conselho Nacional de Segurança Pública.
DATAPREV - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social.
DATASUS - Departamento de Informática do SUS.
ESF - Estratégia Saúde da Família.
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz.
IAPAS - Instituto Aposentados e Pensionistas e de Assistência Social.
INANPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social.
MEC - Ministério da Educação e Cultura.
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social.
MS - Ministério da Saúde.
NOAS - Norma de Operação de atenção a Saúde.
NOB - Norma de Operação Básica.
OPAS - Organização Pan- Americana da Saúde.
PAB - Programa de Atenção Básica.
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PROESF - Programa de Expansão da Saúde da Família.
PSF - Programa Saúde da Família.
SMS - Secretaria Municipal de Saúde.
SUCAN - Superintendência
SUDS - Serviço Único Descentralizado de Saúde.
SUS - Serviço Único de Saúde.
USF - Unidade Saúde da Família.

TABELAS

Tabela 1: Distribuição da população de Resende, RJ no período 1997/2001.....	página 53
Tabela2: Recursos* destinados à saúde de Resende, RJ (1998/2000).....	página 54
Tabela 3: Cobertura populacional _ população cadastrada no PSF segundo número de equipes implantadas no Município de Resende, RJ (1999 – 2000). *.....	página 55
Tabela 4: Distribuição das visitas domiciliares segundo os membros da equipe PSF no Município de Resende, RJ (1999/2000).....	página 55
Tabela 5: atendimentos especializados e internações (1999 e 2000).....	página 56
Tabela 6: Produção ambulatorial do SUS referenciada pelo PSF no Município de Resende, RJ (01/1997 a 10/1999).....	página 57
Tabela7: Distribuição das gestantes com seis ou mais consultas cadastradas no pré-natal no Município de Resende, RJ (1997/2000).....	página 58
Tabela 8: Coeficiente de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos no Município de Resende, RJ (1997 a 2000).....	página 58
Tabela 9: Número de casos de tuberculose em Resende, RJ (1997 a 2000).....	página 59
Tabela 10: Número de casos de hanseníase em Resende, RJ (1997 a 2000).....	página 59
Tabela 11: Distribuição das formas de abastecimento de água e cobertura da população no Município de Resende, RJ, ano 2000.....	página 61
Tabela 12: Distribuição das formas de instalações sanitárias e sua relação com a cobertura da população no município de Resende, RJ, ano 2000.....	página 62
Tabela 13: Destino do lixo e sua distribuição pela população no município de Resende, RJ, ano 2000.....	página 63
Tabela 14: Distribuição da população do município de Resende, RJ (2001/2004).....	página 65
Tabela15: Recursos destinados à saúde* no município de Resende, RJ (2001/2004)	página 65
Tabela 16: Cobertura populacional _ população adscrita cadastrada no PSF segundo número de equipes implantadas no município de Resende, RJ (2001/2004).	Página 66
Tabela 17: Distribuição das visitas domiciliares (VD) segundo os membros da equipe PSF no município de Resende, RJ (12001/2004)	página 67
Tabela 18: atendimentos especializados e internações hospitalares por encaminhamento das equipes PSF no Município de Resende, RJ (2001/2004)	página 68
Tabela 19: Produção ambulatorial do SUS referenciada pelo PSF no Município de Resende, RJ (2001/Outubro 2004)	página 69
Tabela 20: Distribuição das gestantes com seis ou mais consultas cadastradas no pré-natal no Município de Resende, RJ (2001/2004)	página 70
Tabela 21: Coeficiente de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos no Município de Resende, RJ (2002/2004).	Página 70
Tabela 22: Número de casos de tuberculose no Município de Resende, RJ (2001/2004)	página 71
Tabela 23: Número de casos de hanseníase no município de Resende RJ (2001/2004).....	Página 71

Tabela 24: Distribuição da população do Município de Resende, RJ (2005/2008)	página 76
Tabela 25: Recursos* destinados à saúde no Município de Resende, RJ (2005/2008)	página 77
Tabela 26: Cobertura populacional e consultas médicas, segundo número de equipes PSF implantadas no município de Resende, RJ (2005/2008).	página 78
Tabela 27: Distribuição das visitas domiciliares (VD) segundo os membros da equipe PSF no município de Resende, RJ (2005/2008).....	página 79
Tabela 28: atendimentos especializados e internações hospitalares por encaminhamento das equipes PSF no Município de Resende, RJ (2005/2008).....	página 80
Tabela 29: Produção ambulatorial do SUS referenciada pelo PSF no Município de Resende, RJ (2005/2007)	página 80
Tabela 30: Distribuição das gestantes com seis ou mais consultas cadastradas no pré-natal no Município de Resende, RJ (2005/2008).....	página 81
Tabela 31: Número de casos de tuberculose no Município de Resende, RJ (2005/2008)	página 81
Tabela 32: Número de casos de hanseníase no município de Resende, RJ (2005/2008).	Página 82
Tabela 33: Cobertura populacional e consultas médicas, segundo número de equipes PSF implantadas no município de Resende, RJ (2009/2011).	Página 86
Tabela 34: Distribuição das visitas domiciliares (VD) segundo os membros da equipe PSF no município de Resende, RJ (2009/2011)	página 87
Tabela35: atendimentos especializados e internações hospitalares por encaminhamento das equipes PSF no Município de Resende, RJ (2009/2011)	página 88
Tabela 36: Distribuição das gestantes com seis ou mais consultas cadastradas no pré-natal no Município de Resende, RJ (2009/2010).....	página 88
Tabela 37: Número de casos de tuberculose no Município de Resende RJ (2009).....	página 89
Tabela 38: Número de casos de hanseníase no município de Resende RJ (2009)	página 89

Sumário

Agradecimento	V
Homenagem	VI
Resumo	VIII
Abstrat	IX
Lista de Siglas	X
Sumário	XIII
Introdução	18
1. Referencial Teórico	20
1.1 O materialismo histórico	20
1.2 Antecedentes históricos e ideológicos do Movimento da Reforma Sanitária: uma reflexão.	24
1.3 Ações Integradas de Saúde (AIS) – 1983 – 1985: os primeiros passos no caminho das mudanças.....	30
- Princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde. Entre outros:	30
- Planejamento e administração descentralizados.....	31
- Instâncias deliberativas permeáveis à negociação política.	31
- Possibilidade concreta de participação popular organizada.....	31
- Percurso para o estabelecimento do Sistema Unificado de Saúde.	31
- Respeito ao princípio federativo.....	32
- Respaldo de forças sociais atuantes no setor.....	33
- Perspectivas mais concreta de viabilidade.....	33
- Incorporação do planejamento à prática institucional	33
- Responsabilidade das universidades na formulação e implementação de políticas de saúde.....	34
1.4. Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) – A Estratégia-ponte para a implantação do Sistema Universal da Saúde.....	34
1.5 A Saúde na Nova Constituição	35
1.6 — SUS – Princípios e Diretrizes – A Base Operacional dos Serviços e Ações de Saúde.....	37
1.7. PSF: Origem e propósitos.....	39
1.7.1 - A Expansão do PSF em 1996.	42
1.7.2 O PSF, a integralidade e participação da comunidade no Município de Resende.	44

2. Problema	47
3. Objeto.....	48
4. Pressupostos	48
5. Questão Norteadora	48
6. Objetivos.....	48
6.1 Geral	48
6.2 Específicos.....	48
7. Materiais e Métodos	49
7.1. Desenho do Estudo/Procedimentos.....	49
7.2 Cenário do Estudo.....	52
O Município de Resende	52
Localizado na microrregião II da Região de Saúde do Médio Paraíba, o Município de Resende tem, de acordo com o IBGE (2009) uma população 130.035 habitantes, ocupando uma área de 1.113.507 km ² . A Região do Médio Paraíba é formada por 11 municípios, sendo a microrregião II composta pelos seguintes municípios: Itatiaia, Resende, Porto Real, Quatis, Barra Mansa e Rio Claro.....	52
A condição de gestão deste Município é a de Gestão Plena do Sistema Municipal (NOAs 2001), que passou a ser referência para hemoterapia segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), conduzido pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em 2004.	52
8. Resultados e Discussão	53
8.1 Quadriênio (1997 – 2000).....	53
8.1.1 População.....	54
8.1.2 Recursos para a saúde.....	54
Em relação ao comportamento das receitas tributárias e da sua execução orçamentária no decorrer do quadriênio, deve-se esclarecer que na Prefeitura de Resende não se trabalha com projeções orçamentárias e sim com execução e quando se refere às despesas só se considera as empenhadas, ou seja, as comprometidas com o pagamento.....	54
8.1.3 Integralidade	55
8.1.3.1 Cobertura do PSF	55
Visitas domiciliares.....	56
8.1.3.2 Oferta de serviços.....	57
8.1.3.3 Referência, Contrarreferência e Regulação do Sistema	61

8.1.3.4 Intersetorialidade.....	61
8.1.4 Participação Popular no Conselho Municipal de Saúde (CMS) e aspectos inter-relacionados.....	64
8.1.5 Considerações sobre o quadriênio 1997 – 2000.....	65
8.2 Quadriênio (2001 – 2004).....	65
8.2.1 População.....	66
8.2.2 Recursos para a saúde.....	66
8.2.3 Integralidade	67
8.2.3.1 Cobertura do PSF	67
Visitas domiciliares.....	68
8.2.3.2 Oferta de serviços.....	68
8.2.3.3 Referência, Contrarreferência e Regulação do Sistema.	73
8.2.3.4 Intersetorialidade (saneamento, questões ambientais e desenvolvimento econômico).	73
8.2.4 Participação Popular no Conselho Municipal de Saúde (CMS) e aspectos inter-relacionados.....	73
Entrevista com a Secretária de Saúde do período 1997/2004.	74
Anamaria de Carvalho Schneider, enfermeira, doutora em Saúde pública, secretária de saúde durante os quadriênios de 1997/2000 e 2000/2004 foi convidada a assumir a Secretaria de Municipal de Saúde devido a necessidade da Prefeitura de dotar a gestão de maior capacidade técnica e de reduzir as interferências de interesses de grupos privados da saúde na gestão pública municipal.....	74
8.2.5 Considerações sobre o quadriênio 2001/2004	76
8.3 Quadriênio (2005 – 2008).....	76
8.3.1 População.....	77
8.3.2 Recursos para a saúde.....	77
8.3.3 Integralidade	78
8.3.3.1 Cobertura do PSF	78
Visitas domiciliares.....	79
8.3.3.2 Oferta de serviços.....	80
8.3.3.3 Referência e Contrarreferência e Regulação do Sistema.	83
8.3.3.5 Intersetorialidade (saneamento, questões ambientais e desenvolvimento econômico).....	83

8.3.4 Participação Popular e aspectos inter-relacionados	84
Entrevista com José Luis Anastácio Balieiro	85
8.3.5 Considerações sobre o quadriênio 2005/2008	86
8.4 Gestão de 2009 a 2011	86
8.4.1 População.....	87
8.4.2 Recursos para a saúde.....	87
8.4.3 Integralidade.	87
8.4.3.1 Cobertura no PSF.	87
8.4.3.2 Oferta de serviços.....	88
8.4.3.3 Referência e Contrarreferência e regulação do sistema.....	90
8.4.3.4 Regulação do sistema.	91
8.4.3.5 Intersetorialidade (saneamento, questões ambientais e desenvolvimento econômico.....	91
8.4.4 Participação Popular e aspectos inter-relacionados	92
Entrevista de Daniel Brito Pereira	92
8.4.5.3 Considerações sobre o biênio 2009/2010	94
9. Participação Popular.....	94
Esta diretriz do Sistema Único de Saúde foi examinada através das entrevistas com dois presidentes do CMS, membros do Conselho há muitos anos, com experiências vivenciadas dentro dos períodos referentes à gestão nos três quadriênios completos e no biênio correspondente ao último, selecionados para análise neste trabalho.	94
Entrevista com Soraia de Andrade Costa.....	94
Entrevista com Evaldo Melo	96
10. Considerações finais.....	97
11. Conclusão	102
Referências Bibliográficas	105
ANEXOS	110

Introdução

A proposta da Reforma Sanitária Brasileira tem seu marco histórico na década de 1970, quando as críticas e estudos sobre o sistema de assistência à saúde vigente começaram a ser publicizadas, envolvendo, nesse processo, estudantes, profissionais de saúde, professores universitários, pesquisadores, alguns sindicatos, associações de moradores, etc. (PAIM, 1999).

Este autor também relata que os problemas identificados e criticados no modelo de atenção do sistema hegemônico de saúde do Brasil eram: a desigualdade de acesso aos serviços de saúde; a inadequação dos serviços às necessidades da população; a qualidade insatisfatória e a ausência de integralidade. Em relação à gestão, apontava-se a alta centralidade do processo decisório.

O movimento político e social iniciado em 70 teve uma base ideológica forte com a participação efetiva de lideranças de esquerda, principalmente aquelas ligadas ao Partido Comunista Brasileiro (PCB). Para Nascimento (2007) as teses defendidas pelo partido deram respaldo para a estratégia de publicização da saúde, cuja ênfase recaía no binômio capitalismo/saúde e democracia/saúde.

Em relação ao Movimento Sanitário, que nesta década voltou-se para a democratização da saúde e pela volta do estado de direito no Brasil, Arouca assim se referiu:

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

A população brasileira testemunhou e vivenciou na década de 80, conforme afirmaram Noronha e Levcovitz (1994), as profundas transformações no seu sistema de saúde, a crise financeira da Previdência Social com impactos dramáticos na assistência médica previdenciária durante o regime autoritário; a transição democrática repleta de conflitos e

contradições e a elaboração da chamada Constituição Cidadã, contendo amplas garantias democráticas e sociais.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, consolidou inúmeras proposições da Reforma Sanitária que tinham como base ideológica a saúde como direito de cidadania. Entre os princípios e diretrizes aprovadas, o conceito ampliado de saúde, a criação de um sistema único de saúde, o acesso universal, a atenção integral, a criação e ampliação de um orçamento, descentralização e a participação da comunidade se constituíram no eixo estruturante do novo sistema de saúde brasileiro.

A partir da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde, que se constituíram no “SUS formal”, segundo PAIM (1999), e das NOBs e NOAS, editadas em 1990 e 2000, com o propósito de consolidar a descentralização, melhorando as condições de gestão dos municípios, a luta política tem sido para concretizar, na prática, os princípios e diretrizes do SUS, fundamentais para a superação do modelo hegemônico de atenção à saúde, alimentado e fortalecido pelos governos militares.

Certamente foi determinante o comprometimento ideológico da vanguarda do movimento sanitário para implantação do SUS no Brasil, assim como o foi para que legislação complementar viesse a ser aprovada, seguidas de normas, portarias, chegando aos estados e municípios de todo o país.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, foi definido como,

“Um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária” (BRASIL, 1994).

Além do atendimento clínico, suas atividades incluem grupos terapêuticos, visitas e internações domiciliares, entre outras. A partir de 1997 passou a ser considerado como uma estratégia para a reorganização e consolidação da Atenção Primária de Saúde e dos princípios e diretrizes do SUS num território sob sua responsabilidade (BRASIL, 1998). Nesse sentido também necessita do comprometimento do gestor para atingir seus propósitos.

A Reforma Sanitária Brasileira pode ser considerada tardia, preconizando princípios democráticos nacionalizadores com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) numa conjuntura neoliberal. As transformações transcorridas nas políticas de saúde após a

Constituição de 1988, teriam tido como consequência uma inclusão segmentada, ou seja, vários "cidadãos" de várias "qualidades" cobertos por distintos benefícios (FLEURY - 1994). Embora haja avanços político-administrativos oriundos desta mudança, existem obstáculos para adequar o modelo assistencial aos princípios reformadores como equidade no acesso e na integralidade das práticas.

A municipalização e a consolidação de sistemas regionais e locais, orientados por políticas como a estratégia da Saúde da Família, aparecem como possibilidades setoriais que poderiam facilitar a superação dessas dificuldades (BRASIL, 1993, 1994, 1996, 1998, 2001). Originalmente visto como um programa, o PSF foi levado à condição de estratégia para reorientação das políticas locais de saúde, passando a ser guiada pelos princípios da atenção básica. O Programa Saúde da Família trás na sua origem a criação e a consolidação de Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde e Fundos correspondentes.

O município de Resende no Estado do Rio de Janeiro, com população atual de 130.000 habitantes e com razoável cobertura pelo Programa Saúde da Família foi o cenário escolhido para a realização da pesquisa.

Dessa maneira, este estudo pretende contribuir para a avaliação do processo de implantação do PSF, investigando no município se as gestões municipais, em diferentes contextos políticos e sociais tiveram, ao optarem pela implantação do PSF, o objetivo de resgatar princípios e diretrizes do SUS, ampliando o acesso aos serviços e ações de saúde, e o de melhorar as condições de saúde e de participação da população na elaboração das políticas sociais.

1. Referencial Teórico

1.1 O materialismo histórico

Há um entendimento comum de ser uma abordagem metodológica ao estudo da sociedade, da economia e da história que foi, pela primeira vez, elaborada por Karl Marx e Friedrich Engels (1818-1883), ainda que Marx não usasse tal expressão.

Foi Althusser, ao demonstrar a irremediável ruptura entre Hegel e Marx, que periodiza a obra de Marx, distinguindo um período de juventude, ainda ideológico, não marxista, um período de maturação, no qual Marx formula o corpo conceitual de sua teoria, mas ainda em

parte prisioneiro da ideologia burguesa, e o período da maturidade, em que a teoria do materialismo histórico é fundada em bases científicas rigorosas.

Desta forma, Althusser deixa ver na própria constituição da teoria marxista a emergência da problemática científica do interior do campo da ideologia e em luta com ele. A afirmação do caráter materialista da teoria de Marx, formada por um conjunto de conceitos científicos, como os de modo de produção, relações de produção, forças produtivas, ideologia, luta de classes, infraestrutura, superestrutura e etc, vai se contrapor à interpretação do marxismo como um vago humanismo, ancorado na noção de homem e de seus "predicados", que remete ao direito burguês e à circulação mercantil, e que sustenta, portanto, os "valores" da própria ideologia burguesa dominante.

Igualmente, Althusser rompe com a concepção de que para Marx o "motor" do processo social e histórico seria o desenvolvimento das forças produtivas, de tal sorte que um progresso linear em direção ao comunismo já estaria inscrito na história como destino inelutável. Rompendo com essa concepção teleológica e economicista, Althusser mostra que Marx, especialmente em *O capital*, sustenta o primado das relações de produção, abrindo a história para as incertezas da luta de classes.

Nesse sentido, no entendimento de Althusser, recupera-se a noção de determinação em última instância do econômico, dando, assim, às instâncias da superestrutura uma eficácia própria, que pode permitir a elas jogar o papel dominante na reprodução das relações sociais. A dialética marxista, assim, é o contrário direto da dialética hegeliana, na qual a contradição se apresenta como o desdobramento de um princípio interno simples, ao passo que em Marx ela é sempre sobre determinada, isto é, a contradição nunca se apresenta pura, mas como uma conjunção de determinações eficazes incidindo sobre um determinado objeto.

Segundo Mangolin (2006) Althusser criticou também a concepção de ideologia como falsa consciência, compreendendo-a como "uma representação da relação imaginária dos indivíduos com as relações de produção e com as relações delas derivadas", e lhe emprestando uma irreduzível materialidade, tal como aparece no conceito de Aparelhos Ideológicos de Estado, que veio permitir que a concepção marxista de Estado fosse ampliada e aprofundada.

É interessante observar como Louis Althusser analisa o processo social como fenômeno objetivo, e não como o resultado da vontade de um sujeito. A sua intervenção teórica ao romper com os limites impostos pelas leituras hegelianas de Marx, põe em

evidência a capacidade explicativa e transformadora do marxismo, colocando-se, assim, entre as análises marxistas.

Ainda de acordo com Mangolin (2006, p.191) “Althusser, indubitavelmente – é forçoso reconhecer – apesar de ter concebido uma solução de contornos altamente problemáticos é responsável por um esforço que visava instalar o marxismo”.

Em *Marxismo e Humanismo*, texto elaborado em 1963, Althusser afirma que uma ideologia é um sistema (possuindo a sua lógica e o seu rigor próprios) de representações (imagens, mitos, ideias ou conceitos segundo o caso) dotadas de uma existência e de um papel histórico no seio de uma dada sociedade, a ideologia como sistema de representações se distingue da ciência, visto que a sua função prático-social tem preeminência sobre a função teórica (ou função de conhecimento).

Toda e qualquer proposta inovadora trás algum nível de discussão em seus fundamentos e Althusser entende que a constituição dos indivíduos em sujeitos deriva, assim, do suposto mecanismo de “interpelação” característico de toda ideologia, que propicia a transformação, através das relações imaginárias do indivíduo com as suas condições de existência, também imaginária do indivíduo em sujeito. Em suma, essa transformação que se dá, no nível do imaginário, é dada pelo mecanismo interpelativo de toda ideologia, que nas práticas e rituais dos aparelhos ideológicos de Estado possibilita o reconhecimento (fase-de-espelho) do indivíduo, enquanto sujeito, no contexto específico daquela ideologia.

Dessa maneira, a interpelação teria além da função de transformar imaginariamente o indivíduo em sujeito, também a de “conduzir sua auto sujeição ao sistema dominante e por essa via, assegurar a reprodução social em seu conjunto”. Portanto, ser um *sujeito* é um efeito da sujeição à ideologia, é um efeito da permanente inserção dos indivíduos e suas ações em rituais e práticas conduzidas pelos aparelhos ideológicos de Estado, na medida em que o reconhecimento de ser um sujeito é um reconhecimento de caráter ideológico, segundo Althusser, imposto pela própria ideologia (VAISMAN, 2006, p.264).

Assim, a constituição do sujeito deriva da sujeição do indivíduo concreto ao esquema ideológico dominante. Em outro lugar, mas sobre a mesma questão, o filósofo francês reconhece que o indivíduo pode ser agente de uma prática, mas só o será na condição de “se revestir da forma sujeito”. O aspecto a ser ressaltado é que no ensaio sobre o Aparelho Ideológico do Estado (AIE), apesar de aparência em sentido oposto, Althusser “não se liberou inteiramente da identificação entre ideologia e deformação (toda deformação tem um

conteúdo verdadeiro sob a forma falsa), nem da oposição ideologia-verdade que lhe é correlativa” (VAISMAN, 2006, p 264).

A esse respeito, Althusser declara que, estando todos os indivíduos como que submersos na realidade da ideologia, em sendo essa realidade inescapável e insuprimível, verdadeira condição eterna que engolfa a todos, “é preciso situar-se fora da ideologia, isto é, no conhecimento científico para poder dizer: estou na ideologia (caso excepcional) ou (caso mais geral) estava na ideologia” (VAISMAN, 2006, p.265).

VAISMAN (2006, p. 265) reafirma, assim, aquilo que se tornou a “marca registrada” de sua obra: a contraposição ciência *versus* ideologia, além de atribuir ao cientista a “posição privilegiada para revelar a verdade oculta sob o véu mistificador das mentiras coletivas”. Althusser eleva a instância ideológica ao estágio de verdadeira função, desfrutando de uma autonomia relativa que não permite mais sua inclusão, de maneira mecânica, no que a subentende.

Mas esse distanciamento da ideologia comunista é reforçado pela hipertrofia desta última, a qual assume a forma de uma estrutura transhistórica, a que Althusser recorre para construir a teoria. A eficácia do ideológico redundava, pois, na criação, pelas práticas induzidas, de sujeitos em situação de enfeudação absoluta em face do lugar que lhes é atribuído; os transforma em objetos mistificados de forças ocultas representadas por um novo sujeito da história: a ideologia.

O entendimento adotado neste trabalho sobre o Materialismo Histórico e a proposta de relacioná-lo ao estudo das gestões municipais de Resende será melhor entendida no Referencial Teórico, quando buscou-se resgatar a ideologia do Movimento de Reforma Sanitária, origem dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e berço de criação de uma proposta de ruptura do modelo hegemônico de saúde, o Programa Saúde da Família.

O município de Resende está dentro deste mesmo contexto político e social, quer em sua origem, quer em sua expansão, sendo que o PSF reflete a identidade existente aos princípios que nortearam sua construção e evolução até os dias de hoje. O acompanhamento por periodização em quadriênios, coincidentes com períodos de gestão, a alternância entre gestores de matizes político-ideológicas distintas, serão perceptíveis mais adiante, quando da análise de resultados.

1.2. Antecedentes históricos e ideológicos do Movimento da Reforma Sanitária: uma reflexão.

No que diz respeito à ideologia do Movimento da Reforma Sanitária, Marx & Engels em *A Ideologia Alemã* demonstram que passado é a abstração da história anterior e que ele é o determinante da história atual. Esta afirmação nos conduz a pensar que, o Movimento da Reforma Sanitária pode estar inserido neste contexto pela frustração com o modelo de atenção à saúde existente, hegemônico até meados de 1980, de influência Flexeriana, cujas características de medicalização, demanda espontânea, de mistura do público com o privado, assistencialismo, especialização e de atenção essencialmente curativa e individual se mostrou incapaz de responder as demandas existentes na ocasião, quer pelos seus custos quer pela sua eficácia.

Antonio Gramsci em 1989 na *Concepção Dialética da História*, fala da necessidade das ideologias, pela sua capacidade de organização e mobilização para as lutas, entendendo as ideologias como necessárias para as transformações, revoluções e etc. Por analogia, lembramos que na origem do Movimento da Reforma Sanitária, buscava-se, como caminho natural, sensibilizar as autoridades quanto à necessidade de mudanças e, para isto, organizar e comprometer outros segmentos sociais com seus ideais e politizar a reformulação do modelo de saúde existente no Brasil.

Era preciso, então, dar validade a propostas ideológicas de modelos que se contrapunham ao hegemônico, tal como o proposto por Bertrand Dawson em 1920 (SERRA, 2003) na Inglaterra, cujo relatório poderia ser considerado como um contraponto às propostas americanas de Abraham Flexner, adotadas pelas faculdades de medicina brasileiras. Nesse sentido, inicialmente, os esforços concentravam-se na divulgação do entendimento sobre as influências sociais como fatores geradores de doenças, para depois politizar, ganhar a consciência coletiva, com a participação ampliada na luta pela causa da Reforma Sanitária.

No setor acadêmico, pesquisadores, estudantes formulavam e discutiam caminhos, mas o conhecimento ainda era restrito. Tornava-se, nesse momento, importante ampliar e comprometer outros e maiores segmentos da sociedade e conquistar a validade ideológica, que significava a adesão e o fortalecimento da causa da Reforma Sanitária e a propagação de seus princípios.

Marx & Engels, ainda em 1846, escreveram outra interessante observação em *A Ideologia Alemã*, a de que não seria a consciência determinante da vida e sim o inverso, e que era necessária uma ação prática, buscando um sentido material e prático à vida. Afirmavam que “A primeira diferença histórica desses indivíduos, em relação aos animais, não é o fato de pensar, mas o de produzir os seus meios de sobrevivência”. Com esta sentença, mais uma vez Marx afasta-se de Hegel e dá continuidade ao pensamento que, depois passou a ser conhecido como Materialismo Histórico.

Antônio Gramsci, em 1955, sentenciou que uma nova cultura não significa apenas descobertas originais, mas que para sua construção seria necessário difundir criticamente verdades já descobertas, fazendo-nos refletir que não existe mudança e evolução se não forem para servir a coletividade.

O Movimento da Reforma Sanitária também, de forma análoga, entendeu que não bastava o pensar, havia a necessidade de um desdobramento prático e este início se daria pela difusão das ideias, socializando-as além dos limites técnicos, compartilhando com a sociedade e interagindo com as suas organizações.

E isto começa a ocorrer no início da década de 1970, quando o campo denominado “Medicina Social”, que se diferenciava e buscava alternativas que contemplassem uma articulação entre as Ciências Sociais, a Epidemiologia com ênfase na determinação social das doenças e as Políticas de Saúde, teve o mérito de buscar a superação entre as orientações funcionalistas das ciências do comportamento (CORDEIRO, 2004)

Dessa forma, pode-se deduzir que o embrião do Movimento da Reforma Sanitária ocorreu nesta ocasião e, de forma paralela, pesquisadores da fundação Oswaldo Cruz, como Sergio Arouca, uniram-se ao grupo da Medicina Social, pois já apontavam para estudos socioeconômicos e epidemiológicos nos grupos populacionais de seu âmbito.

Nos anos 1970, mais especificamente 1974, o Movimento questionou a organização do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS) no Governo Geisel, que iniciara um processo de expansão da cobertura previdenciária. INAMPS, INPS, IAPAS, LBA, FUNABEM, DATAPREV são siglas das políticas sociais desse período. É de 24 de outubro de 1974 o protocolo firmado entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Previdência e Assistência (MPAS), que vai gerar o Convênio MEC-MPAS, estabelecendo novas bases para a relação entre Hospitais Universitários e a Previdência Social (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

Pouco a pouco foram afunilando-se as discussões, que, posteriormente, vieram a ser incorporadas e apropriadas como as diretrizes e princípios do SUS, como: descentralização, atendimento integral, participação popular, universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização.

Uma influência determinante na organização e avanço do Movimento de Reforma Sanitária foi a divulgação e participação em conferências internacionais, dentre as quais a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, ocorrida na URSS entre os dias 6 e 12 de setembro de 1978, certamente, a mais relevante. No relatório final de Alma Ata encontramos respaldo para as proposições do Movimento de Reforma Sanitária, entre outros:

1. É direito e dever dos povos participar, individual e coletivamente, no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde;
2. Desenvolver os cuidados primários com a saúde;
3. Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

A influência de Alma-Ata no Brasil motivou o Movimento de Reforma Sanitária, que avançava, mas ainda de forma pouco articulada, a buscar novas informações e conhecimentos que pudessem respaldar de forma técnica a necessidade de uma verdadeira revolução no modelo.

Com o financiamento de renomados pesquisadores, tais como Fabio Celso de Macedo Soares, Juan Cesar Garcia, José Pelúcio Ferreira, Mario Chaves, Carlos Gentile de Melo, José Roberto Ferreira e outros pela Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e pelo apoio da Fundação Kellogg mobilizaram-se muitos professores e alunos, estimulados pelo movimento internacional na América Latina e na Europa que desaguaram em Alma Ata.

Estes novos atores, apropriando-se das informações, passaram a disseminar a proposta, com novas teorias sobre a saúde, e a práxis reformista do sistema de saúde. Nesse contexto, e desde o início, o projeto do Instituto de Medicina Social (IMS), inspirado na teimosia e obstinação do prof. Américo Piquet Carneiro, pretendia reformar a teoria, sem se

alijar da prática. O trabalho intelectual não se dissociaria das ações técnicas ou políticas (CORDEIRO, 1991).

A persistência nos órgãos governamentais na ideia de investir-se em um modelo que na prática já havia se mostrado obsoleto, não apenas pela sua ineficácia, mas também pelo seu alto custo, acabava por revigorar ainda mais o Movimento pela reforma Sanitária.

Grupos de profissionais, intelectuais, professores e pesquisadores configuravam uma oposição às propostas para o setor implementadas pelos governos militares. Sua produção científica, datada dos anos 70 de 80, visava à construção de uma nova política efetivamente democrática. Segundo Noronha e Levcovitz (1994, p.80-81), “dentre os escritos destacaram-se os produzidos pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a partir de 1976, por Carlos Gentili Mello e pelas equipes do IMS/UERJ e ENSP/FIOCRUZ”.

Paralelamente, o Movimento Sanitário incorporou conhecimentos desenvolvidos por pesquisadores de Saúde Coletiva e orientou práticas e técnicas que serviram de base para a organização do SUS. O processo em curso na década de 90 resultou em novos conceitos relativos à Estado e Mercado, no campo da saúde (CORDEIRO, 2004).

Alguns dos autores acima citados não apenas vivenciaram o momento, mas protagonizaram e perceberam que atravessávamos por um momento histórico. Mais do que formuladores filosóficos, vieram mais tarde a participar das transformações na prática, assumindo funções executivas em órgãos governamentais, em posições estrategicamente decisivas.

Ainda que o Movimento avançasse, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, criou o Sistema Nacional de Saúde, inspirada numa visão sistêmica, ordenando e consolidando as mesmas funções, duplicações e superposições, que já mobilizavam o pensamento crítico das políticas de saúde (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985). A VI Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 01 e 05 de agosto de 1977 buscou legitimar a concepção sistêmica na saúde, evitando reconhecer e estabelecer prioridades.

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil desenvolvia-se de forma mais intervencionista e o universo das ações na área da promoção da saúde ou da contextualização dentro da problemática social era bastante tímida.

Durante o período dos governos militares houve uma exacerbação do modelo hegemônico. A necessidade de responder a campanhas que buscavam incutir na população o sentimento de que vivíamos um momento de extraordinário desenvolvimento econômico e

social, o “milagre econômico”, fez com que as autoridades ampliassem a rede de contratados e conveniados. Com o fim desta fase e o início da crise previdenciária a situação na saúde agravou-se.

As críticas ao complexo médico-empresarial e o exercício de propostas de descentralização e municipalização, brotavam rabiscos de alternativas, traduzidos em novos cursos, seminários, documentos, reuniões no Sindicato dos Médicos ou no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Desses debates resultou a aprovação do documento intitulado A Questão Democrática na Área da Saúde, apresentado pela diretoria nacional do CEBES, com base em trabalho elaborado por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da UERJ (Hésio Cordeiro, José Luis Fiori e Reinaldo Guimarães), acrescido das principais reivindicações do setor, transformando-se em documento-base para as conclusões finais do encontro (CEBES, 1980).

No final de década de 1970 havia uma verdadeira ebulição nas discussões e propostas. Foi aprovado um documento no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde em outubro de 1979, que estabelecia alguns princípios que seriam adotados pela Reforma Sanitária: 1) o direito à saúde como direito universal e inalienável; 2) o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; 3) o papel do Estado no sentido de regular para obstaculizar os efeitos mais nocivos das leis do mercado na área da saúde (CEBES, 1980); 4) descentralização, regionalização e hierarquização; 5) participação popular e controle democrático. Entre as medidas iniciais, destacava-se “criar o Sistema Único de Saúde”.

Com o documento de 1979 surgiu, então, uma proposta já mais estruturada e elaborada propondo uma rede nacional, regionalizada e descentralizada, com unidades básicas de caráter público para aplicação de medidas preventivas e atendimento de emergência, incluindo acidentes de trabalho. Além dos médicos e funcionários, a contratação de pessoal auxiliar deveria ser fortemente estimulada.

No âmbito do governo, o debate sobre as medidas saneadoras envolvia a extinção da assistência médica do escopo dos benefícios previdenciários, com sua substituição pelo seguro saúde privado no molde chileno, isto é: pagamento da assistência médica pelo segurado de acordo com faixas de renda, a eliminação de determinados benefícios, incluindo a aposentadoria por tempo de serviço com 35 anos de idade (CORDEIRO, 1991).

Passaram-se alguns anos de debate entre as entidades médicas e os hospitais que defendiam essa forma de pagamento, contrapondo-se ao que Carlos Gentile de Melo denominara de incontrolável fator de corrupção. As medidas racionalizadoras ficaram

conhecidas como o Plano do CONASP, que adotou parâmetros de cobertura e concentração para a assistência hospitalar, ambulatorial, e procedimentos complementares de diagnóstico e tratamento, que passaram a ser adotados para a programação anual e para a análise da necessidade de expansão de serviços (CORDEIRO, 1991).

Embora de forma lenta, os avanços foram acontecendo. Uma etapa importante nesta transição do sistema de saúde no Brasil foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), ainda no governo militar. Embora céticos em relação à seriedade dos propósitos, os pesquisadores e militantes da Reforma Sanitária com suas críticas acabaram por conseguir que ela viesse a cumprir um papel de estratégia ponte.

Os passos decisivos para que se elaborassem os princípios e a prática da Reforma Sanitária foram dados na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre 17 e 21 de março de 1986, após conferências preparatórias efetuadas em todos os estados da Federação. Sob a presidência de Antônio Sergio da Silva Arouca (FIOCRUZ), tendo como vice-presidente Francisco Xavier Beduski (superintendente da SUCAM) e como relator Guilherme Rodrigues da Silva (USP), os congressistas debateram de forma ampla e acalorada os temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor.

Participaram da Conferência mil delegados com direito a voto e cerca de 3 mil participantes, que constituíram 135 grupos de trabalho. O relatório final consagrou teses do debate acadêmico e político. Cabe destacar que a VIII Conferência de Saúde definiu, de forma conclusiva, diretrizes e princípios que norteariam toda a luta a seguir no processo constituinte que se avizinhava.

Entre os pontos do Relatório que se transformaram em lei na nova Constituição Federal e vieram a nortear todas as ações do SUS, estão:

- A saúde como um direito de cidadania, universal e garantida pelo Estado.
- A reafirmação do determinante social e econômico do processo saúde-doença.
- Criação do Sistema único de Saúde (SUS).
- Universalização da cobertura.
- Atendimento Integral.
- Participação Popular.
- Equidade no acesso.

- Regionalização.
- Descentralização.
- Hierarquização.

(BRASIL, 1985)

1.3 Ações Integradas de Saúde (AIS) – 1983 – 1985: os primeiros passos no caminho das mudanças.

A recuperação da estratégia das Ações Integradas de Saúde pela política de saúde do período pós-ditadura militar e início da redemocratização (BRASIL, 1985) enseja um conjunto de indagações entre os interessados na concretização das mudanças na área de saúde. Como uma proposta vinda do governo ditatorial pode servir a um regime democrático? Como garantir a participação social e popular organizada sem cooptar ou atrair suas lideranças nas comissões interinstitucionais? Como custear a universalização da atenção médico-hospitalar dentro de uma política governamental de corte de gastos públicos? Como acabar com a inércia burocrática e com o clientelismo político que sabotam as propostas mais avançadas de planejamento de saúde? Como é possível decidir por consenso em instâncias colegiadas compostas de instituições com diferentes interesses, propostas e pesos políticos? Como acreditar nessa proposta de mudança se parte substantiva dos recursos do INAMPS ainda era canalizado para o setor privado?

Essas e outras perguntas estão presentes nos debates sobre as AIS, em distintas oportunidades, e deixam perplexos os profissionais responsáveis pela elaboração dos programas e pela sua implementação e avaliação.

As Ações Integradas de Saúde, um dos planos racionalizadores do CONASP, apresentavam:

- Princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde.

Entre outros:

- Integralidade das ações de saúde;
- Valorização das atividades básicas, utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública;

- Desenvolvimento de recursos humanos, participação dos segmentos sociais na definição de necessidades e na avaliação (BRASIL, 1984).

- Planejamento e administração descentralizados.

A constituição de comissões nos níveis estadual, regional, municipal e local possibilitou a descentralização do processo de planejamento e da administração, um corte em relação às práticas autoritárias e tecnocráticas que deformaram o trabalho dos técnicos de saúde no Brasil. Na medida em que essas comissões se estruturaram e dispuseram de secretarias técnicas permanentes, abriu-se uma grande possibilidade de experimentação de alternativas técnicas e políticas capazes de redefinir o planejamento e a administração de saúde. Assim, o entendimento teórico da relação entre saúde e estrutura social, possibilitado pela contribuição das ciências sociais para a área de saúde coletiva estimularam o repensar do planejamento de saúde. O campo de experimentação aberta pelas AIS, permite hoje refazê-lo crítica e praticamente (PAIM, 1986)

- Instâncias deliberativas permeáveis à negociação política.

A existência dos órgãos colegiados decisórios, anteriormente citados, redimensionou a concepção funcionalista de integração predominante na teoria de sistemas. Em vez da mera integração "religiosa" ou mesmo "ecumênica" em que todos se mobilizariam com o humano, a fim de melhorar a saúde do povo e, ao contrário de uma unificação autoritária em que o governo decide unilateralmente pela extinção de instituições ou pela criação de outras, tem-se uma colaboração negociada, na qual sujeitos concretos, representantes de interesses distintos, passam a desenvolver um trabalho conjunto e politizável, reconhecendo a diversidade e as peculiaridades dos demais. (PAIM, 1986).

- Possibilidade concreta de participação popular organizada.

A participação da população na definição de necessidades, no encaminhamento de soluções, na fiscalização e controle dos serviços de saúde e na avaliação do nível de desempenho da assistência prestada (PAIM, 1986).

- Percurso para o estabelecimento do Sistema Unificado de Saúde.

A experiência da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) no Brasil, em 1966, propiciada pela ditadura colocou sob suspeição as iniciativas visando à implantação brusca de um sistema unificado de saúde. Ainda que se reconheça tratar-se de uma imagem-objeto, vislumbrada num leque variado de propostas de reforma de saúde, não se pode perder de vista a perspectiva estratégica já inscrita no Documento do CEBES de 1979 (PAIM, 1986).

O documento, aprovado no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, em outubro de 1979, estabeleceu alguns princípios que seriam adotados pela Reforma Sanitária:

- O direito à saúde como direito universal e inalienável;
- O caráter intersetorial dos determinantes da saúde;
- O papel do Estado no sentido de regular "para obstaculizar os efeitos mais nocivos das leis do mercado na área da saúde" (CEBES, 1980);
- Descentralização, regionalização e hierarquização;
- Participação popular e controle democrático;
- Entre as medidas iniciais, destaca-se "criar o Sistema Único de Saúde".

Propunha-se, então, uma rede nacional, regionalizada e descentralizada, com unidades básicas de caráter público para aplicação de medidas preventivas e atendimento de emergência, incluindo acidentes de trabalho, com médicos funcionários dos sistemas únicos e pessoais auxiliarem, que deveria ser fortemente estimulado.

- Respeito ao princípio federativo.

A organização do Estado Brasileiro estabelece diferentes níveis de poder como o federal, o estadual e o municipal. Nesse sentido, qualquer proposta que incida sobre a reestruturação dos serviços de saúde no plano nacional tem que se adequar a essa organização, particularmente no que se refere à autonomia dos níveis estadual e municipal (DALLARI, 1985).

As AIS respeitavam tal autonomia, ainda que contrabalançassem o peso do município e do estado na definição das respectivas políticas de saúde, através da representação do Ministério da Saúde, do MPAS, e do Ministério da Educação nas CIS, CRIS, CIMS e CLIS.

- Respaldo de forças sociais atuantes no setor.

A proposta das AIS, como estratégia para a reorientação do setor saúde e enquanto travessia para a unificação progressiva do sistema foi assumida integralmente pelo Parlamento da Saúde, constando do Relatório Final do V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados em novembro de 1984 (Paim, 1986). Este evento constituiu-se no maior fórum de debates com categorias e entidades representativas da área dos últimos anos. Posteriormente, a estratégia das AIS foi recomendada pelo Grupo de Trabalho Parlamentar do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (GT do PMDB) e incorporada pelo documento do Coordenador do Plano de Ação do Governo COPAG, encaminhado ao presidente eleito Tancredo Neves, especialmente no item correspondente ao plano de emergência (PAIM, 1986).

- Perspectivas mais concreta de viabilidade.

As AIS surgiram da iniciativa do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), organicamente vinculado ao INAMPS, instituição hegemônica na prestação de serviços de saúde no Brasil. Tratando-se de uma proposta originalmente racionalizadora, com espaços democráticos de reserva, era orgânica a conjuntura de transição e poderia ser aprofundada e ampliada pela ação dos movimentos sociais e dos partidos políticos. A proposta das AIS constituía-se na política prioritária do INAMPS e do MPAS junto ao combate às fraudes e ao fortalecimento dos serviços próprios (PAIM – 1986)

- Incorporação do planejamento à prática institucional

O estímulo à elaboração de planos que contemplassem uma aproximação à realidade local e a sua compatibilização nos níveis regional e estadual representava uma prática inovadora nas instituições de saúde. A definição de metas físicas a partir do diagnóstico de saúde e a absorção progressiva do planejamento pela prática dos agentes de saúde era uma estratégia de revisão dos parâmetros da época, mas aprimoramento dos instrumentos de programação e a socialização do saber planejador entre os trabalhadores de saúde era uma meta a ser alcançada (PAIM, 1986).

- Responsabilidade das universidades na formulação e implementação de políticas de saúde.

É oportuno lembrar que os movimentos sociais e políticos avançaram com a luta pela Anistia, sendo que o retorno dos exilados políticos, a luta por eleições diretas livres e democráticas, as rupturas políticas nas bases de sustentação do governo militar prenunciavam um momento novo a ser vivenciado.

A anistia se consolidou, novos atores surgiram no cenário político, governadores vindos do exílio com propostas progressistas foram eleitos, as eleições diretas foram rejeitadas pelo Congresso Nacional, mas o processo de avanço democrático não parou.

Com a posse de José Sarney, em 15 de março de 1985, na Presidência da República, devido à doença e ao trágico falecimento de Tancredo Neves, logo após ter sido eleito Presidente, em eleição indireta pelo colégio Eleitoral, assumiu o Ministério da Previdência e Assistência Social o ministro Waldir Pires, que manifestou desde o início de sua gestão, grande sensibilidade para as propostas de reforma da saúde e do sistema de seguridade social. “A Previdência é viável” foi seu lema desde sempre. Na Saúde, José Saraiva Felipe foi nomeado para a Secretaria de Assistência Médica do MPAS e Henri Jouval Jr. assumia interinamente a presidência do INAMPS, até que se concluísse o processo de decisão a respeito do novo presidente do INAMPS.

A escolha de Waldir Pires e sua equipe, de certa forma, já tranquilizavam os setores progressistas e, sobretudo os mais ativos militantes do Movimento de Reforma Sanitária, mas a posse de Hésio Cordeiro na presidência do INAMPS e o seu afastamento da docência e das pesquisas do Instituto de Medicina Social só vieram a ocorrer em 22 de maio de 1985 (CORDEIRO, 1985).

1.4. Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) – A Estratégia-ponte para a implantação do Sistema Universal da Saúde.

O SUDS significou a “criação de um sistema único de saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional, separando-se totalmente a saúde da previdência e incorporando-os (possivelmente) ao orçamento global da União” (BRASIL, 1986).

Paim (1990) defendeu a proposta de uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolvessem trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor. O argumento primordial era o da necessidade de conquistar apoios em favor de mudanças, a partir de ações administrativas e institucionais, que representassem melhorias objetivas na organização dos serviços e no atendimento à população. As estratégias intermediárias expressaram-se, até 1986, pelas Ações Integradas de Saúde e, a partir de 1987, pela substituição das AIS pelo Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde.

1.5 A Saúde na Nova Constituição

O processo constituinte foi rico em seu debate e na correlação de forças estabelecida: de um lado, o poder econômico da indústria farmacêutica, de equipamentos médicos, de seguros de saúde, de medicina de grupo, da rede privada de hospitais e serviços contratados ou conveniada do INAMPS, AIS e SUDS; do outro, o movimento de Reforma Sanitária, incorporando não apenas o setor acadêmico ligado à saúde, mas também os estudantes, amplos setores da sociedade organizada, além das bancadas de partidos progressistas e setores moderados e, até mesmo, conservadores motivados pelo grande apelo popular que a proposta encerrava (BRASIL, 2006).

A implantação do Sistema Único de Saúde dependia da consolidação de seus fundamentos na nova Constituição Federal, aprovada e promulgada a 5 de outubro de 1988. Os princípios da saúde como direito de cidadania e incorporada ao conceito de seguridade social foram debatidos num processo do qual participaram ativamente pesquisadores, líderes sindicais, lideranças políticas, administradores de saúde. As controvérsias ainda hoje persistem e se constituem objeto de indagações, tais como:

- O conceito de universalidade de cobertura, análogo ao reconhecimento do direito de todos à saúde. Alguns contrapõem o enfoque da direção dos recursos aos grupos sociais mais vulneráveis (CORDEIRO, 2004).
- O princípio de que é dever do Estado garantir a saúde, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco e outros agravos que explicitam o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença. Os segmentos mais conservadores

questionaram a abrangência do conceito. Contudo, não conseguiram eliminá-lo do texto constitucional;

- Descentralização do SUS, com direção única em cada nível de governo, sem referência à municipalização;

Com base em fatos históricos, hoje de domínio público, faz-se oportuno lembrar que os avanços significativos no processo constituinte, incluindo a escolha de forma direta pelo povo brasileiro do sucessor do então presidente José Sarney, gerou uma expectativa em relação a esta escolha. Seria Leonel de Moura Brizola, um velho militante da Internacional Socialista, que vinha do exílio e já trazia em seu retorno uma retumbante vitória ao governo do estado do Rio de Janeiro ou seria Luiz Inácio da Silva (Lula), um militante sindical que sacudira o Brasil nas greves do ABC paulista, ainda no governo militar?

Nesse sentido, a história mostrou que haveria um retrocesso com a eleição de um político ligado às forças conservadoras de sustentação da Ditadura. Assim, de forma pouco previsível, elegeu-se Fernando Collor de Mello, que acabou por ser incorporado como candidato das elites nacionais e com grande apoio de mídia em uma disputa acirrada com Luiz Inácio da Silva.

A expectativa quanto à possibilidade de garantir as conquistas obtidas na Constituição da República, que viria a ser regulamentada por lei ordinária, não se consolidou plenamente na Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990. Assim, grande foi a frustração do Movimento de Reforma Sanitária com os vetos presidenciais ao texto aprovado. Pode-se registrar que a descaracterização parcial dos objetivos da lei maculava não apenas a expectativa de democracia na gestão da saúde, mas também significava um recuo e um risco de retorno a uma prática que se mostrara imprópria, injusta, ineficaz e excludente. Esta conjuntura caracterizou-se por recuos, composições entre as forças de pressão envolvendo diversas correntes ideológicas, com desafios renovados à práxis do Movimento Sanitário, antecipando futuro conflitos entre os pontos fundamentais da teoria e a prática do SUS. Entre os principais pontos polêmicos da LOS, pode-se citar:

- A participação e controle sociais, com caráter deliberativo, que foram vetados pelo presidente Collor de Melo e reapresentados em novo projeto, negociado pelo Ministro

da Saúde, Dr. Alceni Guerra, que estabelecia dispositivos mais flexíveis (CORDEIRO, 2004);

- A descentralização, que era consensual na aparência: o setor privado pretendia que os contratos e convênios fossem firmados com o órgão central de gestão do SUS, nos moldes anteriores às AIS, enquanto os reformistas propunham que estes atos deveriam caber a estados e municípios; os técnicos do MS defendiam a preservação das funções de execução direta do MS como “centros de referência especializados”, criando várias situações excepcionais; o nível estadual não se empenhava na clara definição das competências municipais, porém logrou-se manter o princípio geral da descentralização (CORDEIRO, 2004).

1.6 — SUS – Princípios e Diretrizes – A Base Operacional dos Serviços e Ações de Saúde.

O Sistema Único de Saúde teve seus Princípios e Diretrizes estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição de 1988. Os princípios da universalidade e igualdade, às vezes, chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e a regionalização e hierarquização de princípios organizacionais, sendo que a Constituição Federal de 1988, no artigo 198, afirma que o SUS deve ser organizado segundo as diretrizes da descentralização, atenção integral e participação da comunidade.

Os princípios da universalidade, integralidade e da participação da comunidade, constantes do capítulo II, artigo 7º da Lei 8080 de 1990 e na Lei 8142, que fundamentarão esta pesquisa no Município de Resende, podem ser entendidos da seguinte maneira:

- **Universalidade**
"A saúde é um direito de todos", como afirma a Constituição Federal (BRASIL, 2000). Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover atenção à saúde, ou seja, é impossível tornar todos sadios por força de lei.
- **Integralidade**

A atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos (BRASIL, 2000). Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

- Participação da comunidade

O controle social na saúde, como também é chamado esse princípio, foi regulado pela Lei nº 8.142 (BRASIL, 2000). Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todas as esferas de governo, e através dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados, criados também em cada esfera. Nos Conselhos de Saúde ocorre a chamada paridade, isto é, os usuários têm metade das vagas em relação aos demais segmentos: governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde.

Em relação ao tema controle social na saúde, Ayres (1996) observou que o reconhecimento de sujeitos está no centro de todas as propostas renovadoras identificadas no setor, dentre as quais encontramos a Estratégia do PSF. De fato, os objetivos do programa, entre outros, incluem:

- a) humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população;
- b) a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde;
- c) o desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito;
- d) a estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997).

Embora as autoridades sanitárias e a sociedade, de um modo geral, reconheçam a importância da participação social, a realidade nos mostra um cenário não tão animador, pois em que pese a orientação federal, normatizada em lei, estudo recente sobre o PSF aponta a ausência do usuário como protagonista de seu próprio viver e da produção de seu cuidado, visto que a equipe ainda coloca a população fora do âmbito das decisões sobre o que lhe diz respeito (MATSUMOTO, 2003).

Santos & Carvalho (1992, p. 111) abordam o tema “controle social” como:

“a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, suas manifestações mais importantes são o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação, deixando o estado de ser o árbitro infalível do interesse coletivo, do bem-comum”.

A legislação, com o propósito de ordenar este controle, contempla a formação de Conselhos de Saúde em suas várias modalidades de organização, os Conselhos Gestores de Unidade, os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde foram às formas encontradas para o exercício do “controle social”.

O Conselho Nacional de Saúde na tentativa de orientar, reafirmar e normatizar o funcionamento e atribuições dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais editou a resolução de nº 333 de novembro de 2003. As diretrizes terceira, quarta e quinta referem-se à organização os Conselhos de Saúde no que diz respeito à participação da sociedade organizada, autonomia e competências, respectivamente.

Os Conselhos Gestores são canais de participação entre a sociedade e o poder público, a gestão do bem público inova e negocia conflitos (GOHN, 2003). Além disso, os Conselhos representam uma das formas de constituição de sujeitos democráticos. A principal característica desse tipo de participação é a tendência à institucionalização entendida como inclusão no arcabouço jurídico do Estado, com base nas estruturas de representação compostas por representantes eleitos diretamente pela sociedade de onde provêm.

O entendimento de avanço na participação é interpretado como, não apenas uma contribuição para a democracia, mas um aperfeiçoamento desta. Briceno-Leon (1998) enxerga este tipo de participação como fundamento de aumento da autoconfiança e como aumento do sentido de responsabilidade que toda democracia impõe, responsabilidade com o significado de consciência e cumprimento de deveres e direitos.

1.7. PSF: Origem e propósitos.

Em 1991, ano em que o Ministério da Saúde formulou o PACS é que se começou a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo (VIANA & DAL POZ, 1998). Por volta de 1993, o Ministério da Saúde (gestão do Ministro Henrique Santillo) iniciou a implementação do PSF no Brasil, através da Portaria n.º

692, editada como resposta e normalização ao documento elaborado pelo MS, no qual se observa: “o Programa Saúde da Família (PSF) tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da integralidade e participação da comunidade”. Embora a orientação federal sinalizasse para o caminho a ser seguido, havia ainda muita incerteza, não apenas no plano das discussões locais quanto a resultados técnicos, mas também em relação à origem do fomento, que não chegava à mesma velocidade das orientações e determinações federais.

Cabe assinalar que foi o êxito do PACS o grande motivador para a criação do PSF em setembro de 1994, considerado como o primeiro documento oficial do programa (BRASIL, 1994; VIANA & DAL POZ, 1998).

A partir do Programa de Saúde da Família (PSF) começaram as discussões para uma mudança nos critérios de distribuição de recursos, de forma a romper com a exclusividade do pagamento por procedimentos. O PSF evidenciou que determinadas atividades não podem ser remuneradas por procedimentos, adaptando-se melhor a uma remuneração de tipo per capita.

O Ministério da Saúde na década de 2000, além de ressaltar que o PSF incorpora e reafirma os princípios do SUS afirma seu caráter substitutivo, isto é, o PSF não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço. Implantá-lo significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

No contexto da estratégia do PSF, esta perspectiva está de acordo com o princípio da vigilância da saúde, com o qual se propõe trabalhar. Sustentado em três pilares básicos: o território processo, os problemas de saúde e a intersectorialidade (Mendes, 1996), o princípio da vigilância da saúde contribui para a reorientação do modelo assistencial à medida que orienta uma intervenção integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença (PAIM, 2003).

O Programa Saúde da Família é considerado como sendo estratégica para a conversão do modelo de atenção básica e para assegurar um cuidado integral à saúde da população é necessário diretriz política, ideal ou objetivo. A integralidade tem que ser entendida como avaliação da qualidade nos serviços e no sistema de saúde, em geral em uma política de cuidados primários (CONILL, 2004).

Para que a estratégia Saúde da Família pudesse consolidar os princípios da Integralidade e Hierarquização, o Ministério da Saúde criou o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), sendo que a atenção básica passou a ser considerada estratégica para a conversão do modelo de atenção nos grandes centros urbanos e para assegurar um cuidado integral à saúde da população (CONILL, 2004).

A partir da Norma Operacional Básica de 1996, que criou o Piso da Atenção Básica, com base populacional, reforçando, assim, a capacidade de gestão da atenção primária de saúde dos municípios, houve um incremento significativo na implantação do Programa Saúde da Família em todas as unidades federadas do Brasil.

Em relação à Saúde bucal, o Ministério da Saúde desenvolveu diversos programas, hoje com ênfase para o “Brasil Sorridente”, criado em março de 2004.

A prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, que na sua maioria eram curativas, mutiladoras e com acesso restrito à população. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Segundo o Levantamento Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil – concluído em 2003 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escova de dente.

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que desse conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios tão caros a quem lutou pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (principalmente por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (BRASIL, 2011).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal visam:

“Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; [...] assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adstrita” (BRASIL, 2011).

Segundo dados do Ministério da Saúde, até abril de 2011, estavam implantadas 31.981 equipes Saúde da Família (ESF), distribuídas em 5.279 municípios; 246.130 agentes comunitários de saúde em 5.371 municípios e 20.640 ESB em 20.640 municípios.

1.7.1 - A Expansão do PSF em 1996.

A maior presença do movimento municipalista da saúde se evidenciou no período 1992-1996, com as diretrizes do Grupo Especial de Descentralização do Ministério da Saúde. Em fins de 1992, foram estabelecidas as transferências fundo a fundo entre as instâncias gestoras do SUS, mantendo-se, contudo, a dicotomia entre repasses para cuidados ambulatoriais e hospitalares, a partir de tetos orçamentários previamente definidos (LEVCOVITZ et al., 2001).

Este é o período em as Normas Operacionais Básicas seguiram um “furor normativo”, gerando maior complexidade nas portarias, regulamentações e instruções normativas, sucedendo-se infundáveis negociações e pactos entre o Ministério da Saúde e os níveis de gestão. A NOB SUS 01/96 modificou os critérios para alocação de recursos, buscando maior equidade para a atenção básica de saúde e, para isto, estabeleceu um valor per capita referente ao Piso de Atenção Básica (PAB), com uma parte fixa e outra variável.

A Saúde da Família voltou a constituir-se num ponto polêmico e a desafiar as “academias”. Surgiram publicações e pesquisas centradas nas experiências locais e regionais de implantação e avaliação desse modelo de atenção “estruturante” do SUS, adotado pela NOB SUS 01/96, capaz de superar as dicotomias entre prevenção e cura, entre cuidados básicos, promoção e assistência médico-hospitalar (CORDEIRO, 2004).

Assim, 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 optassem pela implantação do PSF, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância

Sanitária (VS), Assistência Farmacêutica, etc., (incentivos constantes do programa que constitui a parte variável do PAB).

No documento de 1996, citado acima, o programa já é definido como uma estratégia de reforma do modelo de assistência do SUS, e é dito que o modelo tradicional impôs um descompasso entre os princípios e objetivos do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde. Outra medida importante desse período foi à aproximação com a universidade, no sentido da formação e treinamento dos recursos humanos requeridos pelo programa (VIANA, 2005). O Programa Saúde da Família nasceu com três propostas fundamentais:

1- Romper com o modelo hegemônico de assistência, isto é, substituir as práticas convencionais por um novo processo de trabalho. Esta não é apenas uma proposta de modernização na assistência, em verdade reformula e enfrenta obstáculos de vários matizes. A elite médica e as empresas da saúde, acostumados com a medicalização, culturalmente formados para a especialização e a crescente evolução tecnológica com a descoberta de novos e sofisticados recursos diagnósticos, conflitam e criam dificuldade no entendimento da saúde centrada na vigilância através de sua promoção (ALVES, 2005).

2- Integrar e hierarquizar dentro do princípio que a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde. A prática tem demonstrado que um profissional com formação generalista e uma equipe multidisciplinar bem treinada, apresentam as condições de atender e resolver cerca de 85% da demanda, sendo, entretanto, necessária sua articulação e integração com os outros níveis de complexidade através do sistema de referência e contrarreferência para garantir a continuidade do cuidado com o atendimento secundário e apoio hospitalar como suporte terciário (ALVES, 2005).

3- Demarcar um território e adscrever sua clientela, ou seja, trabalhar em um território de abrangência definida. Para que se possa realizar uma atenção plena é necessário delimitar a área e o número de usuários do sistema em uma determinada unidade, não apenas pela relação que tem que ser construída com a comunidade, mas para que aquela unidade assuma a sua condição de promotor da saúde, com disponibilidade da equipe para tal (ALVES, 2005).

As diretrizes do Programa Saúde da Família têm como objetivo dinamizar o Sistema Único de Saúde, de forma a promover o acesso de toda a população ao sistema de Saúde. É

inegável a sua expansão e a adesão tanto dos gestores estaduais como municipais, mas até que ponto seus princípios vem sendo os verdadeiros norteadores desta adesão.

1.7.2 O PSF, a integralidade e participação da comunidade no Município de Resende.

O município de Resende, antecipando-se à NOB SUS 01/96, já havia realizado em 1991 sua 1ª Conferência Municipal de Saúde, constituído seu Conselho Comunitário de Saúde em 05 de agosto de 1992, estruturado uma ampla rede de atenção básica e criado um centro de atenção secundária, mas só em 1997 implantou seu primeiro módulo do Programa Saúde da Família, aliado ao PACS, nos moldes propostos pelo Ministério da Saúde.

No final da década de 1990, o Brasil vivia um momento de debate e o discurso oficial dos gestores da saúde nos três níveis de governo (BRASIL, 1996; SOUZA, 1999) e os formuladores do programa (MENDES, 1996; LEVCOVITZ & GARRIDO, 1997; SOUZA, 1999) apresentavam o PSF como sendo uma estratégia de reorientação do modelo assistencial brasileiro e um programa estruturante para o sistema de saúde.

Assim, buscava-se, através dele, a incorporação da promoção da saúde, do trabalho interdisciplinar, do envolvimento comunitário, e de uma lógica de responsabilização, que pudesse, efetivamente, contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e para a qualidade de vida das comunidades atendidas. Seus princípios básicos, segundo os formuladores do programa, eram: responsabilização, adscrição de clientela, trabalho por problemas, integralidade, interdisciplinaridade e ênfase na promoção da saúde (BRASIL, 1997).

A Integralidade e hierarquização, de acordo com Santana (2001) estão inseridas no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Em seu entendimento, estes princípios deveriam estar vinculados à rede de serviços, garantindo a atenção integral aos indivíduos e famílias e assegurando a referência e contrarreferência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim o exigisse.

Em Resende, a Secretaria Municipal de Saúde procurou integrar e hierarquizar as ações e serviços e em 1997 segundo sua secretária Anamaria de Carvalho Shineider, que assim se expressou no depoimento, concedido ao autor:

“A integralidade era garantida através da garantia do acesso a exames, consultas, procedimento e internações realizados no âmbito local, com prestadores públicos, filantrópicos e privados. Ampliou-se muito no território do município a rede especializada, com licitação e aquisição de serviços na rede privada (exames especializados, leitos de UTI, etc.). Da mesma forma pactuou-se com municípios da região o acesso a serviços de alta complexidade, tais como oncologia e terapia renal substitutiva, entre outros. Tal pactuação foi formalizada e coordenada pela SES, que acompanhava a execução dos serviços e ajustava os tetos financeiros dos municípios solicitantes e executantes”.

“A hierarquização do sistema era estabelecida a partir do acesso através da atenção primária utilizando-se formulários específicos de referência para as especialidades e demais níveis de complexidade, com agendamento prévio, no formato manual”.

A implantação do primeiro módulo no município de Resende aconteceu de forma coincidente a NOBS 96, efetivando-se a partir de 1998, quando foram criadas condições para ampliação da rede de PSF. Neste período, o município encontrou dificuldades para obter profissionais com o perfil necessário, recompensado financeiramente e amparado legalmente com um contrato de trabalho que pudesse fixá-lo nas atividades propostas, que não se limitava ao assistencialismo, colocando-os, dessa forma, na condição de promotores de saúde e bem estar.

A verdade, que não tem a simplicidade da proposta inicial, é que ao implantar novos serviços o município deparou-se com obstáculos de difícil superação, ratificando a observação de alguns autores mais sintonizados com essa prática de que os profissionais de saúde, acostumados à assistência, necessitavam reaprender, pois se tratava de um novo padrão, uma nova relação, entre os profissionais e o público usuário (FRANCO & MERHY, 2000).

Segundo Capistrano (2000), o programa Saúde da Família é vantajoso tanto para os profissionais, quanto para os usuários, quer pelo vínculo com a família, fidelizando o atendimento, facilitando o acompanhamento, comprometendo o profissional, dando uma dimensão psíquica e social que acaba por comprometer toda a equipe. Entusiasta, Capistrano descreve de forma detalhada todas as ações de toda equipe e coloca o programa como um paradigma da transformação na atenção a saúde.

O Ministério da Saúde, através do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), publicou em 2004 o Plano Operativo Anual (POA) que acabou por constituir-se como uma espécie de balizador para mapeamento da Integralidade.

Nessa época, de acordo com os depoimentos e documentos consultados, Resende já havia definido o caminho a ser perseguido, definindo como prioridade a ampliação da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, havia muita incompreensão e resistência entre os profissionais e na própria população, pois ao se delimitar áreas de cobertura, demarcar território e limitar o atendimento aos que estivessem dentro deste território, conflitava-se com uma cultura histórica do médico ser do paciente e não de uma área.

Na lei 8080/1990 os municípios representam a instância de poder do SUS para onde foi transferida a responsabilidade da tomada de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização. E é exatamente neste território, onde as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações (MENDES, 1993).

O Município de Resende entendeu como território de abrangência os limites geográficos dos bairros, e mantém este critério de territorialidade até os dias de hoje. Quando critérios demográficos indicam a necessidade, são criados novos módulos na mesma estrutura física que, quando necessário, é ampliada.

A adscrição é definida dentro do item “diretrizes operacionais” no qual as regras passam a ser mais flexíveis, devendo residir na área entre 600 e 1.000 famílias com o limite máximo de 4.500 habitantes. Além disso, recomenda-se considerar a diversidade sócio-política, econômica, densidade populacional e acessibilidade aos serviços, entre outros fatores, na adscrição da população e delimitação das áreas.

O Município de Resende mantém-se observando como população de abrangência algo em torno de 3.000 a 4.000 habitantes e os Agentes Comunitários de saúde cobrem 250 pessoas, sendo de sua responsabilidade as visitas domiciliares.

De acordo com o coordenador do Programa Qualis/PSF da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo em 1999, citado por Capistrano Filho (1999), há necessidade do ACS trabalhar no sentido de organizar a população dentro do território, considerando que este território não é amorfo, mas possui uma estrutura, história, cultura e organizações, e, portanto, outras territorialidades que estão em conflito ou em acordo com essa nova territorialidade do Estado.

Quanto à Participação da Comunidade, os documentos disponibilizados pelo município nos permitiram elaborar um breve histórico fundamentando o princípio da Participação Popular em Resende, isto antes mesmo do completo ordenamento legal proposto pela esfera Federal.

A Constituição da República foi promulgada ao final do ano de 1988 e no ano subsequente houve o processo constituinte estadual, sendo promulgada a Constituição dos Estados. A partir desta foram elaboradas as Leis Orgânicas Municipais, tendo como princípio, a adequação do texto ao novo ordenamento constitucional, em respeito ao princípio da hierarquia das leis.

A Câmara de Vereadores de Resende, nesta ocasião, inseriu na Lei Orgânica a obrigatoriedade da criação de um Conselho Municipal de Saúde, de forma quase paralela à Lei 8080 de setembro de 1989, mas com caráter meramente consultivo, por não ter ficado claro até então de quem seria a iniciativa para dispor sobre o poder de deliberação. Esta discussão quanto aos vícios de iniciativa continua bastante atual, mas foge ao escopo deste trabalho, constando apenas como resgate histórico já que vivenciei o processo como vereador “constituente”.

Em 1991 o município de Resende realizou sua primeira Conferência de Saúde, de forma Democrática e Participativa. As propostas aprovadas nas plenárias acabaram por tomar feições legais como plano de metas para saúde do município. Em 05 de agosto de 1992 foi fundado o Conselho Municipal de Saúde (C.M.S.), tendo como seu primeiro presidente o secretário municipal de saúde José Maciel de Almeida.

Após a primeira gestão o C.M.S. passou a ser presidido por eleição direta entre os seus membros, sendo curioso observar que apenas na primeira gestão o presidente foi um representante do governo. Assim, por ordem cronológica, presidiram o C.M.S: José Maciel de Almeida(1992/1993), Silvio Jucá de Vasconcelos(1993/1994), Maria Lúcia Pessoa Martins(1994/1996), Cristina Ornelas Wisniewski(1997/1999), Ana Cristina Henriques(1999/2000), Carlos Alberto Ferreira dos Anjos(2000), Maria das Dores de Jesus(2001/2002), Evaldo Luiz Fernandes de Melo(2002/2004), Ana Cecília Guimarães(2004/2006), Carmen Lúcia Souza Pereira(2006/2008), Soraia Andrade Costa(2008/2011) (CMS – Resende, 2011).

2. Problema

Os contextos político-sociais e a visão dos gestores têm influência decisiva no processo de implantação da estratégia Saúde da Família?

3. Objeto

Transformação do modelo hegemônico através da implantação do PSF em Resende de 1998 até os dias de hoje.

4. Pressupostos

- No contexto do processo de implantação do PSF no município de Resende os gestores identificaram e procuraram resgatar os princípios da Reforma Sanitária.
- Os indicadores epidemiológicos e sociais melhoraram influenciados pela implantação do PSF
- Houve a efetiva transformação do modelo hegemônico.

5. Questão Norteadora

A gestão da saúde no período estudado, a partir da implantação do PSF, desenvolveu ações para a concretização dos princípios da Integralidade e da Participação da Comunidade capazes de operar mudanças no modelo hegemônico de atenção à saúde ainda prevalente no Município de Resende?

6. Objetivos

6.1 Geral

Analisar o processo de implantação do Programa Saúde da Família no município de Resende na perspectiva da consolidação dos princípios (integralidade e participação da comunidade) da Reforma Sanitária Brasileira.

6.2 Específicos

- Analisar a motivação dos gestores através de suas agendas políticas, relatórios de gestão e análise documental, por período, em relação ao processo de implantação e ampliação do PSF;
- Analisar a evolução das destinações orçamentárias por período em relação ao PSF;
- Analisar as evidências dos dados levantados no município de Resende, relacionados aos princípios do SUS em cada período de gestão;

7. Materiais e Métodos

7.1. Desenho do Estudo/Procedimentos

Para este trabalho de pesquisa optou-se por um desenho metodológico que associa o estudo de casos e recursos das ciências sociais para investigar a construção e execução de uma política específica. Esta associação permitiu captar informações gerais e específicas sobre a gestão nos períodos selecionados (GOULART, 2007).

Este estudo é de natureza qualitativa e quantitativa com finalidade descritiva, tendo como meio o estudo de casos. Em relação aos procedimentos, foram realizados levantamentos e análise de documentos disponibilizados pela Prefeitura de Resende para obtenção de dados secundários e entrevistas com aplicação de roteiros semiestruturados para captura de dados primários com os secretários municipais de saúde, de todos os períodos de gestão, a atual diretora do Departamento de Atenção Básica e a atual presidente do Conselho de Saúde do Município (CMS). Em relação ao aspecto quantitativo do estudo, os dados numéricos levantados foram tratados através de instrumentos de estatísticas simples (percentuais).

A pesquisa descritiva permite estudar relações entre variáveis. Neste estudo as variáveis independentes são os períodos das gestões municipais e os princípios selecionados para análise de cada gestão e a variável dependente a implantação do PSF. Este tipo de pesquisa atende a preocupação do pesquisador em relação à atuação prática (GIL, 2002) e também, de acordo com Tobar e Yalour (2001), não tem a finalidade precípua de explicar os fenômenos que descreve.

A escolha do estudo de casos deve-se a necessidade do autor em aprofundar e detalhar o perfil da unidade de análise utilizada nesta pesquisa (TOBAR, YALOUR, 2001). Desta forma, a unidade de análise foi à gestão municipal de Resende, relacionada especificamente à

implantação do PSF e analisada em cada período (quadriênios), para onde foram selecionados e direcionados todos os instrumentos de coleta de dados, medição e análise.

Os quadriênios analisados são coincidentes com as legislaturas, a partir da implantação do PSF em Resende, isto é, períodos de gestão de 1997 a 2000, 2001 a 2004, 2005 a 2008, e a atual de 2009 a 2012. Em relação à análise dos dados obtidos através de entrevistas com aplicação de roteiros semiestruturados, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo de Laurant Bardin, que a considera como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004, p.37).

A análise de conteúdo permite uma infinidade de investigações. No caso específico deste estudo, esta análise teve o propósito de melhor esclarecer os contextos políticos, o perfil ideológico, a prioridade dada à implantação do PSF e a disposição pela ruptura com o então modelo hegemônico.

Desde sua origem, a análise de conteúdo foi suscetível a novas considerações metodológicas e epistemológicas, mas nesta pesquisa ela se restringiu ao plano metodológico. Segundo Bardin (1977), na análise quantitativa o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo. Na análise qualitativa é a presença ou a ausência de uma dada característica num determinado fragmento de mensagem, que é tomado em consideração.

Nesta pesquisa, para a análise preconizada por Bardin, partiu-se tanto dos conteúdos explicitados (manifestos) através da aplicação do roteiro de entrevistas, previamente testado, quanto dos dados quantitativos obtidos pela análise documental. A importância dessa opção metodológica está em que seus resultados devem refletir os objetivos da pesquisa, assim como permitir inferências sobre o texto, conferindo ao método, desse modo, relevância teórica, com base na comparação com outros dados, representados por alguma forma de teoria. (CAMPOS, 2004)

Na análise de conteúdo adotada neste trabalho foram considerados os seguintes procedimentos:

- Pré-exploração do material. Nesta fase procedeu-se a várias leituras (flutuantes) de todo o material, com a finalidade de apreender e organizar, ainda de forma não

estruturada, aspectos importantes para as fases posteriores. Este momento do método é importante no sentido de permitir uma assimilação melhor do material e algumas reflexões que fornecem alguns pontos para uma possível sistematização dos dados;

- Seleção de unidades temáticas, que contemplassem a análise da gestão municipal de Resende. Nesse sentido, optou-se pelas que têm uma relação com as questões da pesquisa, que devem ser respondidas. Dessa maneira, as unidades temáticas guardam uma relação de interdependência entre os objetivos do estudo, o referencial teórico e as próprias convicções intuitivas do pesquisador sobre o tema. A escolha das unidades de análise temáticas facilita a categorização das mesmas.
- Categorização e subcategorização. Trabalhou-se, por opção, em função dos interesses da pesquisa e da própria vivência do pesquisador, com pré-categorias (categorias apriorísticas). Assim, as categorias criadas foram relacionadas aos principais eixos temáticos do estudo, que, por sua vez, estão intrinsecamente ligados aos princípios da Integralidade e Participação da Comunidade, selecionados como base na análise da gestão municipal: cobertura do PSF, oferta de serviços, referência e contrarreferência, regulação do sistema e intersectorialidade (saneamento, questões ambientais e desenvolvimento econômico).

Através dos roteiros de entrevistas foi possível resgatar os contextos políticos e sociais e ações desenvolvidas em cada período estudado. A pesquisa, dessa forma, objetivou conhecer e descrever atores, contextos, processos e conteúdos, enquanto que com o levantamento e análise documental obteve-se indicadores de cobertura da população pela ESF; de portadores de DM, HA, HANS, TB; pré-natal; saneamento básico, água tratada e participação da comunidade (CMS), que possibilitaram a análise do acesso aos serviços e da continuidade do cuidado (integralidade), além dos esforços realizados em cada gestão para ampliar a participação da população adscrita na elaboração e discussão das políticas locais.

O referencial teórico permitiu resgatar questões históricas relacionadas às transformações ocorridas no setor saúde a partir da década de 70, estabelecendo uma base para análise e discussão dos resultados.

7.2 Cenário do Estudo

O Município de Resende

Localizado na microrregião II da Região de Saúde do Médio Paraíba, o Município de Resende tem, de acordo com o IBGE (2009) uma população 130.035 habitantes, ocupando uma área de 1.113.507 km². A Região do Médio Paraíba é formada por 11 municípios, sendo a microrregião II composta pelos seguintes municípios: Itatiaia, Resende, Porto Real, Quatis, Barra Mansa e Rio Claro.

A condição de gestão deste Município é a de Gestão Plena do Sistema Municipal (NOAs 2001), que passou a ser referência para hemoterapia segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), conduzido pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em 2004.

O Município possui um Hospital Municipal especializado em atendimento de emergência com 09 leitos de CTI e um Hemonúcleo cuja capacidade/dia é de mais de 30 atendimentos. A média de atendimento hospitalar anual é de 68.500 pessoas. O Centro Municipal de Reabilitação e Fisioterapia tem média de atendimento/ano de 23.800 pessoas. A cidade de Resende possui, somando leitos privados e públicos na ordem de 301 leitos.

Além disso, Resende conta também com serviços especiais gratuitos de saúde que atuam tanto na área curativa, como na área preventiva. Bons exemplos disso são os Módulos do Programa Saúde da Família, que atingiram em 2005, 67% de cobertura no município e os programas especiais que oferecem atendimento nas mais diversas áreas. Entre elas a saúde da mulher, hipertensão arterial, diabetes, saúde do idoso, atenção a dependentes químicos e hanseníase.

A Região do Médio Paraíba possui um parque industrial significativo que dá sustentação a diversas atividades produtivas, colocando a região, segundo o Plano Estadual de Saúde da SES-RJ de 2004, na segunda posição em desenvolvimento econômico do Estado. Esta situação e a perspectiva de acelerada modernização das atividades e de ampliação de mercados pode ser atribuída em grande parte à proximidade de grandes centros urbanos dos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais.

O município de Resende conta atualmente com 22 equipes de Saúde da Família em 16 unidades básicas de saúde, cobrindo 70% da população; 17 equipes de Saúde Bucal, 04

unidades secundárias, 01 hospital de emergências municipal; 01 hospital geral (Santa Casa) e 01 maternidade (SMS Resende, 2010).

Resende foi escolhido por ser um município de médio porte, experimentando um desenvolvimento com emigração expressiva, paradoxalmente agravando as desigualdades, resultado da exigência de mão de obra qualificada. Evidente que minha experiência pessoal como gestor local, aguçou o interesse por aprofundar uma pesquisa para melhor entendimento das consequências do PSF no período.

Importante assinalar que em todos os levantamentos documentais e estatísticos, não se excluiu como usuários do sistema, uma população que em verdade se coloca a margem, na medida em que tem sistema de assistência médica próprio, independente do SUS, mas que, entretanto, também consome eventualmente serviços de saúde ofertados pelo Município. Trata-se da população acadêmica da Academia Militar das Agulhas Negras (AMAN) que é de aproximadamente 10.000 habitantes e dos detentores de planos de saúde aproximadamente 13.000 habitantes, totalizando 23.000 usuários.

No que diz respeito ao desenvolvimento econômico, o município havia perdido grandes empresas no quadriênio anterior, isto é, até meados de 1996, mas retomou seu crescimento de forma progressiva com a inauguração da fábrica de caminhões da Volkswagen em 1997. Esta empresa acabou por ancorar novas outras e referenciar a cidade para investidores.

8. Resultados e Discussão

8.1 Quadriênio (1997 – 2000).

Neste quadriênio tem início uma gestão de um grupo independente politicamente, com propostas alternativas, mas sem experiência na gestão pública e com dificuldades financeiras resultado de uma brutal queda de arrecadação, aliada a uma grande dívida pública.

O contexto de dificuldade persistiu por todo o quadriênio. Mas ainda assim havia uma expectativa grande na melhoria dos serviços públicos prestados a população e em especial os relacionados à atenção a saúde pelo fato de o Prefeito eleito e seu Vice-Prefeito serem médicos.

8.1.1 População

O aumento percentual da populacional de Resende neste quadriênio foi de 8,5%, entretanto, deve-se ressaltar que Resende é uma cidade que além de um crescimento demográfico vegetativo, apresenta um fluxo migratório bastante significativo.

Tabela 1: Distribuição da população do Município de Resende, RJ no período 1997/2001

Período	População
1997	96.444
1998	98.530
1999	100.625
2000	104.549

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Resende, 2011.

8.1.2 Recursos para a saúde

Em relação ao comportamento das receitas tributárias e da sua execução orçamentária no decorrer do quadriênio, deve-se esclarecer que na Prefeitura de Resende não se trabalha com projeções orçamentárias e sim com execução e quando se refere às despesas só se considera as empenhadas, ou seja, as comprometidas com o pagamento.

Assim, na tabela 2, abaixo, podemos observar uma queda percentual na destinação de recursos para a saúde, mas uma constante em números absolutos, justificado pelo incremento na arrecadação sem paralelismo na destinação.

Esses dados, analisados friamente, sugerem a não priorização da saúde, mas são insuficientes para esta conclusão sem o conhecimento da realidade financeira global do município.

**Tabela2: Recursos* destinados à saúde no Município de Resende,
RJ (1998/2000)**

Recursos		
Ano	Nº	%**
1998	15.462	34, 30
1999	14.781	32, 78
2000	14.847	32, 92
TOTAL	45.090	100, 00

Fonte: Siops / Datasus/ 2010

*Em milhões de reais

** Percentual do orçamento municipal investido na saúde.

8.1.3 Integralidade

As questões temáticas selecionadas para a análise do princípio da integralidade nas gestões municipais nos quadriênios considerados, a partir da implantação do Programa Saúde da Família no Município foram analisadas através dos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e das falas dos entrevistados convidados a participar do trabalho.

8.1.3.1 Cobertura do PSF

Conforme tabela 3 observa-se, a partir da implantação do PSF em 1999 e sua ampliação em 2000 para 5 equipes, um aumento do número de pessoas cadastradas e um expressivo aumento de cobertura populacional (10,01%). Estes dados podem ser relacionados com maior acesso da população à atenção primária na lógica da Estratégia Saúde da Família e, em consequência, na garantia da continuidade do cuidado e ao processo para a mudança das práticas do modelo hegemônico.

A proposta da assistência integral no PSF passa pelo reconhecimento da necessária inclusão de todos no direito ao acesso da atenção. As visitas domiciliares realizadas por toda uma equipe visam não só manutenção de cuidados como também a busca ativa de possíveis causas promotoras de doenças, além de uma integração maior da população ao programa.

Tabela 3: Cobertura populacional _ população adscrita cadastrada no PSF segundo número de equipes implantadas no Município de Resende, RJ (1999 – 2000). *

Ano	Equipes PSF	Número de pessoas cadastradas	
		Nº	%
1999	01	237	2,26
2000	05	10.228	97, 74
TOTAL	06	10.465	100,00

Fonte: SMS de Resende - 2011.

*Em 1999 a população era de 100.625 e em 2000 de 104 549

A tabela4, a seguir, mostra a progressão inicial de um novo modelo de atenção à saúde, onde famílias são cadastradas dentro de um território de atuação de uma equipe, que agora, de forma multidisciplinar, não se restringe mais ao atendimento do profissional médico, incorporando populares treinados, os agentes comunitários, que fazem a complementariedade da assistência com o controle através de visitas domiciliares.

Todas as visitas domiciliares médicas, de enfermagem, de auxiliares e de agentes comunitários experimentaram um aumento ao final do período, reafirmando o maior acesso e a iniciativa para mudança do modelo.

Visitas domiciliares

Tabela 4: Distribuição das visitas domiciliares segundo os membros da equipe PSF no Município de Resende, RJ (1999/2000)

Ano	V. Médicas		V. Enfermagem		V. Aux. Enf.		ACS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1999	152	13,84	155	21,44	125	11,85	6894	19,36
2000	946	86,16	568	78,56	930	88,15	28 719	80,64
TOTAL	1.098	100,00	723	100,00	1.055	100,00	35.613	100,00

Fonte: SMS de Resende – 2011.

8.1.3.2 Oferta de serviços

De acordo com o DATASUS, acessado em 20 de outubro de 2010, no ano de 2000 o percentual de consultas habitante/ano foi de 1,93%, próximo do proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Embora este percentual não guarde relação com o PSF que contribui com 9,79% de cobertura, sugere em números absolutos uma boa oferta em atendimentos.

O número de pacientes encaminhados às especialidades foi pequeno em 1999, sendo que em 2000 observa-se um aumento significativo. Como os encaminhamentos registrados na tabela 5 são de exclusiva iniciativa do PSF, seu aumento representa maior integralidade na atenção, além de maior oferta de serviços ao modelo em fase de implantação.

**Tabela 5: Atendimentos especializados e internações
no Município de Resende, RJ (1999 e 2000)**

Ano	Encaminhamentos para Clínicas especializadas		Internações hospitalares	
	Nº	%	Nº	%
1999	165	21,60	26	25,24
2000	599	78,40	77	74,76
TOTAL	764	100,00	103	100,00

Fonte: SMS de Resende – 2011.

Deve-se assinalar que em janeiro de 1998 foi implantado o Piso da Atenção Básica (PAB), que acarretou alterações importantes na tabela do SUS.

De acordo com a tabela 6 pode-se verificar um aumento da oferta de recursos diagnósticos no nível secundário em relação à Bioquímica, Biologia, Cardiologia, Oftalmologia, aos exames de imagem, Baciloscopia e Assistência Farmacêutica.

Tabela 6: Produção ambulatorial do SUS referenciada pelo PSF no Município de Resende, RJ (01/1997 a 10/1999)

Procedimentos	1997	1998	1999
Bioquímica relacionada a pré-natal, Diabetes e Hipertensão	32.521	45.195	45.746
Administração de medicamentos	00	17.502	35.202
Biologia relacionada a pré-natal, Diabetes e Hipertensão	17.787	10.228	24.984
Diagnose em Cardiologia	1.589	2.227	2.477
Diagnose em Oftalmologia	318	541	691
Terapia em Oftalmologia	241	235	205
Diagnose em Obstetrícia	00	08	17
Ecografia Obstétrica	427	378	959
Baciloscopia para Hanseníase	00	00	20
Mitsuda para Hanseníase	00	03	00
Administração de medicamentos Para Hanseníase	00	44	286
Baciloscopia para Tuberculose	00	00	39
RX de Tórax	955	1287	1937
Tomografia Computadorizada de Tórax	00	11	37
Adm. medicamentos Tuberculose	00	00	164

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS. Resende, 2011.

Em relação ao pré-natal, a tabela 7 mostra o número total de gestantes atendidas em mais de 06 consultas. Os dados incluem todas as consultas de pré-natal: rede tradicional, rede conveniada e PSF e demonstram que houve um aumento da oferta de consultas.

Entretanto, a Mortalidade Materna (tabela 8) de 49,7; 106,3; 46,9; 261,5/100.000 nascidos vivos em 1997, 98, 99 e 2000 respectivamente (tabela 9) não refletem a melhoria na assistência. Embora o Índice de Mortalidade Materna não seja tão preciso pela subnotificação, pela comorbidade pré-existente e pelo número muito pequeno de óbitos nesta condição, ainda assim reflete a qualidade do atendimento pré-natal.

Tabela7: Distribuição das gestantes com seis ou mais consultas cadastradas no pré-natal no Município de Resende, RJ (1997/2000)

GESTANTES		
ANO	Nº	%
1997	1422	23,92
1998	1374	23,11
1999	1515	25,48
2000	1635	27,49
Total	5.946	100,00

Fonte: SMS/Resende - Serviço de Epidemiologia, 2011.

Tabela 8: Coeficiente de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos no Município de Resende, RJ (1997 a 2000).

ANO	COEF. MORTALIDADE MATERNA
1997	49.7
1998	106.3
1999	46.9
2000	261.5

Fonte: SMS/Resende- Serviço de Epidemiologia, 2011.

Em relação à tuberculose no Município de Resende, observa-se na tabela 9 que os índices de incidência foram de 60,13; 64,95; 60,25 respectivamente nos anos de 1997, 1998, 2000. Ainda que não tenhamos dados no ano de 1999 e elementos para cálculo preciso da prevalência, tratando-se de doença de baixa letalidade, como a incidência praticamente é constante ao longo dos anos, sugere um caráter endêmico da doença.

**Tabela 9: Número de casos de tuberculose no município de Resende, RJ
(1997 a 2000)**

Casos de tuberculose			
Ano	Nº	%	Incidência*
1997	58	31,35	60,13
1998	64	34,60	64,95
1999	-	-	-
2000	63	34,05	60,25
TOTAL	185	100,00	

Fonte SMS/Resende - Serviço de Epidemiologia, 2011.

Nota: * Por 100.000 habitantes

Quanto à Hanseníase, observamos na tabela 10 que as incidências de 32,14; 22,32; 31,80 e 21,99 respectivamente em 1997, 1998, 1999 e 2000 surpreendem pelo caráter ondulante. Embora haja limitações nas tabelas do SIA/SUS, os números revelam um aumento na oferta de serviços.

**Tabela 10: Número de casos de hanseníase no município de Resende, RJ
(1997 a 2000).**

Casos de hanseníase			
ANO	Nº	%	Incidência*
1997	31	28,70	32,14
1998	22	20,37	22,32
1999	32	29,63	31,80
2000	23	21,30	21,99
TOTAL	108	100,00	

Fonte SMS/Resende - Serviço de Epidemiologia, 2010.

Nota: * por 100.000 hab.

8.1.3.3 Referência, Contrarreferência e Regulação do Sistema

Considerando que a cobertura do PSF é de 9,79% da população e a limitação das tabelas disponíveis na Prefeitura de Resende não demonstram a origem dos encaminhamentos, extraímos da entrevista concedida pela ex-Secretária de Saúde Anamaria de Carvalho Schneider as seguintes considerações para análise dessas categorias:

“A hierarquização do sistema era estabelecida a partir do acesso através da atenção primária utilizando-se formulários específicos de referência para as especialidades e demais níveis de complexidade, com agendamento prévio, no formato manual”.

Quanto à regulação do sistema, a ex-Secretária de Saúde Anamaria de Carvalho Schneider ressalta que:

“O planejamento proporcionou o desenvolvimento de ações concretas, tais como: ampliação do acesso a todos os serviços de saúde (básicos especializados e hospitalares); ampliação e recuperação da rede física de unidades de saúde”.

8.1.3.4 Intersetorialidade

No período de 1997 a 2000, de acordo com a análise dos documentos levantados da Prefeitura, houve um significativo investimento no aumento da produção de água tratada. Havia uma ampla rede de distribuição, mas o fornecimento era insuficiente. Com o aumento na produção na ordem de 35% e a construção de elevatórias e de um grande reservatório elevado para distribuição, por gravidade, em uma extensa e populosa região a oeste da cidade, foi assegurado o abastecimento pleno à população.

Deve-se lembrar que a maior parte das doenças é de veiculação hídrica, portanto, tratar a água para consumo humano é sem dúvida uma estratégia adequada de promoção de saúde.

A tabela 11 mostra as formas de distribuição da água no município, cuja rede cobre uma população de 98.498 pessoas, sendo a população do município de 103.906 habitantes em 2000, correspondendo à cobertura de 94,79%.

Os números demonstram um entendimento intersetorial com os investimentos feitos na produção de água.

Tabela 11: Distribuição das formas de abastecimento de água e cobertura da população no Município de Resende, RJ, ano 2000.

Formas de abastecimento de água	Nº	%
Canalizada em pelo menos 1 cômodo	97.339	93.67
Canalizada só na propriedade ou no terreno	1.159	1.11
TOTAL	98.498	94.78
Poço ou nascente (na propriedade)	5.095	4.90
Canalizada em pelo menos 1 cômodo	4.393	4.22
Sem canalização interna	702	0,67
Não canalizada	334	0.32
Outra forma	313	0.30

Fonte: IBGE – Censo Demográfico de 1991 a 2000.

Em relação às instalações sanitárias, de acordo com os documentos e as falas dos entrevistados, antes do período analisado havia uma ampla e envelhecida rede coletora de esgotos e águas pluviais. Boa parte desta rede era mista, ou seja, na mesma tubulação coletava-se águas de drenagem e esgotos domésticos. No quadriênio em foco foram necessários grandes investimentos em troca de rede, sendo registradas algumas ocorrências de contaminação água de distribuição pela rede coletora.

Na área rural pela impossibilidade técnica de implantação de rede coletora a alternativa aplicada inicialmente foi à construção de fossas sépticas. Neste período não se realizou tratamento dos esgotos sanitários. A relação entre a existência de rede coletora de esgotos sanitários e as condições de saúde é bem conhecida e no sentido da promoção da saúde as tabelas 11 e 12 revelam a preocupação da gestão.

Tabela 12: Distribuição das formas de instalações sanitárias e sua relação com a cobertura da população no município de Resende, RJ, ano 2000.

Formas de Instalações	População coberta	
	Nº	%
Sanitárias		
Rede de esgoto ou pluvial	87.754	84.45
Fossa séptica	9.871	9.49
Fossa rudimentar	1.162	1.11
Vala	1.563	1.50
Rio e lago	2.704	2.60
Outro escoadouro	373	0.35
Não tem instalação sanitária	479	0.46
TOTAL	103.906	99.48

Fonte: IBGE – Censo Demográfico de 1991 a 2000

De acordo com os dados documentais e entrevistas realizadas, a coleta de resíduos sólidos no Município de Resende em 1997 pode ser considerada irregular, feita através de coleta pública. A partir da terceirização desse serviço em maio de 1998 a coleta foi normalizada, permanecendo dessa forma até o final do quadriênio.

O destino final dos resíduos é um Aterro Sanitário com proteção de lençóis profundos, mas sem outra forma de tratamento. A normalização da coleta contribuiu para a redução, em particular, de algumas zoonoses, mas o destino final dos resíduos sólidos, sem tratamento secundário coloca em risco a contaminação de lençóis freáticos, expondo os que se utilizam de águas profundas a algumas doenças.

Tabela 13: Destino do lixo e sua distribuição pela população no município de Resende, RJ, ano 2000.

Destino do lixo	População coberta	
	Nº	%
Coletado	100.210	96.4
Por serviço de limpeza	97.295	93.6
Por caçamba de serviço de limpeza	2.915	2.8
Queimado (na propriedade)	2.779	2.6
Enterrado na (propriedade)	225	0.2
Jogado	506	0.4
Em terreno baldio ou logradouro	404	0.3
Em rio ou lago	102	0.1
Outro destino	186	0.1
TOTAL	103.906	100.0

Fonte: IBGE – Censo Demográfico de 1991 a 2000.

8.1.4 Participação Popular no Conselho Municipal de Saúde (CMS) e aspectos inter-relacionados

Em relação á categoria participação popular, através da fala da ex Secretária de Saúde no período analisado Anamaria Carvalho Schneider, extraímos as seguintes considerações sobre o tema:

No quadriênio (1997/2000) pode-se avaliar a motivação do gestor em relação a este princípio pelas ações por ele implantadas, no sentido de fortalecer a participação da população na gestão do SUS municipal. Assim. De acordo com a Dra. Anamaria Schneider, algumas iniciativas devem ser ressaltadas, como:

“Ampliação e valorização dos canais de vocalização da sociedade, seja através da criação de ouvidoria, de conselho gestor em unidades

de saúde ou do fortalecimento do Conselho de Saúde entre outros avanços”.

Da leitura das atas de reuniões do CMS nesta gestão (1997/2000) depreende-se que a presidência do Conselho Municipal de Saúde foi exercida neste período por representantes da sociedade civil organizada, ratificando, dessa maneira, a disposição dos gestores em prestigiar as deliberações dos conselheiros na prática dessa diretriz constitucional.

A atual presidente do CMS, em entrevista concedida ao autor, que somente nos anos de 1992 e 1993 não houve acesso a informações por extravio de documentação, nos demais anos o acesso sempre foi franqueado.

8.1.5 Considerações sobre o quadriênio 1997 – 2000.

Os dados levantados pela pesquisa relativos ao quadriênio demonstram, conforme análise descritiva realizada, um esforço concreto dos gestores na ampliação da cobertura, da oferta de serviços, das referências para consultas e exames especializados, assim como a implantação inicial do processo de regulação do sistema. Da mesma forma, ficou claro que o envolvimento de outros setores no planejamento das ações de saúde (intersetorialidade) contribuiu nos ganhos sociais e na manifesta motivação à participação. A melhoria dos indicadores sugere, dessa maneira, que neste quadriênio, a gestão se empenhou para cumprir os princípios constitucionais da integralidade e participação da comunidade, tendo como objetivo a mudança do modelo de atenção até então hegemônico neste quadriênio.

8.2 Quadriênio (2001 – 2004).

Neste quadriênio, com a reeleição, o mesmo grupo permaneceu à frente da gestão municipal de Resende, trazendo para a administração toda a experiência anterior.

Deve-se ressaltar neste período dois fatos: todas as dívidas existentes foram pactuadas com recursos adicionais, resultado do incremento da arrecadação; o município experimentou um aumento populacional crescente, não apenas vegetativo, mas também pelo fluxo migratório, exigindo mais investimentos de infraestrutura e na área social como um todo e na saúde, em particular.

8.2.1 População

De acordo com a tabela 14, a população de Resende continuou crescendo, em ritmo mais lento, influenciado pela redução do coeficiente de natalidade e pelo alto fluxo migratório.

Tabela 14: Distribuição da população do município de Resende, RJ (2001/2004)

Período	População
2001	106.994
2002	108.870
2003	110.876
2004	112.876

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Resende, 2011

8.2.2 Recursos para a saúde

Neste quadriênio, como demonstra a tabela 15, houve um incremento na arrecadação e, com isso, ainda que percentualmente houvesse uma redução de 28.33% para 25.33%, em números absolutos aumentou de R\$ 23.010.000,00 para R\$ 30.803.000,00.

Tabela 15: Recursos destinados à saúde* no município de Resende, RJ (2001/2004)

Período	Recursos*	
	Nº	%**
2001	23.010	23,59
2002	20.314	20,82
2003	23.429	24,02
2004	30.803	31,57
TOTAL	97.556	100,00

Fonte: Siops / Datasus/ 2010

Nota: *Em milhões de reais

** Percentual do orçamento municipal investido na saúde.

8.2.3 Integralidade.

As questões temáticas, selecionadas para a análise do princípio da integralidade nas gestões municipais nos quadriênios considerados a partir da implantação do Programa Saúde da Família no Município, foram analisadas através dos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e das falas dos entrevistados convidados a participar do trabalho.

8.2.3.1 Cobertura do PSF

De acordo com a tabela 16, o PSF neste quadriênio (2001/2004) apresentou uma expansão da cobertura populacional, passando de 17,6 % para 26,6%, o que exigiu dos gestores um significativo grau de estruturação do Programa. A correspondência, na prática, está no aumento de 11.266 (59,75%) pessoas cadastradas registradas no final do período. Da mesma forma, observa-se, em consequência que as consultas médicas em 2004 passaram de 26.466 para 56.618, correspondendo em números absolutos ao aumento de 30.152 (112,92%), enquanto que as de puericultura aumentaram 3.084 (208,51%).

Tabela 16: Cobertura populacional _ população adscrita cadastrada no PSF segundo número de equipes implantadas no município de Resende, RJ (2001/2004).

Ano	Nº de Equipes	Pessoas		Consultas Médicas	Consultas Puericultura	Total Consultas
		Cadastradas				
		Nº	%*			
2001	09	18.854	17.6	26.466	1.479	26.515
2002	10	20.067	18.4	38.639	2.788	41.427
2003	11	25.450	22.9	41.547	3.284	44.831
2004	14	30.120	26.6	56.618	4.563	61.181

Fonte: SMS do município de Resende, 2011.

Nota: * % de cobertura da população em cada ano do quadriênio.

Como mostra a tabela 17, as visitas domiciliares executadas por cada um dos membros da equipe tiveram uma expansão significativa no período, sendo que as médicas aumentaram 130,89%, as de enfermagem 344,60%, as de auxiliares de enfermagem 283,78 e as realizadas pelos ACS de 146,89%. Em números absolutos observa-se um aumento no quadriênio de 67.446 visitas, correspondendo a 154,07%. Assim, pode-se inferir que todos os procedimentos domiciliares relacionados com o PSF tiveram um grande impacto na população cadastrada devido ao aumento da cobertura.

Visitas domiciliares

Tabela 17: Distribuição das visitas domiciliares (VD) segundo os membros da equipe PSF no município de Resende, RJ (12001/2004)

ANO	V. Médicas		V. Enfermagem		V. Aux. Enf.		V. ACS		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2001	1.418	15,39	926	8,61	1.534	11,93	39.898	14,00	43.776
2002	2.149	23,32	1.942	18,07	2.563	19,93	66.332	23,28	72.986
2003	2.373	25,76	3.867	35,96	3.337	25,95	80.280	28,16	89.857
2004	3.274	35,53	4.017	37,36	5.426	42,19	98.505	34,56	111.222
Total	9.214	100,00	10.752	100,00	12.860	100,00	285.015	100,00	317.841

Fonte: SMS de Resende – 2011.

8.2.3.2 Oferta de serviços

A tabela 18 mostra o aumento progressivo dos encaminhamentos, a partir do PSF, para o nível secundário (consultas e exames especializados) e terciário (hospitalar) do sistema municipal de Saúde de Resende. Este incremento significativo dos encaminhamentos está relacionado ao aumento da cobertura do PSF e pode ser interpretado como resultado das ações desenvolvidas pela gestão municipal para garantir a continuidade do cuidado e a concretização do princípio da integralidade.

Se compararmos o total dos encaminhamentos para as especializações ao final deste quadriênio (13.573) com o do período anterior (764) verifica-se um aumento percentual de 1.676,57% e 12.809 em números absolutos, ratificando a relação aumento da cobertura do PSF com o dos encaminhamentos para o nível secundário de atenção à saúde.

De acordo com a tabela 19, o número dos procedimentos e consultas especializadas encaminhados pelas equipes PSF para esclarecimento diagnóstico no nível secundário aumentou significativamente, ratificando sua relação com a cobertura da população neste quadriênio.

Dessa forma, pode-se identificar, especificamente, que o número de consultas e procedimentos relacionados a Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Tuberculose, Hanseníase e Pré-Natal, cujos controles e acompanhamentos são da competência das equipes PSF, aumentou ao longo do quadriênio, demonstrando não só que houve expansão na oferta de serviços como também sua relação com a cobertura da população pelo Programa.

Tabela 18: atendimentos especializados e internações hospitalares por encaminhamento das equipes PSF no Município de Resende, RJ (2001/2004)

Ano	Encaminhamentos para as Clínicas Especializadas		Internações Hospitalares	
	Nº	%	Nº	%
2001	1.940	14,29	118	15,11
2002	2.663	19,62	219	28,05
2003	3.260	24,02	213	27,27
2004	5.710	42,07	231	29,57
TOTAL	13.573	100,00	781	100,00

Fonte: SMS de Resende – 2011.

**Tabela 19: Produção ambulatorial do SUS referenciada pelo PSF no Município de Resende, RJ
(2001/Outubro 2004)**

Procedimentos	2001	2002	2003	2004
Bioquímica relacionada ao Pré-Natal, Diabetes e Hipertensão.	57.801	71.430	89.560	103.835
Administração de medicamentos	9.142	10.841	14.363	18.547
Biologia relacionada ao Pré-Natal, Diabetes e Hipertensão.	25.687	35.269	29.783	33.648
Diagnose em Cardiologia	12.284	9.010	6.580	8.241
Diagnose em Oftalmologia	7746	6886	7516	8322
Ecografia Obstétrica	1.472	1.576	1.929	2.134
Baciloscopia para Hanseníase	25	3	9	27
Mitsuda para Hanseníase	2	2	3	0
Administração de medicamentos Para Hanseníase	239	262	250	218
Baciloscopia para Tuberculose	552	591	751	
Administração medicamentos para tuberculose	379	336	1368	1519

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS. Resende, 2011.

Em relação ao Pré-Natal e Coeficiente de Mortalidade Materna no quadriênio 2001/2004 as tabelas 20 e 21 mostram neste período um significativo aumento na atenção à mulher e à gestante. O número de gestantes com seis ou mais consultas em 2004 foi de 2667, correspondendo a um aumento de 906 gestantes acompanhadas (51,44%). Entretanto, estes números não impactaram o Coeficiente de Mortalidade Materna, que apresentou uma evolução de 164,74 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2002 para 239,39 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2004. A diferença acentuada desses indicadores com os do período anterior deve-se, provavelmente, a debilidade nas informações das causas de óbitos em gestantes em anos anteriores.

Tabela 20: Distribuição das gestantes com seis ou mais consultas cadastradas no pré-natal no Município de Resende, RJ (2001/2004)

Gestantes		
Ano	Nº	%
2001	1.761	21,20
2002	1.705	20,52
2003	2.174	26,17
2004	2.667	32,11
Total	8.307	100,00

Fonte: SMS/Resende - Serviço de Epidemiologia, 2011.

Tabela 21: Coeficiente de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos no Município de Resende, RJ (2002/2004).

ANO	COEF. MORTALIDADE MATERNA
2002	164,74
2003	115,60
2004	239,39

Fonte: SMS/Resende- Serviço de Epidemiologia, 2011.

Em relação à tuberculose, sua incidência foi de 54,47; 61,54; 57,72 e 45,18 respectivamente nos anos de 2001, 2002, 2003, 2004. Mesmo não tendo indicadores do controle de cura, o que impede o cálculo da prevalência e da letalidade da doença, a tabela 22 mostra a redução da incidência ao final do quadriênio, podendo sugerir melhor controle da doença.

Tabela 22: Número de casos de tuberculose no Município de Resende, RJ (2001/2004)

Casos de tuberculose			
Ano	Nº	%	Incidência*
2001	54	22,88	50,47
2002	67	28,39	61,54
2003	64	27,12	57,72
2004	51	21,61	45,18
TOTAL	236	100,00	

Fonte SMS/Resende - Serviço de Epidemiologia, 2011.

Nota: *Por 100.000 hab.

Quanto à hanseníase, a tabela 23, abaixo, mostra a incidência da doença de 18,82; 31,22; 22,54 e 25,69 respectivamente nos anos de 2001, 2002, 2003 e 2004. Estes dados sugerem que as medidas tomadas para seu controle ainda não alcançaram os resultados esperados.

Tabela 23: Número de casos de hanseníase no Município de Resende RJ (2001/2004).

Casos de hanseníase			
Ano	Nº	%	Incidência*
2001	18	16,98	18,82
2002	34	32,08	31,22
2003	25	23,58	22,54
2004	29	27,36	25,69
Total	106	100,00	

Fonte SMS/Resende - Serviço de Epidemiologia, 2010.

Nota: * por 100.000 hab.

8.2.3.3 Referência, Contrarreferência e Regulação do Sistema.

Nesse quadriênio, de acordo com as tabelas apresentadas no corpo do texto, pode-se inferir que, em função dos encaminhamentos para exames e consultas especializadas, houve um expressivo aumento na oferta de serviços de referência, sugerindo um esforço da gestão municipal em relação à hierarquização da rede e à regulação das vagas. Entretanto, a pesquisa não encontrou elementos para comprovar a evolução do fluxo da informação pela contrarreferência. Entretanto, o PSF em Resende, com a proposta de reorganizar a atenção primária e se constituir como porta de entrada do sistema municipal de saúde, contribuiu com 26,6% da cobertura da população residente de Resende.

8.2.3.4 Intersetorialidade (saneamento, questões ambientais e desenvolvimento econômico).

De acordo com os documentos disponibilizados pelo município constatamos que ao final do quadriênio o município alcançava 100% de distribuição de água tratada, mesmo em aglomerados rurais; coletava 84% de seus esgotos domésticos, tratava 12% de seu esgoto sanitário e deixava uma Estação de Tratamento de Esgoto em fase final de construção com capacidade de ampliar esta cobertura para 42% de sua população.

A coleta de resíduos sólidos manteve-se estabilizada, cobrindo toda a população urbana (97%) e iniciando a Coleta Seletiva que alcançou a cobertura de 20% dos domicílios, e ainda, nesse período, contava com um aterro sanitário sem capacidade de tratamento de sua matéria orgânica e limitado ao aterramento de todos os resíduos.

A recuperação econômica no quadriênio estava em curso com a vinda de diversas novas empresas com reflexo na receita tributária. Deve-se ressaltar que Resende iniciou o quadriênio (1997/2000) com execução orçamentária da ordem R\$36.000.000,00 e projetou uma receita para o ano 2005 de R\$ 147.000.000,00, sendo que ao final deste ano efetivou uma arrecadação próxima a 143 milhões de reais.

8.2.4 Participação Popular no Conselho Municipal de Saúde (CMS) e aspectos inter-relacionados

Em relação à motivação do gestor, deve-se registrar que a gestora da Saúde, Anamaria de Carvalho Shneider, manteve a mesma postura democrática do seu período anterior. Não há

qualquer informação nas atas de Conferências Municipais e do CMS contrária a esta informação, podendo-se acrescentar que, da mesma forma, a autonomia do presidente do Conselho foi preservada e aperfeiçoada, mantendo-se a mesma relação institucional. Desta maneira, o acesso às informações das questões constantes das pauta das discussões manteve-se irrestrito para a sociedade.

Quanto à pauta das reuniões, constatamos que elas não estavam disponíveis por ocasião da pesquisa nem em meio digital nem em cópias xerográficas. Contudo, a entrevista realizada com um dos membros do Conselho esclareceu que as reuniões sempre foram mais deliberativas do que propositivas.

Entrevista com a Secretária de Saúde do período 1997/2004.

Anamaria de Carvalho Schneider, enfermeira, doutora em Saúde pública, secretária de saúde durante os quadriênios de 1997/2000 e 2000/2004 foi convidada a assumir a Secretaria de Municipal de Saúde devido a necessidade da Prefeitura de dotar a gestão de maior capacidade técnica e de reduzir as interferências de interesses de grupos privados da saúde na gestão pública municipal.

De acordo com Anamaria “Resende avançou muito no SUS exatamente por adotar um planejamento baseado nos seus princípios doutrinários”. Este planejamento, segundo a ex-secretária, proporcionou o desenvolvimento de ações concretas como a ampliação do acesso a todos os serviços de saúde, tanto os básicos especializados como os hospitalares; a ampliação e recuperação física de unidades de saúde e a implantação de mecanismos de controle, supervisão e auditoria na rede própria e contratada.

A entrevistada também afirmou que o planejamento visou a contratualização dos prestadores de serviços; a aquisição de softwares para as áreas meio; o estímulo e apoio financeiro à qualificação profissional dos trabalhadores em saúde; a ampliação e valorização dos canais de vocalização da sociedade, tanto por meio da criação de ouvidoria como através de conselho gestor em unidades de saúde ou do fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde. Todas as ações planejadas e desenvolvidas resultaram avanços no sistema municipal de saúde de Resende.

Segundo Anamaria “a principal característica da Estratégia Saúde da Família é o vínculo e a responsabilização da população cadastrada pelos profissionais que a acompanha”. Dessa forma, no seu entendimento, a partir dessa premissa pode-se garantir, não somente o

acesso privilegiado aos cuidados básicos, mas, sobretudo a continuidade do cuidado, evitando-se, assim, a ameaça ao princípio da integralidade.

Em relação aos recursos orçamentários e financeiros para a Saúde da Família concorda que ainda são insuficientes para garantir sua ampliação. Isto porque, dada a peculiaridade das suas atividades, que exigem extrema responsabilidade e dedicação, os profissionais necessitam de remuneração diferenciada. Da mesma forma, continuou Anamaria, para se obter maior resolutividade na atenção básica é necessário garantir o acesso à atenção especializada, o que implica incorporar tecnologia de equipamentos e medicamentos, boa parte caracterizadas como de elevado custo. De acordo com Anamaria Schneider,

“A Estratégia de Saúde da Família deveria ter sido ampliada, sobretudo porque, mesmo com a ampliação do acesso aos serviços houve uma redução das despesas em saúde nos gastos gerais da prefeitura, no período. Nos sete anos, as despesas em saúde com recursos do tesouro municipal reduziram-se de cerca de 20% para 17%. Outra dificuldade refere-se ao elevado custo operacional do hospital municipal, que justificava sua ampliação e mudança de perfil, incluindo procedimentos eletivos, restritos ao prestador filantrópico e com problemas de governabilidade. Da mesma forma podemos apontar a dependência de outros municípios para garantir o acesso à alta complexidade, sempre sem a presença e coordenação da SES. Acredito que um sistema de regulação de consultas, procedimento e internações seria fundamental para organizar e melhor gerenciar o a atenção na rede de saúde”.

Em relação ao princípio da integralidade, fica explícito na fala da entrevistada que a gestão municipal nesse período se empenhou para sua concretização em Resende. A fala abaixo sintetiza todo esse esforço da administração:

“(...) A integralidade era garantida através da garantia do acesso a exames, consultas, procedimento e internações realizados no âmbito local, com prestadores públicos, filantrópicos e privados.. pactuou-se com municípios da região o acesso a serviços de alta complexidade, tais como oncologia e terapia renal substitutiva, entre outros (...)”.

Na fala selecionada a seguir, Anamaria Schneider aborda a questão da consolidação de uma rede hierarquizada no Município e os recursos utilizados para a regulação das vagas. Diz ela:

“A hierarquização do sistema era estabelecida a partir do acesso através da atenção primária utilizando-se formulários específicos de referência para as especialidades e demais níveis de complexidade, com agendamento prévio, no formato manual”.

Finalizando, afirmou que “uma boa integração e articulação entre todos os setores de governo, concessionárias de serviços públicos e destes com a sociedade deve ser uma prática do executivo...”. E concluiu sua entrevista enfatizando que “priorizar investimentos no saneamento, coleta de lixo, habitação, educação, transporte, trabalho e renda e lazer seguramente proporcionará melhores condições de saúde a uma população”.

8.2.5 Considerações sobre o quadriênio 2001/2004

Os dados apresentados para caracterizar este quadriênio sinalizam um aumento da cobertura, de oferta de serviços e maior acesso aos pacientes referenciados. De uma forma geral, observou-se que o sistema tornou-se mais regulado e que houve melhoria na qualidade dos serviços públicos prestados com ganhos sociais.

A participação da sociedade continuou a ser prestigiada, através dos mecanismos criados para este fim, isto é, a ouvidoria, conselhos gestores em unidades de saúde, Conferência Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.

Dessa maneira, de 2001 a 2004, persistiu o respeito aos princípios da integralidade e participação da população e o objetivo de mudança do modelo ainda hegemônico de atenção à saúde.

8.3 Quadriênio (2005 – 2008)

Este período foi marcado pela posse dos novos gestores eleitos, comprometidos com a mudança da linha política e a substituição de todos os membros da administração anterior. O município manteve o ritmo acelerado de desenvolvimento e as mesmas características, porém, observou-se que a administração instituiu uma nova ordem de prioridades para as ações, sobretudo na área social, estabelecendo uma verdadeira ruptura com a gestão anterior.

8.3.1 População

A tabela 24 mostra que persistiu um aumento populacional, embora num ritmo mais lento, em conformidade com a queda da natalidade observada no Brasil e, em particular, na Região Sudeste. Este aumento populacional pode estar sendo influenciado também pelo fluxo migratório do município, característica já observada anteriormente.

Tabela 24: Distribuição da população do Município de Resende, RJ (2005/2008)

Período	População
2005	117.416
2006	119.728
2007	122.017
2008	127.763

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Resende, 2011.

8.3.2 Recursos para a saúde

Houve em 2005, como mostra a tabela 25, uma queda percentual e em números absolutos na destinação de recursos para saúde em relação ao ano de 2004, final do quadriênio, quando o município investiu na saúde 25.33% de seu orçamento, correspondendo a R\$ 30.803.000,00. Em 2005 foram investidos R\$ 28.320.000,00 (19.83%).

De 2005 a 2008 não houve aumento percentual significativo em investimentos na saúde, mas, com o aumento da arrecadação municipal elevou-se a destinação de recursos em números absolutos como explicitado na tabela abaixo. Assim, os números apresentados sinalizam para um vigoroso aumento do aporte de recursos na saúde por conta do grande incremento na arrecadação.

**Tabela 25: Recursos* destinados à saúde no Município de Resende,
RJ (2005/2008)**

Recursos		
Ano	Nº*	%**
2005	28.320.000	19,54
2006	34.353.300	23,69
2007	36.391.000	25,10
2008	45.916.000	31,67
Total	144.980.300	100,00

Fonte: Siops / Datasus/ 2010

*Em milhões de reais

** Percentual do orçamento municipal investido na saúde.

8.3.3 Integralidade

8.3.3.1 Cobertura do PSF

A tabela 26 mostra que no início do quadriênio houve um aumento de 07 equipes Saúde da família (50%), entretanto, nos anos subsequentes criou-se apenas uma equipe.

Neste período, observou-se aumento no número de consultas em função do aumento de equipes, contudo, verificou-se, também, que em 2008, o número de consultas retomou aos patamares do período anterior.

Tabela 26: Cobertura populacional e consultas médicas, segundo número de equipes PSF implantadas no município de Resende, RJ (2005/2008).

Ano	Nº de Equipes	Pessoas Cadastradas		Consultas Médicas	Consultas Puericultura	Total Consultas
		Nº	%*			
2005	21	47.317	40,29	68.028	4.680	72.708
2006	22	51.423	42,94	89.247	6.769	96.016
2007	22	52.408	42,95	96.002	7.370	103.372
2008	22	53.187	41,62	59.407	5.206	64.613

Fonte: SMS do município de Resende, 2011.

Nota: * % de cobertura da população em cada ano do quadriênio.

Visitas domiciliares

Na tabela 27 observamos um aumento das visitas domiciliares (VD) realizadas pelos membros da equipe, mas no último ano do quadriênio, considerando o total de visitas, ficou visível a diminuição na ordem de 62,53%, sendo que em relação aos agentes comunitários esta diminuição chegou a 37,30%, aos auxiliares de enfermagem 37,79%, aos médicos 43,96% e à enfermagem 36,12%. A diminuição das VD é uma situação que deve ser discutida pela equipe, pois pode acarretar o agravamento da situação de saúde dos grupos de risco acompanhados e da população cadastrada em geral.

Em relação ao quadriênio anterior houve significativa redução nas visitas médicas domiciliares e de enfermagem e um pequeno aumento nas visitas de auxiliares e agentes comunitários.

Tabela 27: Distribuição das visitas domiciliares (VD) segundo os membros da equipe PSF no município de Resende, RJ (2005/2008)

ANO	V. Médicas		V. Enfermagem		V. Aux. Enf.		V. ACS		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2005	2.561	16,70	2.867	16,00	4.657	15,27	105.893	18,00	115.978
2006	4.523	29,47	5.599	31,26	9.501	31,14	171.105	29,08	190.728
2007	5.293	34,50	5.764	32,18	10.077	33,04	191.328	32,53	212.462
2008	2.966	19,33	3.682	20,56	6.268	20,55	119.951	20,39	132.867
Total	15.343	100,00	17.912	100,00	30.503	100,00	588.277	100,00	652.035

Fonte: SMS de Resende – 2011.

8.3.3.2 Oferta de serviços

No período estudado (2005/2008) o número de atendimentos especializados manteve-se sem alterações significativas nos 02 (dois) primeiros anos, elevando-se 17,03% em 2007 em relação ao ano anterior, enquanto que as internações hospitalares mantiveram-se em patamares próximos. A tabela 28 registra uma queda dos atendimentos especializados (30,88%) em 2008, alcançando números inferiores a 2004. Esta redução do número de consultas sugere sua relação com a queda das consultas médicas no PSF apresentadas na tabela 26 no ano 2008 e com a redução do número de cadastrados no mesmo ano.

Quanto às internações hospitalares, após uma queda inicial das internações no ano de 2005 elas retomaram os patamares do quadriênio anterior e se mantiveram estáveis até 2008.

Tabela 28: atendimentos especializados e internações hospitalares por encaminhamento das equipes PSF no Município de Resende, RJ (2005/2008)

Ano	Atendimentos Especializados		Internações Hospitalares	
	Nº	%	Nº	%
2005	5.861	24,92	134	15,70
2006	5.929	25,20	240	28,10
2007	6.939	29,50	237	27,75
2008	4.796	20,38	243	28,45
Total	23.525	100,00	854	100,00

Fonte: SMS de Resende – 2011.

A produção ambulatorial no ano de 2007 (tabela 29) relacionada aos encaminhamentos feitos pelo PSF sofreu uma diminuição em todos os itens constantes da tabela, com exceção da biologia relacionada ao pré-natal, diabetes e hipertensão, que apresentou um aumento de 23,05%. Estes procedimentos guardam uma relação com o aumento dos encaminhamentos efetuados pelo PSF (tabela 28) em 2007.

Tabela 29: Produção ambulatorial do SUS referenciada pelo PSF no Município de Resende, RJ (2005/2007)

Procedimentos	2005	2006	2007
Bioquímica relacionada ao Pré-Natal, Diabetes e Hipertensão.	105.974	121.200	104.437
Administração de medicamentos	77.715	80.677	77.217
Biologia relacionada ao Pré-Natal, Diabetes e Hipertensão.	10.724	11.004	13.541
Diagnose em Cardiologia	7.999	8.591	8.489
Diagnose em Oftalmologia	248	927	889
Ecografia Obstétrica	1.052	1.388	1.251
Mitsuda para Hanseníase	1	0	0
Administração de medicamentos Para Hanseníase	184	177	77
Baciloscopia para Tuberculose	507	404	317
Administração medicamentos para tuberculose	122	106	222

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS. Resende, 2011.

Em relação ao pré-natal, o quadriênio 2005/2008, de acordo com a tabela 30, em seu início apresentou uma redução de gestantes cadastradas em relação ao final do quadriênio anterior, que foi de 2607 gestantes e em 2008 observou-se uma diminuição do número de gestantes cadastradas, de 903 gestantes (29,41%).

Tabela 30: Distribuição das gestantes com seis ou mais consultas cadastradas no pré-natal no Município de Resende, RJ (2005/2008)

Gestantes		
Ano	Nº	%
2005	2.388	17,92
2006	3.897	29,24
2007	3.973	29,81
2008	3.070	23,03
Total	13.328	100,00

Fonte: SMS/Resende - Serviço de Epidemiologia, 2011.

Em relação aos casos novos de tuberculose neste quadriênio, a tabela 31 mostra que a incidência no período permaneceu estável nos dois primeiros anos, aumentando 4,65% em 2007, permanecendo neste patamar em 2008. Em relação ao quadriênio anterior o nº de casos diminuiu significativamente.

Tabela 31: Número de casos de tuberculose no Município de Resende, RJ (2005/2008)

Casos de tuberculose			
Ano	Nº	%	Incidência*
2005	43	24,43	36,62
2006	43	24,43	35,91
2007	45	25,57	36,88
2008	45	25,57	35,22
TOTAL	176	100,00	

Fonte SMS/Resende - Serviço de Epidemiologia, 2011

Nota: *Por 100.000 hab.

De acordo com a tabela 32, a incidência de 8,19 casos por 100.000 hab de hanseníase chama atenção pela queda brusca em 2007 em relação aos outros anos do período. Este dado pode ser atribuído à provável ocorrência de sub-notificação neste ano. A incidência observada ao final do quadriênio (18/100.000hab) não foi suficiente para definição de uma tendência.

Tabela 32: Número de casos de hanseníase no município de Resende, RJ (2005/2008).

Casos de hanseníase			
Ano	Nº	%	Incidência*
2005	26	30,23	22,14
2006	27	31,40	22,55
2007	10	11,63	8,19
2008	23	26,74	18
Total	86	100,00	

Fonte SMS/Resende- Serviço de Epidemiologia, 2010.

Nota: * por 100.000 hab.

8.3.3.3 Referência e Contrarreferência e Regulação do Sistema.

De acordo com os documentos consultados e com as entrevistas realizadas, no quadriênio 2005/2008, as demandas reprimidas persistiram neste período, mantendo, portanto, constrangimentos para a garantia de vagas para exames e consultas especializadas. Entretanto, os serviços de Fisioterapia e Odontologia foram descentralizados e ampliados, mas não há paralelismo com a ampliação da cobertura, por terem sido ofertados a parte do PSF.

8.3.3.5 Intersetorialidade (saneamento, questões ambientais e desenvolvimento econômico).

Neste quadriênio a gestão do saneamento ambiental, que anteriormente era pública na forma de Autarquia, foi transformada em Sociedade de Economia Mista e concessionada à iniciativa privada.

Através da análise da documentação disponibilizada pelo município observou-se que as limitações existentes na gestão pública não foram equacionadas com o novo modelo e, provavelmente, por este motivo, não foram observadas melhorias nem na distribuição, nem na coleta de esgoto, sendo que seu tratamento ampliou-se em função de uma sequência cronológica natural de uma obra iniciada na gestão anterior.

Deve-se ressaltar que a coleta de resíduos sólidos manteve-se estável e satisfatória no período, embora houvesse uma desarticulação na Coleta Seletiva com sua quase extinção.

O destino final dos resíduos sólidos manteve-se inalterado, sob o mesmo processo de aterramento sem qualquer forma de tratamento, sendo mantida a proteção de lençóis profundos com lona plástica.

O processo de desenvolvimento econômico do município manteve-se acelerado no período, favorecendo, entre outras iniciativas no campo da produção industrial, a chegada a Resende de uma grande siderúrgica do grupo Votorantin. Dessa forma, Resende fechou o exercício com projeção de arrecadação da ordem de R\$ 210.000.000,00 para 2009.

8.3.4 Participação Popular e aspectos inter-relacionados

De acordo com a análise documental, neste quadriênio o Conselho Comunitário de Saúde pouco debateu questões relativas à saúde do município, registrando também a ausência do gestor das reuniões. Este fato pode sinalizar para uma possível falta de motivação em relação ao processo do controle social, representado pela participação da comunidade na elaboração das políticas de saúde.

Entretanto, os conselheiros reafirmam a sua autonomia no pensar, mas reclamam da pouca valorização ao trabalho realizado. Em relação às informações elas permaneceram acessíveis aos contribuintes.

Cabe registrar que somente foram analisadas as pautas a partir de 2007, portanto, apenas dois anos da gestão. Ao examiná-las percebeu-se uma tendência exclusiva da Secretaria de Saúde na sua formulação, mas também ficou visível a autonomia do Conselho com o registro de rejeição de contas em algumas delas.

Entrevista com José Luis Anastácio Balieiro

No período 2005/2008 o Gestor da Saúde foi o Dr. José Luis Anastácio Balieiro, médico, formado em 1983, com curso de pós-graduação em medicina do trabalho e residência médica em Ginecologia e Obstetrícia. Em relação à gestão acumulou experiências profissionais como Diretor Clínico da Maternidade de Resende e Diretor Administrativo da Secretaria de Saúde de Resende.

Durante a campanha eleitoral para a Prefeitura de Resende foi coordenador do plano de governo do então candidato a Prefeito. Nesta entrevista concedida ao autor, assegurou que Resende norteou-se, no que diz respeito à Saúde, pelos princípios do SUS e que, na prática, em sua gestão, deu continuidade à implantação do PSF, iniciou a ampliação da cobertura pelas áreas rurais, depois pelas regiões mais populosas, implantou policlínicas para aumentar a acessibilidade e descentralizou programas e atendimentos por territórios.

O Dr. José Luiz enxerga o PSF como um modelo humanizado, em que a equipe cria uma íntima relação com a comunidade, o que supera em muito o modelo convencional. O envolvimento da população da região de sua abrangência, os agentes comunitários, a busca ativa de pacientes e o controle das doenças conferem grande importância ao PSF, podendo, assim, ser considerado como um grande diferencial do modelo hegemônico.

O entrevistado lamenta o subfinanciamento da estratégia, atribuindo ao fato de o resultado não ser tão imediato. Nesse sentido, em sua opinião, todo governo deveria investir maciçamente no PSF, tentando fixar as equipes por longos períodos para maior integração com a população. Na sua gestão procurou integrar e hierarquizar, partindo da identificação pelo médico do PSF ou enfermeira, de alguma demanda da população trazida pelo agente comunitário.

Relata que sua grande dificuldade foi na contratação de médicos, os baixos salários, a carga horária compunha um cenário, agravado pela descrença e faz a seguinte observação: “Cheguei certa vez escutar que iríamos perder as eleições fazendo a coisa certa e se fizéssemos a coisa errada, ganharíamos e acho que estavam certos, pois vejam as UPAS”.

Em relação à participação popular, em sua gestão esta se deu através do Conselho Municipal de Saúde e das reuniões frequentes de sua equipe com cada comunidade para ouvir e se fazer ouvir. Entretanto, em relação à Conferência expressou-se de forma muito cética:

“...pois acho ser um palco político improdutivo. Já o Conselho Comunitário de Saúde, este já tem um papel melhor, porém ainda deficiente, pois um conselheiro participa de mais de um conselho, um conselheiro profissional. O mais produtivo são as reuniões com cada comunidade”.

8.3.5 Considerações sobre o quadriênio 2005/2008

A análise dos documentos relativos ao quadriênio permitiu identificar um aumento quantitativo das unidades PSF, que passaram de 14 ao final de 2004 para 22 em 2005, entretanto, este aumento de cobertura não correspondeu, proporcionalmente, a um aumento nos atendimentos, oferta de serviços, regulação do sistema. Quanto à participação popular, conforme apreendido pela pesquisa, não ficou visível qualquer avanço no sentido de uma participação consolidada na discussão e elaboração das políticas de saúde de Resende, sendo, por este fato, passível de permanente discussão entre os conselheiros.

Na questão ambiental observou-se um processo de terceirização dos serviços e uma significativa redução do controle social.

Em relação às metas de longo prazo não foram identificados investimentos significativos, apesar do desenvolvimento econômico social do município ter continuado a acontecer de forma acelerada no quadriênio, favorecido pela chegada de novas empresas, propiciando a geração de oportunidades na forma direta e indireta, com reflexos na receita tributária municipal.

A análise dos dados levantados no período mostrou que apesar do aumento inicial na cobertura houve uma estagnação no patamar do início do quadriênio, sem aumento de oferta, regulação inadequada e a pouca valorização da Participação Popular institucional. Pode-se considerar que o avanço em direção a ruptura do modelo tradicional de atenção à saúde através do PSF se deu de forma pouco ordenada, levando-se em consideração os princípios do SUS.

8.4 Gestão de 2009 a 2011

Este último quadriênio registrou uma nova mudança de modelo de gestão e de prioridades, com alterações significativas na composição dos membros da administração. A saúde voltou a ocupar um papel de destaque no planejamento das ações, provavelmente, em

razão dessa gestão ter à frente um médico, cujo sucesso eleitoral pode ser, em grande parte, atribuído aos debates sobre questões de saúde pública, criando expectativas de avanços nesta área.

8.4.1 População

No primeiro ano deste período a população do Município era de 130.000 habitantes. A persistência deste aumento demográfico está relacionado com o permanente fluxo migratório no Município.

8.4.2 Recursos para a saúde

Os recursos orçamentários destinados à Saúde atingiram a 24.59% da receita municipal, correspondendo a R\$ 51.628.000,00. Em relação ao ano de 2008, constatou-se um aumento de R\$ 5.704.000 (11,04%).

8.4.3 Integralidade.

8.4.3.1 Cobertura no PSF.

A tabela 33, abaixo, mostra um aumento do número de pessoas cadastradas no PSF pouco significativo e um incremento na oferta de consultas em relação a 2008. Os dados de 2011 sugerem uma possível tendência de manutenção desse aumento para o final do período.

Tabela 33: Cobertura populacional e consultas médicas, segundo número de equipes PSF implantadas no município de Resende, RJ (2009/2011).

Ano	Nº de Equipes	Pessoas Cadastradas		Consultas Médicas	Consultas Puericultura	Total Consultas
		Nº	%*			
2009	22	53.313	41,0	77.290	6.523	83.813
2011	22	54.398	41,8	87.504	7.388	94.892

Fonte: SMS do município de Resende, 2011.

Nota: * % de cobertura da população (130.000)

Os números da tabela 34 demonstram que houve aumento das visitas domiciliares realizadas pelos auxiliares de enfermagem (8,74%) e ACS (24,73%) e redução das mesmas por parte dos médicos e enfermeiros.

Tabela 34: Distribuição das visitas domiciliares (VD) segundo os membros da equipe PSF no município de Resende, RJ (2009/2011)

Ano	Médicas		Enfermagem		Aux. Enf.		ACS		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2009	3.656	52,94	4.503	54,72	7.403	47,91	156.425	44,49	171.987
2011	3.251	47,06	3.727	45,28	8.050	52,09	195.118	55,51	210.146
Total	6.907	100,00	8.230	100,00	15.453	100,00	351.543	100,00	382.133

Fonte: SMS de Resende – 2011

8.4.3.2 Oferta de serviços

Em relação ao período anterior, conforme tabela 35, a oferta de atendimentos especializados aumentou expressivamente, passando de 4796 em 2008 para 6161 (28,46%) em 2009 e para 8158 em 2010, correspondendo a um aumento de 70.10% entre o final do quadriênio 2005/2008 e o final do biênio 2009/2010. Esses números sinalizam para um significativo aumento da oferta, como também para o aumento de recursos humanos especializados.

Quanto às internações, em relação ao quadriênio anterior, apresentam uma redução de 28,80%. Esta queda pode ser interpretada como um melhor acompanhamento dos problemas de saúde da população por parte das equipes do PSF. A tabela 35 mostrou que houve aumento na oferta de atendimentos especializados e nas internações hospitalares.

Tabela35: atendimentos especializados e internações hospitalares por encaminhamento das equipes PSF no Município de Resende, RJ (2009/2011)

Ano	Atendimentos Especializados		Internações Hospitalares	
	Nº	%	Nº	%
2009	6.161	43,03	130	42,91
2010	8.158	56,97	173	57,09
Total	14.319	100,00	303	100,00

Fonte: SMS de Resende – 2011.

Em relação ao pré-natal, no biênio 2009/ 2010 (tabela 36) o número de gestantes com mais de seis consultas não se alterou, mas, comparado com o quadriênio anterior, observa-se que houve um aumento de 14,13%.

Tabela 36: Distribuição das gestantes com seis ou mais consultas cadastradas no pré-natal no Município de Resende, RJ (2009/2010)

Gestantes		
Ano	Nº	%
2009	3.504	50,00
2010	3.504	50,00
Total	7.008	100,00

Fonte: SMS/Resende - Serviço de Epidemiologia, 2011.

Em relação ao número de casos de tuberculose, a tabela 37 mostra que houve um aumento de apenas 01 caso de tuberculose em relação ao ano de 2008, sendo a incidência de 35,38/100.000, praticamente, idêntica à de 2008.

Tabela 37: Número de casos de tuberculose no Município de Resende RJ (2009)

Casos de tuberculose			
Ano	Nº	%	Incidência*
2009	46	100,00	35,38
TOTAL	46	100,00	

Fonte SMS/Resende - Serviço de Epidemiologia, 2011

Nota: *Por 100.000 hab.

Quanto aos casos de hanseníase, como mostra a tabela 38, a incidência de 12,3 em 2009 comparada a de 2008 que foi de 18 , configura uma possível tendência de queda da moléstia ou de diminuição significativa da captação dos sensitivos dermatológicos.

Tabela 38: Número de casos de hanseníase no município de Resende RJ (2009)

Casos de hanseníase			
Ano	Nº	%	Incidência*
2009	16	100,00	12,3
Total	16	100,00	

Fonte SMS/Resende- Serviço de Epidemiologia, 2010.

Nota: * por 100.000 hab.

8.4.3.3 Referência e Contrarreferência e Regulação do Sistema

No biênio analisado (2009/2010) do quadriênio que termina em 2012 foi criada pela atual gestão uma Central de Regulação de Agendamento para Especialidades. Esta experiência parece estar tendo êxito, havendo uma significativa redução nos prazos de agendamento e um maior controle de demandas reprimidas.

Dessa maneira, a continuidade do cuidado está sendo garantida para o cidadão atendido na atenção primária, que necessita ter seu problema de saúde resolvido. O encaminhamento referenciando do paciente para níveis de atenção mais complexos é realizado por documento formal de referência tanto para exames especializados, com a finalidade de comprovação diagnóstica, como para consultas especializadas, quando há necessidade de acompanhamento que extrapola os recursos clínicos do profissional generalista.

Baseado nos documentos e entrevistas realizadas para obtenção de dados observou-se também nesse biênio um melhor controle na contrarreferência.

8.4.3.4 Regulação do sistema.

Desta maneira, nesse período, a gestão municipal avançou em relação à melhor e maior estruturação e regulação do sistema. Pára, entretanto, apenas a incerteza quanto ao grau de prioridade que é dado ao modelo de atenção básica através do PSF.

8.4.3.5 Intersetorialidade (saneamento, questões ambientais e desenvolvimento econômico.

No período 2009/2010 não consta nenhum investimento significativo em andamento por parte da empresa Águas das Agulhas Negras, responsável pelo saneamento ambiental de Resende, que se limitou a realizar reparos e manutenção do sistema.

Esta constatação pode ser interpretada de duas formas: as metas não foram previamente pactuadas no Edital de Licitação e Contrato de Concessão, ou a Agência Reguladora SANEAR que não cumpre sua obrigação de fiscalização.

A coleta de resíduos sólidos manteve sua regularidade nesse biênio, mas o destino dado aos resíduos continuou o mesmo, isto é, através do processo de aterramento sem qualquer forma de tratamento e com proteção dos lençóis profundos por lona plástica. Em relação à coleta seletiva de lixo, observou-se que a atual gestão não só a reestruturou como vem procedendo a sua constante ampliação.

Resende continua em fase de desenvolvimento econômico bastante acelerado em função tanto pela vinda de diversas fábricas de componentes de matéria prima para atender ao

parque industrial de Resende, Porto Real e Itatiaia, que também vivem esse momento de expansão, como pela expansão das empresas de prestação de serviços.

8.4.4 Participação Popular e aspectos inter-relacionados

Em relação à participação do gestor na consolidação do controle social exercido pela participação da população organizada nos conselhos de saúde, de acordo com a documentação consultada e entrevistas realizadas, constatou-se que o atual gestor participa ativamente das reuniões do Conselho Comunitário (CCS) para onde remete previamente sua pauta para as reuniões, além de manter uma relação próxima com o CCS. Também participou da Conferência, atribuindo a abertura à Participação, como uma obrigação do gestor, conforme entrevista realizada com Soraia Costa, Presidente do CMS. Segundo ela:

“...o atual secretário mantém as portas abertas para o conselho, mas que num passado muito próximo, convivemos com um total descaso do conselho, não havia participação do secretário e as decisões eram tomadas sem o nosso conhecimento”.

Quanto à autonomia do Conselho, esta continua sendo respeitada, sendo que as iniciativas propositivas permanecem restritas ao executivo que, entretanto, mantém o acesso irrestrito às informações. As pautas disponibilizadas e analisadas mantêm o mesmo perfil, isto é, não sugerem qualquer confronto com a atual secretaria de saúde.

Entrevista de Daniel Brito Pereira

A partir de 2009, assumiu a gestão da saúde em Resende Daniel Brito Pereira, médico, formado em 1978 pela UFRJ, com residência em Cirurgia Geral e Cirurgia Torácica e com especialização em Gestão Hospitalar pela FGV, tendo sido, anteriormente, Diretor do Hospital de Emergências em Resende. O Dr. Daniel tem estreito relacionamento pessoal com o atual Prefeito.

Na sua opinião Resende não se orientou pelos princípios do SUS, pelo menos na questão da atenção terciária, onde ocorre dispêndio significativo dos recursos da saúde.

Durante a entrevista, o atual Secretário de Saúde, fez as seguintes observações:

- Não vê a questão orçamentária como limitadora e sim a Profissionalização da Gestão;
- Concorda que uma atuação integrada das ações governamentais melhoraria a atenção com promoção de saúde;
- Quanto ao Contexto Político lamenta a descontinuidade com as mudanças de gestão;
- Estabeleceu regras de entrada no sistema, investiu em infra-estrutura e ampliou serviços na Odontologia, Fisioterapia, fornecimento de medicamentos e exames laboratoriais;
- Criou a Central de Marcação de Consultas com Especialistas, acabando com as filas, priorizando a urgência, agendando na sequência do encaminhamento e fazendo um controle rigoroso de demandas reprimidas, alcançando desta forma uma espera máxima de 30 dias de espera.

Embora considere ser inegável a melhor assistência proporcionada pelos PSFs no que tange a prevenção, a falta de médicos especialistas em Saúde da Família é um desafio, mas, apesar disso, "estabelecemos os protocolos de atendimento e procuramos tirar o foco do médico, uma vez que a maioria do serviço preventivo ofertado independe do profissional". Mais adiante faz a seguinte afirmação:

“Essa mudança de paradigma onde a população recorre à unidade para qualquer tipo de solicitação e é acompanhada bem de perto nos seus agravos estabelece a grande diferença em relação ao modelo convencional de assistência, onde a função curativa predomina”.

O Dr. Daniel entende que o PACS compõe a estratégia Saúde da Família e tem sido o grande braço da prevenção, sendo esse o grande diferencial nas ações em sua opinião.

Em relação à sua gestão atribui a ela um perfil democrático e diz ter o Conselho Gestor da Unidade reunião ordinária mensal com a comunidade para ouvir todas as suas demandas e que nenhuma ação de saúde tem sido executada sem a deliberação do Conselho Municipal de Saúde e seguem as diretrizes estabelecidas na Conferência Municipal de Saúde, onde foi elaborado o Plano Municipal de Saúde.

Considera a participação popular efetiva importante na orientação das ações e exemplifica que fluxos no atendimento da unidade com a diminuição do tempo de espera, a fila na madrugada e as necessidades intrínsecas peculiares de cada grupo populacional

assistido somente serão resolvidos se discutidos com a comunidade local. Afirma, dessa forma, ser dever do gestor público não permitir o afastamento da participação popular nas suas decisões. Finalizando a entrevista o Secretário fez a afirmação:

“... não considero aumentar a cobertura geográfica prevista o grande desafio e sim, fazer com que a população acredite na unidade, enquanto porta de entrada, e não recorra diretamente às unidades especializadas”.

8.4.515.3 Considerações sobre o biênio 2009/2010

Nestes dois anos analisados, enfatizamos os seguintes pontos: não houve aumento de cobertura da população pelo PSF, somente de oferta de serviços especializados; a gestão avançou em relação à regulação do sistema e à consolidação da referência e contrarreferência, mas pouco conseguiu no que diz respeito às questões relacionadas à intersetorialidade. Registramos uma sensível melhoria na relação com a sociedade organizada.

9. Participação Popular.

Esta diretriz do Sistema Único de Saúde foi examinada através das entrevistas com dois presidentes do CMS, membros do Conselho há muitos anos, com experiências vivenciadas dentro dos períodos referentes à gestão nos três quadriênios completos e no biênio correspondente ao último, selecionados para análise neste trabalho.

Entrevista com Soraia de Andrade Costa

A atual Presidente do Conselho Municipal de Saúde, enfermeira, funcionária pública municipal de carreira, lotada no setor Departamento de Vigilância Sanitária, não tendo vínculo político partidário, participa como conselheira há aproximados 12 anos e o preside há 01 ano e 09 meses, representando a Pastoral da Saúde.

Quanto ao CMS, “enxerga o CMS como um exercício de democracia”, mas registra que “a sociedade em geral desconhece o real papel do Conselho e os conselheiros são muito

despreparados e como o trabalho é voluntário, enfrentamos muitas dificuldades para capacitá-los”.

Hoje, de acordo com a entrevistada, todos os projetos são encaminhados com antecedência e passados para os conselheiros por e-mail, e depois as reuniões são marcadas para apresentação. Este é o fluxo normal estabelecido com o secretário. Existem cartazes afixados nas Unidades de Saúde e todos os dias de reunião ordinária a presidente Soraia vai até a rádio para divulgar a pauta da reunião e convidar os ouvintes. Nas reuniões sempre solicita uma maior cobertura do PSF, conforme proposta da VII Conferência de Saúde que aconteceu no ano passado.

Em relação ao PSF, assim se referiu: “Sem dúvida o modelo é muito bom, precisamos trabalhar as “pessoas” que atuam nele. Motivação é a base”.

O sucesso de uma Conferência de Saúde em sua opinião depende muito do gestor que está na Secretaria de Saúde e da articulação “da executiva” do Conselho. Também lamentou que num passado muito próximo, as reuniões do Conselho eram apenas para validar ou não as ações do gestor, sem a menor preocupação com o controle social.

Quanto à capacitação dos conselheiros, a entrevista assim se expressou:

“... as capacitações sempre foram baseadas na lei 8080, sempre com muita teoria, enfatizando o papel do Controle Social; recorde-me apenas de uma capacitação na gestão do Presidente Evaldo. Em 2009 iniciamos um processo de mudança e valorização do conselheiro; promovemos capacitações junto com a Controladoria Geral do Município sobre Financiamento, Prestação de Contas e Relatório de Gestão. Posteriormente sobre Ouvidoria / SUS e participamos também de uma capacitação promovida pelo Ministério Público em Volta Redonda”.

No final de 2010, segundo Soraia, o Conselho Nacional solicitou um Projeto de Educação Permanente para o Controle Social visando o ano de 2011. Os temas sugeridos para as capacitações mensais foram: Efetivação do Controle Social; Blocos de Financiamento, Módulos I, II e III; Programa Operativo Anual / POA (Apmir e S. Casa); Vigilância Sanitária; Vigilância Ambiental; Vigilância Epidemiológica; Estratégia de Saúde da Família e Conselho Local de Saúde.

A presidente do CMS “atribui a não ampliação da cobertura a falta de gestão e de recursos e lamenta a pouca rotatividade dentro do Conselho sendo quase sempre os mesmos”. Acredita que estamos caminhando para um processo de mudança, porém muito lento, pois é muito difícil desconstruir e construir novos conceitos; a própria comunidade, por vezes, segundo ela, “é responsável por não acelerar este processo, falta cultura e também investimento”.

Embora não seja sua área de atuação, a presidente do CMS pensa que para ampliar a Participação Popular poderia ser intensificada a atuação dos conselhos locais, criando meios para que a comunidade seja envolvida em todas as ações da ESF, através de um sistema permanente de divulgação dessas ações da ESF para todos os municípios, além de agentes comunitários motivados e realmente capacitados para suas ações, desenvolvendo trabalhos com a participação do controle social, entre outros.

Entrevista com Evaldo Melo

Evaldo Melo participou como membro do Conselho de agosto de 2003 até agosto de 2007, representando o Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro (CRO-RJ) e retornou em julho de 2010, após a VII Conferência Municipal de Saúde. Foi presidente de abril de 2006 até março de 2007, sendo reeleito em março de 2007, mandato este que se encerrou após a VI Conferência Municipal de Saúde, realizada em agosto de 2007.

De acordo com o entrevistado, devido à relação conturbada, à época, de grande parte dos membros do conselho, principalmente do segmento dos usuários, com o gestor, Evaldo Melo compôs uma chapa, atendendo solicitação dos membros do Conselho, sendo eleito.

No período em que exerceu a presidência, devido, principalmente, a ausência quase constante do Secretário Municipal de Saúde nas reuniões, o descaso e o desrespeito do Prefeito com o Conselho, sua missão “tornou-se árdua”, conforme suas palavras. Atualmente, continuou, “há uma relação de respeito por parte da Secretaria e da Prefeitura Municipal de Resende (PMR) quanto às decisões do CMS”.

Além disso, contou Evaldo, os conselheiros prestigiam as plenárias do Conselho e há disponibilização de todo e qualquer documento solicitado pelo CMS ou por qualquer de seus membros, porém, às vezes, com atraso. Ainda sobre esse ponto, o entrevistado, complementou:

“Creio eu, que esta relação tende a melhorar, principalmente através do controle social. O CMS é democrático, mas é a Conferência de Saúde, que nada mais é do que o foro de debates sobre as necessárias transformações nos fundamentos do modelo assistencial praticado no SUS seja ele normativo ou estratégico fato este incontestável. O controle social se dá principalmente através de suas comissões”.

Na sua gestão como presidente do CMS, o Programa de Saúde Mental e o Tratamento Fora do Domicílio eram tratados com descaso pelo gestor, sendo necessário enviar ofício convocando o Prefeito, Secretário de Saúde, Diretor de Saúde e Coordenadores dos Programas para prestarem os devidos esclarecimentos e tomarem as providências sob pena de serem denunciados ao Ministério Público. Isto porque o CMS apenas os fiscaliza após a execução do ato, principalmente no que se refere aos contratos e convênios e através da Comissão de Comunicação Social difunde o seu trabalho.

Finalizando a entrevista, assim se expressou:

“Como Cirurgião-Dentista, entendo que não há assistência integral ao cidadão, onde o número de ESB inseridas no PSF não corresponde ao número de ESF existentes no município de Resende. Em minha opinião o PSF em Resende ainda deixa a desejar. Creio que, além da inserção de equipe de Saúde Bucal (ESB), deverá acontecer a melhoria de serviços como acolhimento e humanização”.

10. Considerações finais

Os diversos dados fornecidos pelo Serviço de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Resende demonstram a evolução não apenas dos indicadores de saúde, mas também que o Município de Resende experimenta uma melhoria na qualidade de vida das pessoas, fato ratificado por todos os indicadores sociais.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), usado para classificar países pelo seu grau de “desenvolvimento humano”, incluindo dados sobre expectativa de vida ao nascer, educação e produto interno bruto per capita (PIB per capita) é também usado na classificação dos municípios. Resende se apresenta em quinto lugar dentro do Estado do Rio de Janeiro com IDH de 0.809, que comparado ao IDH nacional de 0.6999 mostra a dimensão de seu

desenvolvimento humano. O PIB de Resende é 3.79 bilhões de reais, segundo da região Sul Fluminense e décimo lugar dentro do Estado do Rio de Janeiro.

Com seu alto PIB per capita, longa expectativa de vida e alto nível de infraestrutura, Resende é apontada como a quinta melhor cidade fluminense, segundo o Índice de Qualidade dos Municípios (IQM), medido pela Fundação CIDE.

O município de Resende e a região de Agulhas Negras (Resende, Itatiaia, Porto Real e Quatis) experimentam um momento de vigorosa expansão industrial nos últimos quinze anos. Centenas de empresas implantaram-se na região, sendo algumas de grande porte tais como: Volkswagen Caminhões, Peugeot - Citroen, Michelin Pneus, Siderúrgica Votorantin e etc.

Há um processo de migração acelerado, sendo este de mão de obra qualificada e com um nível de exigência de serviços bastante elevado. Este fato gerou uma enorme ampliação no setor de serviços, este sim absorvendo mão de obra de menor qualificação.

O município de Resende realizou a sua primeira Conferência Municipal de Saúde no início da década de 90 e implantou o seu Conselho Comunitário de Saúde em 1992, sendo estes, espaços verdadeiramente democráticos com decisões e eleições livres e soberanas ao longo de toda a sua história.

Primeiro implantou o PACS em 1997 e Iniciou o PSF em 1999, já com um módulo estruturado, sendo inicialmente a equipe composta por médico, enfermeira, auxiliar, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, cinco agentes comunitárias, responsáveis pela atenção a 250 famílias e a área de abrangência limitava a população em 3.000 pessoas cobertas pela assistência.

Havia um centro de referência, este implantado antes mesmo do início do PSF, já existindo o sistema de referência e contra-referência para o nível de atenção secundária.

Inicialmente havia conflito na assistência terciária, mas este foi sanado através de convênio de parceria firmado entre o Hospital Municipal de Emergência e a Santa Casa de Misericórdia de Resende.

Hoje Resende absorve a média e praticamente toda a alta complexidade, ainda assim participa do Consórcio Municipal de Saúde, que enfim constrói uma unidade hospitalar regional para atenção a alta complexidade e a serviços especiais como Oncologia e outros.

Em relação à motivação dos gestores quanto à implantação do PSF, inicialmente pode-se perceber diferenças político-ideológicas que, de certa forma, acaba por influenciar o gestor da saúde. Durante os quadriênios de 1997/2000 e 2001/2004 o Município foi administrado por

um Prefeito do Partido Socialista Brasileiro (PSB) e a Secretária de Saúde deste período era militante do Partido Comunista do Brasil (PCdoB).

No período de 2005/2008 o Prefeito era do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e seu Secretário de Saúde vinha do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) para o PMDB. O atual Prefeito foi eleito pelo Partido Democratas (DEM) e seu Secretário de Saúde não tinha anteriormente militância política, sendo oriundo do Exército. Acompanhou o Prefeito atual por um estreito relacionamento pessoal.

No critério de escolha dos gestores na saúde o aspecto técnico não foi determinante. Embora possamos entender pelo nível de organização da sociedade e por sua participação no processo que as gestões tenham se dado de forma democrática e participativa em todas as legislaturas, algumas prioridades podem sinalizar quanto ao grau de motivação dentro dos princípios do SUS nas diferentes gestões.

Todos os Secretários tiveram experiências pessoais e profissionais em gestão na rede pública e não participavam de nenhum grupo econômico ligado a medicina de grupo. Mas suas visões sobre os princípios como Integralidade e Participação podem ser observados através das suas falas.

Assim, Anamaria de Carvalho Shneider, ex-gestora da saúde, quando entrevistada afirmou que “Uma boa integração e articulação entre todos os setores de governo, concessionárias de serviços públicos e destes com a sociedade deve ser uma prática do executivo”.

Já José Luis Balieiro, gestor da saúde no quadriênio 2005/2008, ao ser indagado sobre a Conferência de Saúde disse:

“... acho ser um palco político improdutivo. Já o Conselho Comunitário de Saúde, este já tem um papel melhor, porem ainda deficiente, pois um conselheiro participa de mais de um conselho, um conselheiro profissional. O mais produtivo são as reuniões com cada comunidade”.

Daniel Brito, Secretário de Saúde a partir de 2009, afirmou: “É dever do gestor publico não permitir o afastamento da participação popular nas suas decisões sob pena de ser duramente criticado”.

Quanto às dotações orçamentárias na área da saúde, em Resende houve investimento público significativo ao longo de todos os anos, sendo a rede ampliada, equipada e abastecida

de insumos sem nenhuma solução de continuidade. Porém os números demonstram um maior gasto com saúde em números relativos nas duas primeiras gestões, um declínio percentual na terceira gestão e uma tendência a crescimento na gestão atual.

Em números absolutos constatou-se um aumento dos gastos a partir de 2006, com forte tendência a terceirização, sem contrapartida equivalente de aumento nos investimentos na rede ou em pessoal, tendência que persiste até os dias atuais.

Durante todo o período de expansão priorizou-se as decisões soberanas das Conferências Municipais e as decisões dos Conselhos Comunitários de Saúde. A escolha de novas localidades para implantação do PSF baseava-se em acessibilidade, descentralização da atenção, regionalização em territórios definidos e os serviços hierarquizados com a integração através do sistema de referência e contrarreferência.

Em relação ao PSF, sua expansão e ampliação se deram de forma ascendente: do patamar de 26.69% de cobertura em 2004, passou para 40.30% em 2005 e 42.95% em 2006, mas desta data em diante não há registro de expansão na oferta de novos acessos através do PSF, mantendo-se, de acordo com a Secretária Municipal, estacionado.

Quanto ao número de pessoas cadastradas do PSF e PACS, observou-se que os números vinham de forma ascendente, quer no cadastro do PACS, quer no PSF até 2004. Em 2005 houve uma brusca e violenta queda no número de cadastrado no PACS e uma surpreendente elevação no cadastro do PSF, sugerindo a existência de um grande aumento na cobertura do PSF.

O levantamento e análise documental de cada período de gestão visaram conhecer a evolução dos seguintes indicadores: cobertura da população pela ESF; cadastro de portadores de DM, HA, HANS, TB; pré-natal; saneamento básico, água tratada e participação da comunidade (CMS). Esses indicadores possibilitaram a análise do acesso aos serviços e da continuidade do cuidado (integralidade), além dos esforços realizados em cada gestão para ampliar a participação da população adscrita na elaboração e discussão das políticas locais.

Os dados obtidos e explicitados neste trabalho nos dão conta de um significativo aumento da oferta de serviços complementares diagnósticos e terapêuticos e um grande número de especialidades de suporte para serem referenciados pelo PSF. Dessa forma, todos os elementos disponíveis para a pesquisa e analisados sinalizam que o princípio da Integralidade, quer pelo acesso, quer pela complementariedade na assistência, pode ser considerado como atendido pelo PSF de Resende.

Quanto à Participação Popular, conforme demonstra o histórico das Conferências, as deliberações e resoluções das plenárias do Conselho Municipal de Saúde, as entrevistas com a atual presidente e o de uma gestão passada, a alternância na presidência do CMS e a escolha de um membro da sociedade civil para presidi-lo em todas as gestões nos sugerem um processo democrático em curso, mas ainda carente de aperfeiçoamento. Assim, a participação da população, entendida como um princípio do ideário da Reforma Sanitária e do SUS pode ser vista como um processo, que está próximo à fase de consolidação, a partir da implantação do PSF em Resende.

O Programa Saúde da Família está, de forma consistente, rompendo com as práticas assistenciais do modelo convencional no Município, onde se observava pacientes se deslocando de qualquer comunidade ou região e, por vezes, de municípios vizinhos em busca de um atendimento clínico. Não havia qualquer relação ou participação da comunidade na gestão local, assim como integração dos profissionais com a comunidade e sua atuação restringia-se ao atendimento médico individual.

Com a implantação do PSF, médicos que se revezavam ao longo da semana foram substituídos, a integração e a hierarquização foram aperfeiçoadas, ampliou-se a oferta quantitativa e qualitativa no atendimento, criaram-se inúmeros programas que passaram a ser referenciados pelas unidades básicas e definiu-se de forma clara a área de abrangência de cada unidade e sua população alvo.

O PSF que nasceu com o propósito de romper com o modelo de assistência, de integrar hierarquizando e de adscrever o seu território de atuação, em Resende encontrou abrigo e onde foi implantado efetivamente rompeu com o modelo, aperfeiçoou a integração, a hierarquização e, de forma inusitada, demarcou sua área de atuação, definindo território e população a ser atendida.

A pesquisa permitiu, a partir da análise dos dados, depoimentos e entrevistas, verificar que os princípios da Reforma Sanitária foram acolhidos pelos gestores dos períodos analisados. Entretanto, contrariando esta afirmação, registramos abaixo a fala do atual Secretário de Saúde;

“... As coisas simplesmente aconteceram sem um planejamento e hoje vivemos grandes dificuldades na nossa gestão. Existem hoje três unidades de saúde totalmente dependentes das verbas públicas que cobram do governo cada vez mais recursos públicos adicionais, apesar

de serem privadas e terem gestão própria. Com isso, os recursos são reduzidos para melhorar a qualidade da assistência”.

O trabalho também sinalizou para um avanço consistente no sentido da universalização da saúde em Resende, através da ampliação do acesso com a implantação de 22 módulos de PSF, próximos do domicílio, que permitiram a descentralizando do atendimento e a continuidade do cuidado, pela integração com uma rede municipal hierarquizada.

Deve-se ressaltar que em 26 de junho de 2010, Resende realizou sua VII Conferência de Saúde dando sequência ao processo de ampliação do processo de democratização e participação popular. As novas metas apontam para a ampliação da estrutura de atenção básica de modo a atingir nos próximos anos a cobertura de 100% da população pelo Programa Saúde da Família.

A pesquisa também identificou uma evolução favorável dos indicadores de saúde e socioeconômicos no Município e uma melhor observação e maior notificação e controle das ocorrências sanitárias.

Deve-se considerar com base na análise do material pesquisado, que o Município de Resende conseguiu mudanças visíveis nas práticas hegemônicas de assistência à saúde. Nesse sentido, apesar das dificuldades ainda existentes, todas as unidades públicas atendem suas populações cadastradas de acordo com a lógica preconizada pelo Programa Saúde da Família. Somente os postos da área rural ainda mantêm o modelo de assistência tradicional, pois, em virtude da demanda pequena, o médico visita a comunidade poucas ou uma única vez na semana.

A evolução da destinação de recursos sinaliza que há o comprometimento do gestor, na medida em que a prioridade de investimento vem sendo a ampliação do aPrograma Saúde da Família.

11. Conclusão

A pesquisa permitiu identificar nas diretrizes oficiais da Secretaria Municipal de Saúde de Resende, a opção pela estratégia Saúde da Família como possibilidade de reorganizar o modelo assistencial do Município.

Destaca-se a participação da comunidade, ainda que de forma discreta na elaboração do plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença e na elaboração do diagnóstico epidemiológico e social do território.

Os Conselhos Municipais atuam na perspectiva de estimular a participação da comunidade nas políticas públicas, como estratégia para a conquista de qualidade de vida e cidadania. Portanto, a análise documental mostra que a participação da comunidade está prevista tanto no diagnóstico da situação de saúde, como no planejamento das metas e atividades da equipe de saúde da família através da força de uma Conferência de Saúde.

O reflexo nos indicadores se deu de forma a propiciar a melhoria na saúde da população e o desenvolvimento econômico tem contribuído com a maior oferta de emprego e renda para as pessoas e com o incremento na arrecadação municipal.

Ainda é motivo de preocupação a falta de paralelismo entre este aumento nas receitas tributárias, aumento de destinação de recursos para a saúde, aumento na oferta de serviços especializados e avançando na direção da média e da alta complexidade, com a estagnação na evolução da cobertura do PSF nos últimos cinco anos.

Portanto, como dito anteriormente, Resende demonstra estar, apesar das dificuldades, desenvolvendo esforços na direção da mudança do modelo hegemônico, adotando o PSF na perspectiva concreta de reorganizar a atenção primária, mudar as práticas hegemônicas de atenção à saúde e concretizar os princípios do SUS no seu território de abrangência, garantido o acesso aos serviços de saúde e a continuidade do cuidado.

As mudanças estão ocorrendo em ritmos diferenciados, pois, embora os gestores reafirmem a sua crença no PSF, eles possuem estratégias diferenciadas, ditadas pelas próprias convicções, sujeitas à influência do contexto em que atuam. De qualquer forma, identifica-se a possibilidade real de transformar o contexto da saúde em Resende.

Sugestões para uso da Secretaria de Saúde:

- 1- Avaliar a propriedade de canalizar os recursos para administração indireta.
- 2- Fixar profissionais e remunerá-los adequadamente com admissão por concurso.
- 3- Avaliar a relação custo benefício da terceirização de alguns dos serviços, antes desempenhados de forma direta.
- 4- Redimensionar a abrangência de área de atuação das equipes como propósito de cobertura mínima de 3.000 habitantes.
- 5- Definir a estratégica de ampliação da cobertura pelo PSF e priorizá-la.
- 6- Criar mecanismo de controle adequado para a contra-referência.
- 7- Melhor integração intersetorial com o propósito do desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde.
- 8- Conscientização da diferenciação entre promoção e assistência dos profissionais do PSF e do seu papel na execução do trabalho no contexto da estratégia.
- 9- Informatização do sistema para melhor regulação.
- 10- Conscientização do Gestor Político, da estratégia e do seu papel como promotora de saúde e bem estar para população.

Referências Bibliográficas

ALVES, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface (Botucatu), 9(16): 39-52, 2005.

ANTONIO CARLOS, G. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ARRETCHE, M.. **O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência nas políticas públicas.** In Gershman S e Werneck Vianna ML (orgs.) A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1997.

AYRES, J. R. C. M. **Sujeito, inter-subjetividade e práticas de saúde.** Ciênc. Saúde Coletiva., v.6, n.1, p.63-72, 2001.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 3 ed. Portugal: Edições 70 Ltda, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo de assistência.** Brasília, 1998.

_____. Leis, decretos, etc. Portaria interministerial 01/85, MS/MPAS/MEC; ratifica a estratégia das Ações Integradas de Saúde, entre outros. Brasília, 7 jun. 1985. Informação para a Saúde, 6 (7): 94, 1985.

_____. Leis, decretos, etc. Resolução 06/84, MS/MPAS/MEC/ CIPLAN; Ações Integradas de Saúde. Anexo: normas gerais aplicáveis às AIS. Brasília, 3 maio 1984. 3 p., anexo.

_____. Leis, decretos, etc. Resolução 07/84, MS/MPAS/MEC/ CIPLAN; Ações Integradas de Saúde. Anexo: orientação para programação anual e avaliação conjuntas. Brasília, 3 maio 1984. 3 p., anexo.

_____. Ministério de Saúde, VIII Conferência Municipal de Saúde. Relatório Final, Brasília: M.S. 1986.

_____. Ministério da Saúde. Programas e projetos – PACS/PSF (13/09/00).

BRICEÑO-LÉON, R. **Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria.** *Cad. Saúde Pública*, v.12, n.1, p.7-30, Jan/Mar., 1996.

BUSS, PAULO MARCHIORI. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** *Ciênc. saúde coletiva*, v.5, n.1, Rio de Janeiro, 2000.

CAMPOS, G.W.S.; **Reforma da Reforma, repensando a saúde;** HUCITEC, S. Paulo, 1992.

CAPISTRANO FILHO, D. **O programa de saúde da família em São Paulo.** *Estudos Avançados*. v.13, n. 35, p. 89-100, 1999.

CAPISTRANO, D. **Programa Saúde da Família:** vantagens para médicos e pacientes. 1ª edição. Rio de Janeiro: Reditora Rio, 2000.

CARVALHO, G. I; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica de saúde.** 3.ed. Campinas: Editora da UNICAMP, p.33-53, 2002.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **A questão democrática na área de saúde.** *Saúde em Debate*, (9): 11-3, 1980.

COHEN, S.C. et al. **Habitação saudável no SUS. Uma estratégia de ação para o PSF:** uma incorporação do conceito de habitação saudável na política pública de saúde. Documento produzido pela Rede Brasileira de Habitação Saudável. ENSP, Rio de Janeiro, 2003.

CONILL, E. M. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (5):1417-1423, set-out, Rio de Janeiro, 2004.

CORDEIRO, H. **SUS: Sistema único de Saúde**, coleção resumida. Rio de Janeiro: Reditora Rio, 2005.

CORDEIRO, H. **O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária:** contribuição a história do SUS, 2004.

COSTA, N; MENEZES, M. **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** *Cadernos de Atenção Básica – PSF*, Caderno 1 , p. 44, Brasília, 2000.

DALLARI, S.G. **Municipalização dos serviços de saúde.** Editora Brasiliense, p. 104, São Paulo, 1985.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde:** O Caso de Betim (MG); São Paulo, 1998.

GOHN M. G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica.** Coleção Questões da Nossa Época, v. 84. 2ª ed. Cortez, São Paulo. 2003.

GOULART, F.A.A. **Saúde da Família:** boas práticas e círculos virtuosos. Uberlândia: EDUFU, 2007.

GRANSCI, A. **Concepção Dialética da História.** Rio de Janeiro; Civilização Brasileira, 1991.

HAESBAERT, R.. **O mito da desterritorialização:** do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 400, Rio de Janeiro, 2004.

- LIMA, N. T., GERCHMAN, S., EDLER, F. C.(Org) **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA L.D. & MACHADO C.V. **Políticas de saúde nos 90**: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):269-291, 2001.
- MANGOLIN, C.. **Uma referência de 20 anos sem Louis Althusser Projeto História**. Editora São Paulo, n.33, p. 247-269, dez., São Paulo, 2006.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. 5ª Edição Ridendo Castigat Mores, São Paulo, 1999.
- MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO p.45-59, 2003.
- MATUMOTO, K. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- MENDES; V, **Distritos Sanitários**: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec – Abrasco, São Paulo, 1993.
- MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. **Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro**. *Cad. Saúde Pública*, 9(2):177-184, 1993.
- MISOCZKY, M. C. **A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS**. *Saúde em Debate*, (42): 40-44, 1994.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância à saúde e território utilizado**: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.
- NASCIMENTO, V.B. **SUS**: pacto federativo e gestão pública. São Paulo: Aderaldo & Rothhschild; Santo André, SP: Cescó, São Paulo, 2007.
- NEDER C. .P.. **Participação e gestão pública**: a experiência dos Movimentos Populares de Saúde no Município de São Paulo. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.
- NORONHA, J.C, LEVCOVITZ, E. **AIS-SUDS-SUS**: os caminhos do direito à saúde. IN: (Org.) GUIMARÃES, R, TAVARES, R. **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Ed. Delume Dumará, Rio de Janeiro, 1994.
- NORONHA, J.C., LEVCOVITZ, E. **Dentre os Escritos Destacam-se os Produzidos pelo CEBES**. Editora Relume Dumirá, ABRASCO, IMS-UERJ, p. 80-81, ar-196, Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, J.A. ; TEIXEIRA, S.M.F. (IN). **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, p. 246-248, Rio de Janeiro, 1985.

OLIVEIRA VC 2000. **Comunicação, informação e ação social**. In JP Santana (org.). Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, pp. 65-74, Brasília, 2000.

PAIM, J.S. **Participação Comunitária em Saúde**; realidade ou mito? Editora Bahia, p. 56-61, 1981.

PAIM, J.S. **A Democratização da Saúde e o SUDS**: o caso da Bahia. *Revista Saúde em Debate*, v.27, p. 5-11, Rio de Janeiro, 1983.

PAIM, S.J. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais**. IN: ROUQUAROL, M.Z., PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, vol. 35, n. 1. São Paulo, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PIRES, W. **Novas diretrizes do Ministério da Previdência e Assistência Social e papel das Ações Integradas de Saúde (AIS)**. Discurso proferido na reunião do CONASS, em Curitiba, p. 14, 1985.

RODRIGUES, P.; SANTOS, I. **Saúde e cidadania**: uma visão histórica comparada do SUS. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

SANTOS, L.; CARVALHO G.I. **Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde**. *Saúde em Debate* (34):60-66, 1992.

SERRA, C.G., **Garantia de acesso a atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para motivação da integralidade no SUS**: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistema de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro. Tese (Doutoramento em Saúde Coletiva). IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 2003.

TAVARES, M., TAKEDA, S. **Organização de serviços de atenção primária de saúde** Editora Guanabara, p. 56-61, *Rio de Janeiro*, 1981.

TEIXEIRA, S.M.F. **Evolução e crise de uma política social**. *Saúde em Debate*, p. 21-36, Rio de Janeiro, 1980.

TOBAR, F., YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Secretaria Municipal de Saúde de Resende (Serviço de Epidemiologia). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VAISMAN, E. **Ideologia e Aparelhos de Estado** – velhas e novas questões novo sujeito da história. Projeto História, nº.33, p. 247-269, São Paulo, 2006.

VASCONCELLOS, M. P. C. **Reflexões sobre a saúde da família**. In: Mendes, E. V. org. A organização da saúde no nível local. Editora HUCITEC, p.155-172, São Paulo, 1998.

VIANA, A . L. D.; DAL POZ. M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Physis: *Rev. Saúde Coletiva*, 8(2):11-48, São Paulo, 1998.

ANEXOS

1-Termo de Consentimento

2- Autorização

3- Questionários de entrevista:

3.1- Evaldo Melo

3.2- Soraia Andrade Costa

4.1 Anamaria de Carvalho Schneider

4.2 José Luis Anastácio Balieiro

4.3 Daniel Brito Pereira.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do entrevistado: _____ Idade: _____ RG: _____

Projeto: Mudança do modelo hegemônico da saúde com a implantação do PSF no município de Resende..

Eu, _____, abaixo

assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

1. Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar o processo de implantação do PSF no município de Resende na perspectiva da consolidação dos princípios (integralidade e participação da comunidade) da Reforma Sanitária Brasileira.

Específicos: Analisar a motivação dos gestores em cada período em relação ao processo de implantação e ampliação do PSF;

Analisar o Planejamento Estratégico realizado e executado, evolução das destinações orçamentárias em cada período;

Levantar dados no município a ser estudado, relacionados com a concretização dos princípios do SUS em cada período de gestão;

2. Benefícios que possam ser obtidos:

Avaliar por levantamento documental e entrevistas, se houve mudança no modelo de saúde com a implantação do PSF e quais os benefícios que o novo modelo trouxe para a saúde e qualidade de vida das pessoas no município de Resende.

Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.

Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.

A pesquisa manterá o caracter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o (a) pesquisador(a) pelos telefones (61) 9326.5486; eduardomeohas@yahoo.com.br ; e do Comitê de Ética e Pesquisa: (21) 3231 - 6142 - VoiP: *0176142 E-mail: comite.etica.pesquisa@estacio.br

Resende, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Participante

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

DECLARAÇÃO

Declaro que tenho conhecimento do trabalho de pesquisa acadêmica de Eduardo Meoas, aluno do Mestrado Saúde da Família e que o mesmo tem o nosso consentimento para acessar e promover inquérito documental na Secretaria de Saúde do Município de Resende, assim como realizar entrevistas com agentes comunitários, coordenadores de Programa Saúde da Família, e gestores em geral.

Sem mais

Daniel Brito Pereira
Secretario Municipal de Saúde

Resende, 14 de fevereiro de 2011

Entrevista para o CMS

Há quanto tempo participa do C.M.S?

Há quanto tempo preside o conselho?

Que entidade representa no C.M. S.?

Como foi levada a assumir a presidência?

Qual a sua relação institucional com o Secretário de Saúde e com o Prefeito?

Há uma relação de respeito por parte da secretaria e da PMR quanto as decisões do CMS?

Os conselheiros prestigiam as plenárias do conselho?

Há disponibilização de todo e qualquer documento solicitado pelo CMS ou de qualquer de seus membros?

Historicamente sempre foi assim, mesmo em gestões anteriores pelo seu conhecimento?

Em sua opinião o CMS é a forma de representação da sociedade mais democrática ou teria outra sugestão de participação da sociedade?

Em sua opinião o CMS efetivamente exerce o controle social da saúde?

Houve em sua gestão ou em outras algum questionamento judicial, ou denúncia ao Ministério Público parte de algum membro do CMS, que você tenha conhecimento?

O CMS tem autonomia ou mesmo poder de vetar alguma iniciativa do Poder Executivo, ou apenas o fiscaliza após a execução do ato?

O CMS tem o papel de difundir informações para a comunidade e de que forma as divulga?

Existe alguma coerção a membros do conselho?

Peço que acrescente qualquer visão de ordem pessoal, fruto de sua vivência dentro do conselho que possa contribuir com a ampliação da cobertura do PSF?

Qual a visão do CMS sobre o PSF em Resende?

Em sua opinião como profissional de saúde o PSF contribuiu com a mudança do modelo de atenção a saúde em Resende?

O pode ser aperfeiçoado dentro do PSF, nos módulos já implantados?

Qual a relação do CMS com outras instâncias de representação no estado e a nível federal?

Questionário para a Presidente do CMS

As Conferências Municipais tem ação mais propositiva, o CMS mais deliberativa. Em sua experiência ao longo dos 12 anos de sua representação, quando propositivo o CMV encontrou aquiescência por parte do Poder Executivo?

A existência do CMS é uma exigência legal. Em sua opinião o Poder Executivo ao longo dos anos o enxergou ou tratou como mera instância homologatória?

Você já se referiu à assiduidade e a inexperiência, ou despreparo na formação de alguns conselheiros. É prática usual a qualificação? Quando foi realizada? Quais temas foram abordados que possa rememorar ao longo desses 12 anos de participação?

Observei que a cobertura do PSF mantém-se inalterada de 2005 até 2010. Este assunto já foi tema de discussão no CMS?.

A construção do Hospital Regional foi meta aprovada pelo CMS ou pela Conferência?

Se houve aumento do aporte financeiro de 2006 para 2010, quer em números relativos ou absolutos, por que não se ampliou a cobertura do PSF em sua opinião?

Existe rotatividade de Conselheiros, ou as representações se mantêm inalteradas ao longo dos anos?

Há em números relativos uma paridade entre atendimentos do PSF e da Clínica Médica, isto significa que o modelo Convencional de assistência subsiste e ainda forte ao longo desses anos. Podemos entender que não houve mudança do modelo hegemônico? Se sim por quê? Se não por quê?

Os Agentes Comunitários de Saúde estão na ponta do sistema, bem próximos da população, ouvindo e percebendo suas demandas, existe alguma articulação entre eles e o CMS?

Em seu entendimento o que poderia ser feito para ampliar o nível de Participação da Sociedade nas questões relacionadas ao PSF?

3. SECRETÁRIOS E EX-SECRETÁRIOS DE SAÚDE MUNICIPAIS

Tempo de gestão como Secretário de saúde?

Qual a sua formação profissional? Em seu entendimento qual foi a motivação para a sua indicação a pasta da saúde?

Em sua opinião Resende planejou suas ações dentro dos princípios que nortearam a criação do SUS e do Programa Saúde da Família, tais como a universalidade, integralidade, descentralização, territorialidade, equidade de acesso e a regionalização? Comente por favor.

Na análise de seus indicadores, quais os grandes diferenciais dentro da rede obtidos de forma comparativa entre a estrutura de assistência convencional e o PSF?

Em sua opinião as disponibilidades orçamentárias permitem o aumento crescente para migração contínua até a cobertura plena pelo PSF?

Em sua opinião o que poderia ter sido feito, para melhorar a assistência à saúde?

Quais investimentos ou integrações com outras áreas poderiam não apenas melhorar a assistência, mas repercutiriam na melhoria da qualidade de vida das pessoas?

Questionário Suplementar Secretários.

Necessito definir melhor o seu perfil, portanto peço que me fale qual a sua formação profissional, ano de formatura, cursos de pós-graduação, residência médica, experiências profissionais que possam estar relacionadas com as atividades de um gestor da saúde?

Quando você assumiu havia um contexto político, econômico e social, fale-me, por favor, que dificuldades ou facilidades neste contexto você encontrou no desempenho de suas atividades técnicas relacionadas ao PSF?

Esta pesquisa focará na Integralidade e Participação Popular. Quanto a Integralidade o acesso é um ponto importante, mas o sistema complementar também. O que em sua gestão foi feito para assegurar o acesso ao PSF? De que forma estruturou a atenção secundária ao PSF? Como era o acesso aos exames complementares oriundos do PSF? Qual estratégia executada para atender a média e a alta complexidade? Havia demanda reprimida, onde e qual a média para marcação nestes casos?

Qual a sua visão comparativa entre o PSF e o modelo convencional, vantagens e desvantagens?

De que forma se deu a Participação Popular em sua gestão?

Em sua opinião houve efetiva contribuição a Participação Popular através das Conferências e do Conselho Comunitário de Saúde?

Cite alguns exemplos concretos desta contribuição, se possível três?

Em sua opinião em algum momento ou na Conferência ou no Conselho a Participação Popular e suas representações, deixou de contribuir, omitiu-se ou mesmo atrapalhou a execução de alguma meta, estratégia ou projeto de sua gestão?

O PACS compõe a estratégia Saúde da Família, em sua opinião de que forma ele se situa no PSF, qual a sua importância?

Qual foi a sua estratégia para aumentar a cobertura do PSF em relação ao modelo convencional?