

NEPO.IND.0012
BIBLIOTECA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIDISCIPLINAR EM

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

**O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA,
CAMARAGIBE-PE:
UMA ABORDAGEM QUALITATIVA**

CARLA ROBERTA FERRAZ RODRIGUES

CONSULTA

fevereiro, 1996.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIDISCIPLINAR EM
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

**O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA,
CAMARAGIBE-PE:
UMA ABORDAGEM QUALITATIVA**

Projeto apresentado como requisito parcial para a conclusão da Residência em Medicina Preventiva e Social, NESC-CPqAM, por Carla Roberta Ferraz Rodrigues, sob orientação da Prof^a Maria Lúcia Bosi.

fevereiro, 1996

“Há necessidade de encenar um país possível: potencializando este país através de pequenos espaços”.

SUMÁRIO

1 - Resumo	1
2 - Delimitação do Problema/Justificativa do Estudo	2
3 - Modalidades de Participação e Atenção Primária em Saúde, Breve Histórico e Características Atuais	8
3.1 - Considerações Preliminares	8
3.2 - Antecedentes	10
3.3 - Panorama Atual: O caso de Camaragibe - Uma proposta de mudança	20
3.3.1 - Caracterização do Município	20
3.3.2 - Programa de Saúde da Comunidade: Um novo modelo assistencial	23
4 - Objetivo Geral	29
4.1 - Objetivo Específicos	29
5 - Metodologia	30
6 - Cronograma	33
7 - Bibliografia	34
8 - Anexo	

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, CAMARAGIBE-PE

UMA ABORDAGEM QUALITATIVA

1 - RESUMO

Este trabalho pretende analisar o programa de saúde da família em Camaragibe-PE, resgatando inicialmente os movimentos de atenção primária em saúde iniciados na década de 70, com seus respectivos processos participativos e paralelamente discorrer sobre a criação do referido programa no âmbito do Ministério da Saúde à luz dos princípios e diretrizes do SUS, levantando alguns questionamentos teóricos acerca da problemática e suas imbricações e por fim, dentro do contexto específico do Município citado, investigar como se dá a construção das relações do usuário com o serviço, como são produzidas estas relações ou seja, os mecanismos participativos existentes; confrontar essas realidades históricas peculiares.

2 - DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA/JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Em meados da década de 70, “os organismos internacionais e as agências de saúde dos países centrais anunciam a atenção primária em saúde como política a ser desenvolvida em todo o mundo para saída definitiva do subdesenvolvimento sanitário” (Testa, 1992), ou seja, supostamente este modelo nos permitiria aceder à saúde para todos até o ano 2.000 (Testa, 1992).

Consoante com estas proposições, realiza-se em setembro de 1978, em Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada e co-patrocinada pela Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, quando formula-se a seguinte declaração: “Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais” e “Os cuidados primários em saúde constituem a chave para que esta meta seja atingida”... além de destacar-se a participação comunitária, entendida neste documento como “processo pelo qual indivíduos e famílias assumem a responsabilidade pela saúde e bem-estar próprias e da comunidade” (Alma-Ata, 1978) como representante para a mudança do panorama da saúde em cada localidade.

Gravitando sob este movimento internacional, no Brasil, em meio a uma conjuntura de crise pós-milagre econômico, marcadamente agudizante das tensões sociais; evidenciada no campo da saúde pelo esgotamento do modelo previdenciário enquanto possibilidade de solucionar o problema de assistência à saúde na sua totalidade e emerge a proposta da Medicina Comunitária, já através do discurso oficial (Cordoni, 1979).

No decorrer da década de 70 vão sendo desenvolvidas várias experiências de atenção primária de saúde e tais experiências tinham perfis diferenciados em relação ao seu grau de institucionalização, havendo oscilado entre uma ausência total de vínculo com a rede formal a uma estreita vinculação com a mesma.⁽¹⁾

Em resposta a crise econômica-política cada vez mais evidente, cresce um sentimento oposicionista na população brasileira (Somarriba, 1988) ampliando-se a possibilidade do debate ao nível específico da política, tornou-se inevitável a entrada de novos atores na cena política, sendo esse contexto onde abre-se o espaço da participação (Cordoni, 1979); e na arena específica da saúde segundo Cordoni Apud Donnagelo, as formulações a respeito da participação da comunidade, em geral, postulam a participação de representantes da comunidade na tomada de decisões para as ações de saúde, dentro de uma gama de possibilidades

(1). Ver Medicina Comunitária: Emergência e desenvolvimento na Sociedade Brasileira, Cordoni, Luiz. Dissertação, 1979

apresentadas pelos técnicos, e os aproveitamento destes representantes como trabalhadores auxiliares, não remunerados, e com atribuições de vigilância, notificação e ações sanitárias simplificadas.

A partir da década de 80, essa dinâmica passou a ter lugar no interior de uma série de mudanças realizadas na estruturação do sistema de saúde – a Reforma Sanitária – que, buscando organizar o setor público segundo princípios de hierarquização, regionalização, e universalidade das práticas de saúde, tentava conferir-lhes racionalidade e integralidade.

Em 1988, consagra-se no texto constitucional brasileiro o Sistema Único de Saúde, segundo o qual:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”. (Art. 196) e que as “ações e serviços públicos de saúde devem ser organizados de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização; atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas e participações da comunidade” (Art. 198).

Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde e cujo objetivo central era estender a cobertura do Sistema Público de Saúde às populações rurais e das periferias urbanas priorizando a população materno-infantil, oferecendo procedimentos simplificados de saúde, voltados principalmente para as práticas de medicina

preventiva, na tentativa de – através dos agentes desenvolver – a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo informações e conhecimentos.

Em 1994, o Ministério da Saúde cria e propõe o Programa de Saúde da Família para atuar conjuntamente ao Programa de Agentes Comunitários; como estruturante do Sistema de Atenção à Saúde Brasileira, proposta construída e adaptada dos modelos assistências cubano, canadense e inglês.

Segundo o documento, o programa objetiva:

“colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização, implementando os princípios fundamentais de universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária” e “ao contrário do modelo tradicional, centralizado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua”. (M.S. 1994)

Neste mesmo ano, após conhecimento da proposta do M.S. e em conformidade com o Plano Municipal de Saúde, Camaragibe, município da região metropolitana do Recife, implanta o Programa de Saúde da Família, e o define como “modelo assistencial” a ser perseguido numa

perspectiva de ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de atenção à saúde da cidade.

Em maio de 1995, durante a IIª Assembléia do Conselho Municipal, delibera-se a aprovação do Programa de Saúde da Família juntamente com o de Agentes Comunitários como modelo assistencial do Município, a ser implantado em sua totalidade no biênio 95/96. (Camaragibe, 1995).

Face à relevância atribuída pelo Ministério da Saúde ao Programa de Saúde da Família, onde coloca-se a referida proposta como um norteador importante para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, apontando para a viabilização de um novo paradigma de atenção à saúde, que visasse a reversão do atual modelo hospitalo-assistencial. (MS, 1995).

Diante da realidade do PSF em Camaragibe, colocado como centro da política de saúde municipal num momento em que a tônica é falar em descentralização, processo decisório a nível local, qualidade de serviço e controle social, com a população incorporada nas decisões), torna-se pertinente e elucidativo investigar o âmbito das relações construídas no referido Município durante a implantação e manutenção do PSF, paralelamente ao resgate histórico dos movimentos de atenção primária em saúde iniciados na década de 70 no Brasil, enfocando prioritariamente os mecanismos participativos existentes nas realidades distintas.

Desta forma, este trabalho inscreve-se no esforço mais geral de avaliação do Sistema Único de Saúde, realizado através de um programa específico o PSF - Camaragibe, visando discutir o seu significado e desdobramentos, enquanto modelo assistencial gestado pelo Ministério da Saúde, assumido e posto em prática por um determinado município, além de que a atualidade do tema prescinde de análises que tentem perceber dentre os diversos aspectos imbricados, avanços e ou recuos, quanto à efetivação dos princípios constitucionais do SUS.

3 - MODALIDADES DE PARTICIPAÇÃO E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: BREVE HISTÓRICO E CARACTERÍSTICAS ATUAIS

3.1 - CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Este projeto de pesquisa se delinea com a intenção de analisar a inserção do Programa de Saúde da Família no contexto do município de Camaragibe-PE, enquanto modelo de atenção primária em saúde, no tocante à esfera das práticas participativas estabelecidas no seu processo de implantação e manutenção.

Sabemos que as instituições podem atribuir um papel meramente instrumental à participação (Bordenave, 1994), onde o saber técnico pensa, define e a população beneficia-se deste pensamento. Uma participação circunscrita ao âmbito do acesso ou não aos benefícios institucionalmente definidos (Arroyo, 195 Apud Buffa: 1993).

Entendemos que a participação não consiste em recepção passiva dos “benefícios” da sociedade, mas na intervenção ativa, em sua construção, o que é feito através da tomada de decisões e das atividades sociais em todos os níveis, inscrevendo-se a cidadania no espaço de conquista e luta.

Apesar de sabermos que, historicamente, a participação da população, assim como reconhece a própria OPAS, ^{Q.E} tem sido raramente definida e posta em prática como participação nas decisões sobre políticas, prioridades e serviços de saúde (Opas, 1990), o Programa de Saúde e Família surge hoje, à luz dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, num momento democrático, onde as leis, a princípio, amparam participação da população nas políticas de saúde, e quando a tônica é falar em “descentralização e controle social” com a população incorporada nas decisões, definindo-se medidas de saúde ajustadas às necessidades locais. Torna-se importante indagar sobre quais tem sido os mecanismos de participação da população no Conselho de Saúde, na gestão dos serviços e na atuação do Programa de Saúde da Família.

Neste sentido, entendendo a participação como “processo de conquista e construção organizada da emancipação social” (Demo, 1991), pelo menos três conceitos parecem aqui fundamentais: o de processo, denotando que se trata de fenômeno historicamente dinâmico; o de conquista e construção, significando que não pode ser obra de terceiros e o de organização indicando que um dos pontos principais de sua competência está na cidadania coletiva bem armada. (Demo, 1991)

Sob este entendimento, parece oportuno resgatar historicamente os movimentos de atenção primária em saúde,

contextualizando-os e centrando o enfoque nos processos participativos existentes, para perceber em contraposição à realidade objeto do referido estudo, a evolução da qualidade dessa prática, tomando como referência o conceito de **qualidade política** que segundo Demo é definida como “característica própria da cidadania organizada e produtiva de movimento sociais, sobretudo de formações associativas”. (Demo, 1991).

3.2 - ANTECEDENTES

O recorte histórico inicia-se na década de 70, momento no qual surgem intensamente no cenário internacional experiências que vão sendo progressivamente assimiladas por diversos países dentre os quais o Brasil, e tomando como referência inicial os trabalhos de Donnagelo e Paim, tentaremos recuperar brevemente a evolução dessas experiências.

É como prática de saúde, como forma de prestação de serviços, antes que como campo sistematizado de princípios que a Medicina Comunitária se origina nos Estados Unidos e se difunde para as sociedades dependentes com o suporte das Agências internacionais como OPS e OMS. Na América Latina a difusão do Projeto ganha corpo na década de 70 e resulta em programas experimentais de prestação de serviços que se propõem o desenvolvimento de modelos de assistência

*passíveis de garantir a extensão do cuidado a saúde a populações pobres, urbanas e rurais.*²

“Extensão de serviços médicos, através de uma simplificação – das técnicas em jogo, com a participação da comunidade...”, são os termos com os quais a autora define o campo da medicina comunitária.³

No Brasil, a reforma implementada no setor saúde, no período do regime militar é caracterizada pela racionalização de recursos, priorização da prática médica individual e curativa, privilegiamento do setor privado em detrimento do setor público, função assistencial limitada aos contribuintes.

Até a década de 70, a assistência a saúde se restringia à medicina curativa, exercida nos consultórios particulares, grandes ambulatorios e hospitais.

Configura-se neste período do regime militar a crise pós-milagre econômico, iniciada em 1974, evidenciada pela insatisfação popular sentida nos resultados eleitorais de 1974 desta forma: “setores dos próprios aparelhos do Estado assumem uma conduta de propor as camadas subalternas formas

(2) DONNANGELO, M.C.F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo. Livraria Duas Cidades, 1976.

PAIM, Javinilson S. *Medicina Familiar no Brasil. Movimento ideológico e Ação Política*. In: *Estudos de Saúde Coletiva* 4. Rio de Janeiro. ABRASCO, 1986, P. 11-25

(3) DONNANGELO, 1976 op. Cit. p. 86-119.

de organização política para a defesa de seus interesses junto ao Estado, como estratégia para buscar novas formas de legitimação” (Somarriba, 1988).

Segundo Nunes (1987), a partir da segunda metade da década de 70, ocorre não somente o agravamento da crise (baixa eficácia da assistência à saúde, altos custos e baixa cobertura dos serviços), mas dentro de um quadro mais amplo dos movimentos sociais, a aglutinação de forças sociais contrapostas à política de saúde ora vigente.

“A medicina comunitária que já vinha sendo colocada em prática em outros países do mundo logo se mostrou a mais adequada às necessidades políticas do momento” (Vasconcelos, 1991, p.18). A expansão da medicina às populações mais pobres, apregoava a utilização de técnicas simplificadas de baixo custo, a participação da população e a propaganda dos serviços de atenção primária através dos centros e postos de saúde.

Com efeito, sobretudo a partir da década de 70, no caso brasileiro, esse modelo se introduziu claramente como uma proposta de extensão da cobertura médica, uma vez que a impossibilidade técnica e financeira de expandir as ações médicas-assistenciais previdenciárias a toda população e a imperiosa necessidade política de manter ou ampliar bases de sustentação de um modelo, cuja perversidade social se fazia manifesta,

criaram as condições para o advento de programas de cobertura com base nos preceitos da Medicina Comunitária (Cordoni, 1979).

Nesse contexto, as formulações sobre a participação da comunidade, embora bastante divergentes, em geral postulam a participação de representantes da comunidade na tomada de decisões para as ações de saúde, dentro de uma gama de possibilidades apresentadas pelos técnicos, e o aproveitamento destes representantes como trabalhadores ou auxiliares, não remunerados, com atribuições de vigilância, notificação e ações sanitárias simplificadas. (Donnangelo, 1979). Ou seja, as ordens de determinações desse processo participativo são de natureza econômica, referida no parágrafo anterior pela necessidade de barateamento da produção e da esfera política, onde trata-se dos efeitos que se busca lograr de reorientação dos objetivos presentes ou potenciais da ação dos grupos da sociedade onde se encontram instalados tensões sociais.

No decorrer dessa década vários projetos experimentais vão sendo desenvolvidos, através de grupos de técnicas ligados aos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades e com o apoio da OPS, como os Paulínea (SP) e o de Montes Claros (MG), onde já era possível alcançar um certo envolvimento da população e alguma forma de mudança nas práticas sanitárias (Carvalho, 1994).

Em 1976, cria-se o PIASS - Processamento de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste – representa a incorporação das principais prescrições político-técnicas da Medicina Comunitária num programa federal de larga escala.

Entretanto seu caráter de programa complementar, marginal mesmo, em relação ao modelo hegemônico, dificulta a sua implantação na escala e com a profundidade proposta, as ações do PIASS não ultrapassaram a proposta de uma atenção primária seletiva..., executada com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas, através da oferta de tecnologia simples e baratas, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referência em níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária” (Mendes, 1993).

Apesar disso, como subproduto do processo, se fortalece no interior do aparelho estatal, particularmente na área do Ministério da Saúde, um núcleo técnico que, trabalhando para romper com as limitações daquele programa, passa a operar política e tecnicamente no sentido de aprofundar a crítica ao modelo hegemônico da assistência médica previdenciária, buscando superar o caráter complementar dos programas de extensão de cobertura e desenvolvendo-os como alternativa ao modelo dominante.

É assim que em agosto de 1980 surge o Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços de Saúde. Elaborado por técnicos dos Ministérios da Saúde e Previdência, apresenta-se como um plano nacional de saúde alternativo incorporando os mandatos técnicos-políticos então preconizados pela Organização Mundial de Saúde, sancionados na conferência de Alma Ata, em 1978, e condensada na meta saúde para todos até o ano 2000.

Quanto à questão da participação o Prev-Saúde a considera como: “um componente fundamental do desenvolvimento político da sociedade... devendo permear todos os processos sociais que se desenvolvem no País”. (Oliveira & Teixeira, 1986).

No entanto, tamanhas características absolutamente conflitivas com o modelo assistencial dominante levaram ao seu engavetamento, porém suscitou-se um debate cujo mérito principal consistiu em revelar a diversidade de atores e grupos de interesses cuja disputa é agora pública.

No interior dessas experiências ganha-se cada vez mais peso a intencionalidade oposicionista que se propunha a acentuar a dimensão crítica e o papel pedagógico da participação, num compromisso mais geral com a transformação democrática do sistema (Carvalho, 1978).

No plano do debate político-ideológico, a criação em 1976 do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde-CEBES - e em 1979 da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO - expressa a intensificação do debate e a sistematização de propostas alternativa ao sistema.

A década é encerrada, significativamente com a realização, em outubro de 1979, do I Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde da Câmara de Deputados, cujo relatório final é inteiramente marcado pelo reconhecimento da crise do sistema de saúde e aponta para a completa democratização da sociedade como constituinte principal da solução dos problemas de saúde da população brasileira (Brasil-MS., 1980)

Estavam então dadas as condições sociais e institucionais para o advento das propostas de participação social e sua institucionalização.

O início da década de 80 irá encontrar instituições de saúde pública totalmente defasadas, com poucos recursos financeiros e em número insuficiente para fazer frente aos problemas médico-sanitários que se agravam a partir do modelo econômico concentrador de renda (Pitta, 1992).

Concomitantemente a esta situação desenvolve-se uma política de abertura lenta e gradual que provoca a emergência de novos grupos de interesse no interior do Estado brasileiro, possibilitando o

questionamento da estrutura motada em décadas anteriores e fazendo emergir proposta alternativas.

Neste ponto é necessário fazer uma observação com relação aos movimentos que ocorrem a nível da sociedade civil onde, há décadas vinham se constituindo grupos técnicos, de cientistas, acadêmicos e de diversas camadas da população que buscam alternativas a partir da crítica ao modelo dominante implantado no setor saúde.

Não caberia aqui rever esse complexo desenvolvimento denominado de Reforma Sanitária⁴, mas é relevante ressaltar, dada a sua expressão política, partindo da crítica ao modelo assistencial excludente, privatista, hospitalizante, curativista, medicalizante e consumidor de tecnologia médico-hospitalar sofisticada, que começa a nascer a proposta de um novo modelo que propugna pela equidade, participação, descentralização, integralidade e universalização dos serviços, organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada que contemplasse as ações preventivas e curativas, usando tecnologia apropriada ao grau de complexidade dos problemas a serem enfrentados (Cordoní & Martins 1988).

(4) Sobre Reforma Sanitária ver Escorel, Sarah . A Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Dissertação de Mestrado. ENSP, FIOCRUZ, 1987.

Sobretudo a partir do início dos anos 80, com a tática de ocupação dos espaços institucionais, é visível a influência do seu pensamento crítico na trama de “anéis burocráticos” do sistema, participando ativamente do processo de formulação e implementação das políticas de saúde (Rodrigues Neto, 1988; Cordeiro 1991; Mendes 1993).

O advento da Nova República em 1985, pondo fim a 21 anos de governos militares, viabilizou condições de mais democracia e liberdade para o conjunto da sociedade e abriu espaço para um processo de reformas no sentido da reversão do modelo de desenvolvimento então vigente.

A conjugação de todos esses fatores viabilizou a realização em de 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde, reunindo cerca de cinco mil participantes oriundos dos mais diversos segmentos sociais e políticos, marcando o início do exercício, na arena estatal e larga escala, da participação institucional de representação da sociedade civil na pactação de políticas em saúde.

O longo período de debates, experiências e formulação que marcam o processo da Reforma Sanitária e que são sistematizados na VIII Conferência Nacional de Saúde, se consubstanciaram na redação da Carta Constitucional de 1988, sob o lema “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (Constituição Brasileira 1988) e com a criação do Sistema Único de

Saúde (SUS), estabelecendo inúmeras diretrizes, dentre as quais a **“participação da comunidade”**, prevista no art. 198, III; e posteriormente regulamentada na lei 8.142 de 28/12/90.

“Art. 1º O Sistema Único de Saúde - SUS, de que trata a Lei 8080, de 19/09/90, contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - A Conferência de Saúde; e II - O Conselho de Saúde”.

Compete ao Conselho de Saúde atuar na formulação de estratégia e no controle da execução da política de saúde. Estão representados no Conselho vários segmentos da sociedade: usuários, prestadores de serviço de saúde, e os trabalhadores da área além do poder público. A participação é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos com representação no Conselho.

Com a aproximação do final da década de 80, percebe-se que cada vez mais a relação Estado-sociedade em saúde no Brasil, passa ser marcada pela constituição de espaços de interlocução no âmbito do aparelho estatal (Carvalho 1995) e a participação social se institucionaliza na esteira

do processo de democratização do país, na tentativa de transformar o Estado, superando seu caráter socialmente excludente.

Os anos 90 são marcados pela regulamentação dos princípios e diretrizes do SUS e pela tentativa de implementá-los.

3.3 - PANORAMA ATUAL: O CASO DE CAMARAGIBE - UMA PROPOSTA DE MUDANÇA

3.3.1 - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO:

- **LOCALIZAÇÃO, DADOS DEMOGRÁFICOS E INFRAESTRUTURA BÁSICA:**

Camaragibe situa-se na zona da mata de Pernambuco, tem uma área de 52,9 Km², e de acordo com o censo demográfico de 1991, a população do município era de 101.741 habitantes, conferindo-lhe uma densidade de 1923 hab/km². Limita-se ao norte com os municípios de Paudalho, Paulista e Recife e ao Sul com o Recife e São Lourenço da Mata.

Aproximadamente metade da população tem a faixa etária entre 15-54 anos, o que significa elevada parcela de força de trabalho disponível.

Embora conhecido oficialmente como totalmente urbano, apresenta alguns conglomerados populacionais com características rurais.

O município é dividido em sete áreas programáticas representadas pelos seguintes bairros: Bairro Novo, Timbi, Alberto Maia, Vila da Fábrica, Jardim Primavera, Tabatinga e Aldeia (anexo).

Devido a saturação imobiliária das áreas centrais do Recife e pela sua proximidade com o mesmo, o município se torna um pólo receptor de populações, acarretando um crescimento desordenado e conferindo-lhe uma característica de cidade dormitório.

A infraestrutura básica é deficiente e segundo dados da SUDENE – apenas 60% da população é abastecida com água e 1,3% da população é servida pelo sistema de esgotamento sanitário. O transporte coletivo é insuficiente e a coleta de lixo deficiente.

• PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

De acordo com dados da Divisão de Estudos da Natalidade e Mortalidade/Fusam, o município de Camaragibe apresentou o coeficiente de mortalidade geral de 6,1 por 1000 habitantes no ano de 1991. Dentre os principais grupos de causas as doenças cerebrovasculares se encontram em

1º lugar, seguida por causas externas, doenças isquêmicas do coração e neoplasias malignas.

O coeficiente de mortalidade infantil, no mesmo ano foi de 35,5 por 1000 nascidos, estando as afecções originadas no período perinatal em primeiro lugar com 34% dos óbitos, seguidas pelas doenças infectoparasitárias com 29%.

Quanto a mortalidade proporcional em 1991 os óbitos em menores de 01 ano corresponderam a 11% do total, demonstrando um alto percentual de mortes nessa faixa etária. Em relação a morbidade, a diarreia infecciosa é a mais notificada, correspondendo a 54% das notificações⁵.

• ESTRUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

A estrutura atual da Secretaria de Saúde do Município foi fundamentada na Norma Operacional Básica de 30/04/93 – M.S, a qual define as atividades mínimas por modalidade de gestão⁶ dentro do processo de municipalização.

(5) Os dados aqui descritos foram obtidos do Plano Municipal de Saúde de 1993, Plano Municipal de Saúde de 1995 e Relatório Preliminar do Programa de Saúde da Comunidade, Camaragibe - 1995.

(6). Corresponde as modalidades incipiente, parcial e semi-plena, nessa ordem, como condições nas quais os municípios vão se enquadrando para assumir o SUS – Manual de Orientação sobre Processo Municipalização - SESPE, DIPLAN - RECIFE, 1995

Foi recentemente aprovada a inclusão do município em Gestão Semi-plena⁷ do sistema local de saúde, sendo o terceiro do Estado de Pernambuco a obter tal condição.

A equipe técnica da linha de frente da secretaria compõe-se em sua maioria de profissionais sanitaristas, caracterizando uma conjuntura político-ideológica favorável a implementação do SUS no nível local.

3.3.2 - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL

O Programa de Saúde da Família é criado no âmbito do Ministério da Saúde, em 1994, com o propósito de que o mesmo pudesse contribuir para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a **atenção primária** de boa qualidade e a **participação** da comunidade na construção do setor, apontando para um novo paradigma de atenção à saúde (MS/BSB-1994). Segundo documento do COSAC/MS-1994, a implantação do Programa de Saúde da Família tem como objetivo geral “melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de

(7) Nível gestão no qual o Município, entre outras coisas, passa a receber uma quantidade de recursos calculado de acordo com a sua população. – Id. Ibid, 1995.

um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigidos aos indivíduos, a família e a comunidade”.

Nesse mesmo documento acima citado, coloca-se como metas do programa, implantá-lo nas 26 unidades da federação e distrito federal, beneficiando à princípio cerca de 2,5 milhões de famílias.

Está então, dada a largada para o início do processo de adesão do referido programa pelas secretarias estaduais e municipais interessadas, amparadas por verba de implantação específica oriunda do Ministério da Saúde.

Em setembro desse mesmo ano, implanta-se o Programa de Saúde da Família, para atuar conjuntamente com o de agentes comunitários de Saúde, delineando-se a proposta de um novo modelo assistencial, onde as unidades de saúde de família e os Agentes Comunitários de Saúde fosse a porta de entrada do usuário no sistema local.

O Plano Municipal de 1993, que estabeleceu, a princípio, as diretrizes da política de saúde para a atual gestão, dá ênfase, a priori, às ações básicas, buscando a prevenção de agravos à saúde de modo simplificado, dentro das reais condições do município (Camaragibe, 1993).

Em conformidade com as metas estipuladas no referido Plano, acrescidas pela implantação das unidades de saúde da família, inicialmente em 4 áreas programáticas previamente definidas, e onde percebeu-se a “atenção notadamente diferenciada proporcionada à população nas áreas de abrangência do programa” (Camaragibe, 1995), levou-se a redefinição do modelo assistencial, pelo entendimento da equipe técnica da secretária, do enriquecimento qualitativo na forma de prestar assistência à saúde.

Esse novo modelo foi submetido ao Conselho Municipal de Saúde, bem como à II Conferência Municipal de Saúde em março de 1995 e aprovado por unanimidade.

- COMO FUNCIONA E QUAL É A RELAÇÃO ESTABELECIDADA COM A POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO.

A proposta inicialmente, do Ministério da Saúde, passa a ser entendida em Camaragibe, como um “mecanismo de reformular a atenção a saúde da população dentro de um enfoque fundamentalmente preventivo do ponto de vista bio-psicossocial, com abordagem familiar e comunitária, centrada na territorialização”⁸.

(8) Programa de Saúde da Família – Informativo, setembro de 1995. CAMARABIGE-PE, 1995.

Implantado inicialmente em setembro de 1994 em quatro áreas programáticas, definidas pelo plano municipal de Saúde de 1993, o Programa de Saúde da Família, hoje denominado de Programa de Saúde da Comunidade, existe em dez localidades, sendo que seis tem unidades físicas construídas e quatro em fase de instalação.

As unidades do Programa de Saúde da Comunidade tem uma área de abrangência determinada, onde habitem cerca de 1000 famílias.

A equipe básica do Programa é composta, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde, trabalhando em regime de dedicação exclusiva. Os agentes comunitários residem na própria área de atuação e são encaminhados pela própria comunidade para seleção e treinamento pela coordenação do programa.

A equipe inicialmente, realiza o cadastramento e o diagnóstico de saúde da comunidade de sua área de abrangência, de modo a organizar e planejar as suas atividades, bem como gerar informações para atualização das análises da situação local.

As atividades das equipes do Programa de Saúde da Comunidade atendem à demanda espontânea dos moradores, além de através de definições de prioridades epidemiológicas, organiza-se uma demanda específica, bem como a gerada pelas ações educativas e coletivas.

As ações desenvolvidas pelos profissionais de nível superior são alternadas em turnos na unidade e na comunidade durante as visitas domiciliares; os auxiliares de enfermagem trabalham preferentemente na unidade se deslocando quando necessário e os agentes comunitários atuam na comunidade realizando acompanhamento de grupos prioritários encaminhando-os a unidade, transmitindo informações e conhecimentos a cerca de cuidados básicos de saúde, além de cooperarem com a organização comunitária.

Existe um processo permanente de educação continuada para todos os integrantes das equipes, através de articulação com a coordenação estadual do programa, juntamente com o envolvimento de diversas instituições de referência.

No cronograma de atividades das unidades reserva-se um espaço sistemático para reuniões semanais com a comunidade e mensais de supervisão e avaliação pela equipe coordenadora e lideranças comunitárias das áreas envolvidas. Nessas reuniões são divulgados os dados produzidos pelos serviços, bem como informações sobre os fatores determinantes das doenças. Além de serem planejadas conjuntamente as atividades a serem realizadas.

O custo das equipes é relativamente baixo, comparativamente a média dos procedimentos realizados.

O consumo de medicamentos é baixo. As condutas terapêuticas são padronizadas de acordo com a disponibilidade de 26 produtos considerados básicos.

A resolutividade das unidades é considerada alta, segundo a avaliação preliminar do Programa de Saúde da Comunidade de Abril/95, de cada cem usuários atendidos pelo programa, apenas oito são encaminhados à serviços mais complexos. (CAMARAGIBE, 1995), no entanto, as referências basicamente nas especialidades de cardiologia, neurologia, psiquiatria e reumatologia, são feitas informalmente, sem um fluxo sistemático de encaminhamentos e por conseguinte não se estabelece a contra-referência, ou seja, o retorno dos dados para o acompanhamento dos casos.

4 - OBJETIVO GERAL

Situar o PSF dentro da política de saúde do Município de Camaragibe-PE, analisando paralelamente o surgimento dos movimentos de Atenção Primária em saúde da década de 70 e a inserção deste modelo assistencial à luz dos princípios e diretrizes do SUS pelo Ministério da Saúde, enfocando seus respectivos processos participativos.

4.1 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar nas ações em atenção primária à saúde no Brasil iniciados na década de 70 e os seus respectivos processos participativos.
2. Caracterizar PSF, enquanto criação do M.S. na década atual mecanismos de implantação e participação.
3. Contextualizar o PSF Camaragibe caracterizando o seu processo de implantação e mecanismos de participação.

5 - METODOLOGIA

Na seleção do instrumental metodológico a ser empregado, a preocupação adequa-se à natureza do fenômeno a ser pesquisado e a condição da obtenção das informações no campo de investigação. Nesses termos, dada a natureza do objeto (concepções e práticas), remete-se a uma abordagem qualitativa das questões a serem estudadas. Assim sendo, implica considerá-lo (o objeto), como “complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação” (Minayo, 1992).

O estudo se desenvolve a partir de levantamento bibliográfico, incluindo documentos oficiais publicados, e registros institucionais da política de saúde, referentes a fundamentação teórica da pesquisa.

Satisfeita as condições mínimas de fundamentação e com a definição dos elementos que deverão orientar as etapas posteriores, chega-se ao trabalho de campo propriamente dito, que segundo Cruz (1994) se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo.

Nessa fase, os objetivos pretendidos pela pesquisa colocam a necessidade de dos níveis de coleta de informações a saber:

- O primeiro se desenvolve a partir de entrevistas semi-estruturadas, definidas como conversa com finalidade, onde o roteiro serve apenas como orientação Minayo (1992) apud Parga Nina (1983), que conduz a compreensão das opiniões, valores e relações que se mostram na fala dos entrevistados (Minayo, 1992). A amostra compreenderá, representantes do Poder municipal, representantes do Conselho Municipal em todos os seus segmentos, representantes das comunidades das quatro áreas onde se iniciou o programa de saúde da família e profissionais do programa destas mesmas áreas.

- O segundo diz respeito a técnica de observação participante, que se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. (Cruz, 1994). Neste momento faz-se opção pela participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde e reuniões entre a comunidade das áreas referida do Programa de Saúde da Comunidade e os profissionais das mesmas.

As informações obtidas através das entrevistas e reuniões serão gravadas para posterior escuta repetida das falas dos atores e transcrição.

Como nosso material primordial é o discurso dos atores sociais, através da palavra falada ou escrita, pretendemos elaborar um

modelo de análise de discurso, a partir de dois princípios básicos construídos por Pecheux (Minayo, 1993:21-12):

- O sentido de uma palavra, de uma expressão ou de uma proposição não existe em si mesmo. Mas expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico, no qual as palavras, expressões e proposições são produzidas.
- Toda formação discursiva dissimula sua dependência das informações ideológicas.

O modelo de análise será orientado por dois eixos centrais: processos participativos e atenção primária em saúde e a partir deles realizaremos um estudo comparativo para percebermos a evolução qualitativa das práticas participativas.

Vejamos a seguir o cronograma proposto para este projeto de pesquisa.

6 - CRONOGRAMA

ATIVIDADES	DURAÇÃO
Revisão de Literatura Construção do modelo de análise	04 meses
Contatos Institucionais	02 semanas
Seleção da amostra	02 semanas
Trabalho de campo: • Entrevistas • Observação participante	02 meses
Transcrição do material	2 semanas
Análise dos dados	2 meses
Redação do Relatório Final	03 meses

*Cronograma sujeito a alterações

7 - BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, M.J., ANDER-EGG, E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Vozes, 1994. 199p

BRASIL, 1979. Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde, Alma Ata. Relatório final, URSS, set, 1978.

_____, Programa de Saúde da Família, Ministério da Saúde/FNS.

_____, Ministério da Saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde - Relatório final. Brasília, 1986.

BORDENAVE, J.E.D. O que é participação. São Paulo: Cortez, 1994.

BUFFA, E. et al. Educação e cidadania. São Paulo: Cortez, 1993.

CAMARAGIBE, Plano Municipal de Saúde, 1993. Secretaria Municipal de Saúde.

_____, Avaliação preliminar de Programa de Saúde da Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação do Programa, abr, 1995.

_____, Programa de Saúde da Família: Informativo. setembro, 1995.

_____, Plano Municipal de Saúde - Atualização para 1995 - 1996. Secretaria Municipal de Saúde. 1995.

CAMPOS, Eduardo, Francisco de. RESOLUTIVIDADE: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde. Rio de Janeiro. ENSP, 1988, 265 P. Tese de Doutorado.

CARVALHO, Antonio Ivo de. Conselhos de Saúde no Brasil - Dissertação de Mestrado, ENSP - FIOCRUZ. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995:136p.

CHAUI, M. Cultura e Demografia: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Cortez, 1990.

CORDONI, Júnior, Luiz. Medicina Comunitária: Emergência São Paulo: USP, 1979.110 p. Dissertação mestrado.

COSTA, W. do R. Saber e a Cidadania das classes populares: uma agenda para uma investigação. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, abr/jun, 1989.

DEMO, Pedro Avaliação Qualitativa/Pedro Demo. 3ª ed. São Paulo: Cortez: 1991.

DEMO, Pedro Participação e planejamento - Arcanjo Preliminar, in Rev. Adm. públ., Rio de Janeiro, 25 (3): 31-54. jul/set, 1991.

DEMO, Pedro. Participação é conquista 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1993.

- DIAS, N.M. Mulheres sanitárias de pés descalços. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- DONNANGELO, Maria C.F. & PEREIRA, Luiz. Saúde e Sociedade, São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.
- ESCOREL, Sarah. A Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário. Dissertação de Mestrado. ENSP - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1987.
- FALEIROS, V. de P. Saber profissional e poder institucional. São Paulo: Cortez, 1987 . p. 71-80: Formas ideológicas de participação.
- FLEURY, Sonia. Participação Popular: Uma prioridade a ser repensada. Tema/Radies, 1988, 11, 19-20.
- FILICELLO, Domerico, Modelos Assistenciais e política de saúde no Brasil, in Rev. Adm. públ., Rio de Janeiro, 26(2): 62-78, abr/jun, 1992.
- FOCAULT, M. Microfísica do Poder 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- FREIRE, P. Política e educação. São Paulo: Cortez, 1993. p. 119: Educação e participação comunitária.
- MARCONI, M, de A. LAKATOS, E.M. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1982.

- MENDES, Eugênio V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In: Eugenio V. Mendes (org.) Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1983.
- MINAYO, Maria Cecilia de Souza O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.
- _____, Abordagem Antropológica para Avaliação de políticas sociais. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 25:233-8, 1991.
- MINAYO, M.C.S. e SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9(3): 239-262, jul/set, 1993.
- MISOCZY, M.C. A medicina de família, Os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. Saúde em debate, n. 42/março-1994..
- OLIVEIRA, Jaime A.A. & TEIXEIRA, Sonia M.F. (Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1986.
- PAIM, J. Silva. Medicina Comunitária. Introdução a uma análise científica. Saúde em Debate, out/nov/dez., 1978, Londrina, CEBES.
- PASSOS, Iana M.C. Participação popular na gestão pública de saúde: um estudo de caso - Dissertação de mestrado - Escola brasileira de administração pública - 1995; 179p

- PITTA, Ana Maria F. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde, in Rev. Adm. públ., Rio de Janeiro, 26(2): 44-61, abr/jun, 1992.
- RODRIGUES FILHO, José . Participação Comunitária e descentralização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, 26 (3): 119-29,jul/set. 1992.
- SILVA e SILVA, M.O. Refletindo a pesquisa participante. 2ª ed. São Paulo. Cortez, 1991.
- SILVA TELLES, V. Caderno CRH 19. Salvador, (s.n.), 1993. p.8-21: Pobreza e cidadania: dilema do Brasil contemporâneo.
- SOMARIBA, M. das M. Participação popular e distrito sanitário. Brasiliense, OPS, 1988.
- SPOSATI, A; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. V.8, nº 4, p. 366.
- TERRA, Osmar. A participação da comunidade no SUS. Saúde em debate, n 26, p. 56-57, 1989.
- TESTA, Mario. Pensar em saúde/Mario Testa; trad. Walkiria Maria Franke Settineri - Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- THIOLENTE, Michel. Metodologia da Pesquisa - Ação. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1992.

VALIA, VV. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.8, nº 1, p. 30-40, jan/mar, 1992.

VASCONCELOS, EYMARD M., Educação Popular nos serviços de saúde, Rio de Janeiro: HUCITEC, 1991.

URIBE RIVERA, Francisco Javier Planejamento e Programação em saúde: um enfoque estratégico. Francisco Javier Rivera (org.); Mario Testa, Carlos Matus - 2ª ed. - São Paulo: Cortez, 1992.

WANDERLEY, Luiz E.W. Formas de controle social: Alcance e limites. In Organização Panamericana de Saúde. Saúde e revisão constitucional: Controle social e formas organizacionais do SUS, Brasília: OPS, 1993.

8 - ANEXO

