



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



UMA ANÁLISE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
DISTRITO DE SAÚDE LESTE DA CIDADE DE MANAUS.

FRANCICLÉIA DOS SANTOS AZEVEDO

MANAUS-AM
2009



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



FRANCICLÉIA DOS SANTOS AZEVEDO

UMA ANÁLISE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
DISTRITO DE SAÚDE LESTE DA CIDADE DE MANAUS.

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Simone Eneida Baçal de Oliveira

MANAUS-AM
2009

UMA ANÁLISE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO DE SAÚDE LESTE DA CIDADE DE MANAUS.

FRANCICLÉIA DOS SANTOS AZEVEDO

Dissertação Aprovada em 30 / 10 / 2009.

Banca Examinadora:

Profª Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira - Presidente

Profª Dra. Mª do Perpétuo Socorro R. Chaves – Membro

Profª. Dra. Amélia Regina Batista Nogueira - Membro

MANAUS-AM
2009

DEDICATÓRIA

*Dedico esta obra a meu esposo, Fábio Sandemberg
e a meus filhos, Fábio Sandemberg Júnior e Flávia.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, fonte de toda minha inspiração, agradeço por todas as bênçãos recebidas, pela saúde, determinação e força nos momentos difíceis;

A meu pai, Pedro de Souza Azevedo (*in memorian*), por ter me possibilitado ser tudo o que sou;

A minha mãe, Felícia dos Santos Azevedo, por todo apoio, especialmente por cuidar dos meus filhos para que eu pudesse estudar e trabalhar;

As minhas irmãs, Francineide, Angela, Wanderléia, Ana Claudia, Elizangela e Maria do Carmo e também ao meu irmão Pedro Filho, pela família maravilhosa que nossos pais formaram, fundada em bases e princípios sólidos que são minha referência de vida;

A minha família Fábio Sandemberg, esposo dedicado e a meus filhos Fábio Sandemberg Júnior e Flávia, obrigada, pela compreensão nas constantes ausências necessárias para a construção desse trabalho;

A minha querida orientadora professora Simone Eneida Baçal de Oliveira, pela condução desse trabalho, com afeto e firmeza quando necessário, obrigada pelas horas incansáveis dispensadas as suas orientandas;

Às professoras Amélia Regina e Socorro Chaves, que generosamente aceitaram fazer parte da banca examinadora contribuindo de forma significativa nesta pesquisa.

Ao Grupo Inter-Ação que contribuiu com meu amadurecimento pessoal e intelectual enquanto pesquisadora, construindo e consolidando conhecimentos e me oportunizando momentos inesquecíveis, sou grata por tudo.

À todo corpo docente que de forma significativa contribuiu para a compreensão de que o conhecimento é um aprendizado constante, professores (as): Auxiliadora, por

todo apoio dispensado às mestrandas, Simone Eneida, Socorro Chaves, Heloísa Helena, Iraildes, Noval, Amélia.

A todas as colegas de Mestrado, pela convivência nesta árdua, mas prazerosa caminhada, pelas discussões enriquecedoras nesse momento marcante para todas as pioneiras do primeiro Curso de Mestrado em Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas: Ana Cristina, Darcy, Dayana, Iranilda, Lidiany, Luciana e Maria Lúcia;

A todas as pessoas do Distrito de Saúde Leste que contribuíram com essa pesquisa, principalmente a Maria das Graças Azevedo da Costa que me possibilitou freqüentar o Mestrado me liberando do trabalho, em momentos imprescindíveis para a construção desta pesquisa;

À enfermeira Grece de Souza Saraiva e sua filha Jorraicy de Souza Saraiva que contribuíram de forma significativa para a construção dessa pesquisa, sou eternamente grata, pelo apoio e amizade;

À minha amiga do coração, enfermeira Elenilde Rodrigues da Silva, por todo apoio e incentivo recebido;

Aos profissionais e usuários do Programa Saúde da Família do Distrito de Saúde Leste que se disponibilizaram a participar dessa pesquisa e que tornaram possível esse estudo;

A todos os meus amigos, cuja troca afetiva foi fundamental para a superação das dificuldades que se apresentaram ao longo desta trajetória;

A todos que direta e indiretamente contribuíram para a construção deste trabalho.

“Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas originais; significa também, e sobretudo, socializá-las por assim dizer transformá-las, portanto, em bases de ações vitais, em elementos de coordenação e de ordem intelectual e moral”.

Gramsci

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar os resultados das ações de saúde desenvolvidas no Programa Saúde da Família e sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população do Distrito de Saúde Leste da cidade de Manaus. Nessa perspectiva procurou-se identificar quais as contribuições efetivas para a população na área da saúde a partir da implantação e implementação dessa estratégia de saúde do SUS considerando que já atua há uma década na cidade de Manaus. Este estudo buscou também verificar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, bem como o grau de satisfação dos usuários que utilizam os serviços das Casas de Saúde da Família. Este trabalho apresenta um caráter analítico-crítico, por constituir-se numa compreensão articulada dos dados empíricos que permeiam a realidade do objeto estudado, confrontando-se com o referencial teórico e análise crítica. Quanto aos procedimentos metodológicos a pesquisa se desenvolveu através de revisão bibliográfica, pesquisa de campo que compreendeu duas etapas sendo pesquisa documental e coleta de dados com entrevista e aplicação de formulários aos profissionais das casas de saúde e usuários do Programa Saúde da Família, finalizando com a sistematização, análise e interpretação dos dados à luz do referencial teórico adotado. Ressalta-se que o estudo aqui realizado aponta para a necessidade de desenvolvimento de políticas de saúde com mais participação da população visando a efetivação do controle social e possibilidades de conquistas que possam beneficiar de fato a população usuária dos serviços de saúde. A investigação realizada buscou contribuir com a comunidade acadêmica trazendo para o debate a análise da saúde enquanto política pública, uma das linhas de pesquisa do Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, bem como pode constituir-se como um instrumento de análise para o poder público subsidiando a viabilização de políticas com construções coletivas que possibilitem a participação da sociedade como os Conselhos Locais de Saúde, e pretende ainda contribuir com a sociedade em geral para que possa avaliar as ações que o Estado vem desenvolvendo na área da saúde e o rebatimento desta para a população.

Palavras-Chave: Saúde, Política Pública; Saúde da Família.

ABSTRACT

The present study has as objective analyzing the results of the health actions developed in the Family's Health Program and its contribution for the improvement of the population's health quality from the East Health's District of Manaus city. With this perspective, was tried to identify what was the effective contributions to population in health science from the deployment and implementation of that health strategy of SUS considering that already acts since one decade ago in Manaus City. This study showed also the verifying of labor conditions of health professionals, as well the satisfaction's degrees of the users that utilize the Family's Health House services. This work presents a character critical-analytical, as it constitute in an articulated comprehension of the empiric data that permeate the reality of the studied object, conflicting with the theoretical framework and the critical analysis. Regarding to methodological proceeding, the research was developed through bibliographic review, fieldwork that covered two stages that is documental research and data collection with the application of forms to the professionals from the health houses and the users of Family's Health Program, ending with systemizing, analysis and interpretation of data under the theoretical framework adopted. Emphasizing that the realized study guides to a necessity of health politics development with more participation of the population, aspiring to an effectiveness of the social control and achievement possibilities so that may really benefit the population that uses the health services. The performed investigation tried to contribute with the academic community bringing to the debate the analysis of health as public politics, one of the research areas of the Social Service Master's Degree and Amazon's Sustainability, and may act as instrument of analysis to public power subsidizing the viability of politics with collective constructions that enable the participation of society like the Local Health Counsels, and still wants to contribute to the whole society, so it can measure the actions that the State is developing in health science and the bounce of this population.

Key-words: Health, Public politics, Family's Health.

LISTA DE SIGLAS

CIB/AM – Comissão de Intergestores Bipartite do Amazonas
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CF – Constituição Federal
DISA – Distrito de Saúde
DOM – Diário Oficial do Município
DOU – Diário Oficial da União
FMI – Fundo Monetário Internacional
GM/MS – Portaria do Ministério da Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INPA – Instituto Nacional de Pesquisa da Amazônia
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
MSF – Módulo Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
ONG – Organização não governamental
ONU – Organizações das Nações Unidas
PIB – Produto Interno Bruto
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMF – Programa Médico da Família
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF – Programa Saúde da Família
PSR – Posto de Saúde Rural
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SISREG – Sistema de Regulação

SPA – Serviço de Pronto Atendimento

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUFRAMA – Superintendência da Zona Franca de Manaus

SUSAM – Superintendência Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Municípios credenciados para adesão a Programa de Saúde da Família

Tabela 2: Meios de acesso a transportes nos municípios do Amazonas

Tabela 3: Esperança de vida ao nascer no Amazonas

Tabela 4: Rede assistencial da área rural, por tipo de unidade de saúde

Tabela 5: População residente por faixa etária e sexo em Manaus

Tabela 6: Comparação do índice de desenvolvimento humano – Brasil, Amazonas e Manaus no período de 1991 a 2000

Tabela 7: Proporção da população alfabetizada por faixa etária em Manaus-AM no período de 1991 a 2000

Tabela 8: Rede assistencial do Distrito de Saúde Norte, por tipo de unidade de saúde

Tabela 9: Estabelecimentos de saúde por bairro e nível de hierarquia do Distrito Norte

Tabela 10: Rede assistencial do Distrito de Saúde Sul, por tipo de unidade de saúde

Tabela 11: Estabelecimentos de saúde por bairro e nível de hierarquia do Distrito Sul

Tabela 12: Rede assistencial do Distrito de Saúde Oeste, por tipo de unidade de saúde

Tabela 13: Estabelecimentos de saúde por bairro e nível de hierarquia do Distrito Oeste

Tabela 14: Rede assistencial do Distrito de Saúde Leste, por tipo de unidade de saúde

Tabela 15: Estabelecimentos de saúde por bairro e nível de hierarquia do Distrito Leste

Tabela 16: Frequência de realização de atividades educativas no PSF

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Pirâmide Etária da População de Manaus
- Gráfico 2:** Evolução Populacional – Manaus (1970-2006)
- Gráfico 3:** Problemas de saúde que mais acometem as mulheres
- Gráfico 4:** Ações de saúde desenvolvidas para a população feminina
- Gráfico 5:** Doenças que mais acometiam as crianças à época da implantação do PSF
- Gráfico 6:** O PSF modificou a saúde das crianças
- Gráfico 7:** Problemas de saúde que mais acometiam os idosos
- Gráfico 8:** Benefícios que o PSF trouxe à população idosa
- Gráfico 9:** Opinião dos profissionais sobre a casa de saúde enquanto ambiente de trabalho
- Gráfico 10:** Trabalho realizado na comunidade sobre o PSF
- Gráfico 11:** Freqüência de manutenção das Casas de Saúde
- Gráfico 12:** Freqüência de recebimento de materiais
- Gráfico 13:** Recebimento de orientação sobre Saúde do Trabalhador
- Gráfico 14:** Freqüência das visitas dos ACS's
- Gráfico 15:** Atividades desenvolvidas pelos ACS's
- Gráfico 16:** O que os usuários esperam do trabalho dos ACS's
- Gráfico 17:** Grau de satisfação dos usuários sobre os serviços de enfermagem
- Gráfico 18:** Número de visitas realizadas pelos médicos nos domicílios dos usuários
- Gráfico 19:** Grau de satisfação dos usuários sobre os serviços dos médicos
- Gráfico 20:** Grau de satisfação dos usuários sobre os serviços odontológicos
- Gráfico 21:** Informação sobre a dispensação de medicamentos
- Gráfico 22:** Sugestões dos usuários para a melhoria do PSF

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização Geográfica do Município de Manaus

Figura 2: Mapa de Serviços do Distrito de Saúde Norte

Figura 3: Mapa de Serviços do Distrito de Saúde Sul

Figura 4: Mapa de Serviços do Distrito de Saúde Oeste

Figura 5: Mapa de Serviços do Distrito de Saúde Leste

LISTA DE FOTOS DA PESQUISA

Foto 1: Casa de Saúde da Família 01 - bairro Valparaíso

Foto 2: Farmácia das Casas de Saúde da Família

Foto 3: Casa de Saúde da Família 02 - bairro João Paulo II

Foto 4: Casa de Saúde da Família 35: bairro Gilberto Mestrinho

Foto 5: Casa de Saúde da Família 36 - bairro Grande Vitória

Foto 6: Equipe da Casa de Saúde da Família 35

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I - A SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1990	21
1.1 A Política de Saúde em tempos de Neoliberalismo	21
1.2 A Família como foco de Atenção das Políticas Públicas	27
1.3 Qualidade de Vida e o Programa Saúde da Família	31
CAPÍTULO II - O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO BRASILEIRO	35
2.1 O surgimento do Programa Saúde da Família no Brasil	35
2.2 O Amazonas e as Equipes de Saúde da Família	42
2.3 A caracterização de Manaus na década de 90	49
2.3.1 A implantação e implementação do Programa Saúde da Família em Manaus	54
CAPÍTULO III - O DISTRITO DE SAÚDE LESTE E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	73
3.1 A Zona Leste de Manaus e os Serviços de Saúde	73
3.2 As Casas de Saúde da Família o <i>Lócus</i> da Pesquisa	82
3.3 A Saúde em Manaus: limites e avanços no contexto dos direitos sociais	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	114
ANEXOS	126

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa parte da motivação da pesquisadora que atua no Distrito de Saúde Leste e teve a inquietação de verificar se houve mudanças efetivas na saúde da população a partir da implantação do Programa Saúde da Família em Manaus.

Desta forma, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de termos mais produções que possibilitem a análise crítica dos projetos e programas desenvolvidos no âmbito das políticas públicas que possam contribuir com a avaliação dos serviços de saúde oferecidos à população.

No decorrer do trabalho abordam-se conceitos importantes que norteiam esse estudo como: Saúde, Família e Qualidade de Vida, por entender que as análises desenvolvidas nesses três elementos perpassam pelo Programa Saúde da Família.

O conceito de saúde é aqui abordado na perspectiva da totalidade que remete para um viés analítico situado na conjuntura social, política e econômica no contexto do neoliberalismo.

A família foi trabalhada na perspectiva de compreender as transformações e os novos arranjos na contemporaneidade tornando-se o foco da atenção básica e de modo específico do Programa Saúde da Família. O que se buscou foi analisar como a família vem sendo tratada no âmbito das políticas públicas, principalmente das políticas de saúde.

Qualidade de Vida é aqui abordada como o conjunto de fatores que contribuem para o bem estar biopsicossocial das pessoas. Nessa perspectiva de análise busca-se identificar se o Programa Saúde da Família contribui para esse resultado através de ações intersetoriais como acesso à educação, emprego e renda, assistência social, habitação e outros.

A pesquisa faz uma análise dos resultados das ações de saúde desenvolvidas no Programa Saúde da Família e sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população.

E, para o alcance desse intento trabalhou-se com os objetivos específicos: verificando as ações desenvolvidas nos programas de saúde da criança, da mulher e do idoso, eixos prioritários da atenção básica;

Busca-se desvelar as reais condições de trabalho dos profissionais que atuam nas casas de saúde da família verificando se essas condições interferem nos resultados do desenvolvimento das ações de saúde;

O trabalho buscou ainda identificar o grau de satisfação dos usuários atendidos pelos profissionais das casas de saúde da família.

Quanto aos procedimentos metodológicos, o presente estudo foi desenvolvido dentro de uma perspectiva analítico-crítica, que se constituiu de três momentos investigativos articulados entre si, a partir da revisão bibliográfica e de pesquisa em campo, realizadas no período de 2007 a 2009.

O primeiro momento consistiu na realização de revisão bibliográfica (fichamentos, levantamentos bibliográficos, etc.) e da construção do referencial de análise, definições de categorias que nortearam o estudo. Foram utilizados como instrumentais para a coleta de dados, o roteiro de entrevista e formulário.

A segunda fase consistiu em dar entrada ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas para obtenção de autorização de pesquisa com seres humanos, em seguida foi realizado o estudo exploratório, através de pesquisa de campo onde foram realizados levantamentos que possibilitaram o conhecimento e análises das fontes de informação. A pesquisa foi realizada no Distrito de Saúde Leste da cidade de Manaus que tem sua sede localizada na Rua das Rosas, s/n – Jorge Teixeira Primeira Etapa, envolvendo diretamente as Casas de Saúde do Programa Saúde da Família. O universo foi composto por 37 Casas de Saúde da Família do Distrito de Saúde Leste, cuja amostra trabalhada foi de 11%, equivalente a 4 (quatro) casas de saúde.

A pesquisa envolveu 28 (vinte e oito) profissionais de 04 (quatro) equipes das Casas de Saúde da Família sendo: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde e 28 (vinte e oito) usuários dos serviços de saúde, perfazendo um total de 56 (cinquenta e seis) participantes.

Destaca-se que o critério para a escolha do locus da pesquisa deve-se: a) Ao fato de o Programa Saúde da Família ter iniciado na Zona Leste, em março de 1999, há uma década, nesta pesquisa buscou-se verificar se as ações de saúde desenvolvidas são relevantes para a população daquele local. Para proceder tal investigação, foram escolhidas para este estudo, as duas primeiras casas de saúde que foram inauguradas no mês de março de 1999, localizadas nos bairros Valparaíso e João Paulo II, e as duas últimas casas de saúde implementadas, que estão localizadas nos bairros Gilberto Mestrinho e Grande Vitória, respectivamente; b) por fazerem parte do contexto de atuação profissional da pesquisadora.

Quanto aos sujeitos da pesquisa, o critério de inclusão foi: 1) no que se refere aos profissionais, que fossem servidores das casas de saúde que fizessem parte das equipes de saúde da família, objeto desse estudo; 2) no tocante aos usuários, o critério adotado é que estes fossem moradores da área de abrangência e usuários dos serviços das casas de saúde da família. Considerou-se que cada casa de saúde possui sete micro-áreas (sete ruas) então, optou-se por um usuário de cada rua sendo o mais antigo morador por entender que estes teriam melhores condições de avaliar os serviços oferecidos pelas casas de saúde da família.

Ressalta-se que para coletar os dados da pesquisa utilizou-se de formulário composto por perguntas abertas e fechadas que foram aplicados *in locu* pela pesquisadora e de entrevista orientada por um roteiro de entrevista (apêndice) na qual utilizou-se de gravador com autorização prévia dos sujeitos da pesquisa, o que possibilitou o tratamento das questões pretendidas a partir do depoimento dos informantes objetivando evitar equívocos sobre o estudo.

Informa-se que foram feitos levantamentos de dados através de visitas técnicas ao centro de processamento de dados do Distrito de Saúde Leste tendo em vista a

obtenção de informações inerentes ao Programa de Saúde da Família, a partir do acesso a fontes secundárias do Sistema de Informação da Atenção Básica, fonte oficial de dados utilizados pelo Ministério da Saúde. Tal levantamento foi utilizado para subsidiar a análise e viabilizar o alcance dos objetivos da pesquisa, uma vez que os dados obtidos foram confrontados com a concepção e/ou “leitura” que os entrevistados revelaram acerca da realidade vivenciada.

O terceiro momento foi a sistematização, análise e interpretação dos dados coletados à luz do referencial teórico adotado e a elaboração final da dissertação.

O trabalho foi desenvolvido em três capítulos os quais se articulam entre si por meio dos nexos teórico-metodológicos que orientam este estudo.

O primeiro capítulo, traz para a discussão o conceito de saúde evidenciando como as políticas sociais vêm sendo tratadas nos marcos do neoliberalismo, através de políticas de ajuste com rebatimento em todas as áreas, inclusive a saúde.

Ainda no primeiro capítulo aborda-se a família como foco de atenção do Programa Saúde da Família e a forma como vem sendo tratada no âmbito da atenção básica. No último item deste capítulo enfoca-se a qualidade de vida como uma categoria complexa que envolve as questões objetivas e subjetivas inerentes à pessoa humana e apresentam-se as possibilidades de ações que contribuem para elevar o nível de qualidade de vida da população na estratégia saúde da família.

O segundo capítulo apresenta o Programa Saúde da Família, onde faz-se um resgate histórico no contexto brasileiro, abordando a sua gênese no país, a sua extensão para o Estado do Amazonas e por fim, a sua implantação e implementação na cidade de Manaus, a partir desse enfoque busca-se refletir sobre as potencialidades e contradições desse programa enquanto política pública de saúde.

O terceiro capítulo inicia-se por uma caracterização da zona leste da cidade de Manaus, apresenta-se o Distrito de Saúde Leste e o Programa Saúde da Família, bem como os serviços de saúde existentes naquela área, dando ênfase porém, a saúde no âmbito municipal, onde estão localizadas as Casas de Saúde, o *locus* da pesquisa,

procede-se ao viés analítico do trabalho, sintetizam-se os processos de estudos e os resultados apresentados pelo Programa Saúde da Família no Distrito de Saúde Leste e finaliza-se o capítulo com reflexões que possibilitam a análise sobre os limites e avanços no contexto dos direitos sociais.

Nas considerações finais faz-se uma análise sobre o alcance dos objetivos da pesquisa, evidenciando os avanços e os limites do Programa Saúde da Família apontando alternativas como a participação efetiva da sociedade na elaboração das políticas de saúde considerando que estes se constituem em sujeitos sociais fundamentais na busca por políticas públicas efetivas.

CAPÍTULO I

A SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1990

1.1 A Política de Saúde em tempos de Neoliberalismo

O Brasil nos anos 90 vivenciava a construção das respostas à crise global por intermédio de políticas de ajuste neoliberais definidas pelo grande capital. Nesse item a questão saúde é abordada do ponto de vista do trato que vem tendo na atual fase do capitalismo.

O conceito *saúde* é abordada aqui na perspectiva da totalidade, articulando-a às determinações sócio-históricas, e por esse viés analítico em determinados momentos nos reportaremos às décadas passadas como forma de buscar uma maior compreensão nessa área.

A afirmação da hegemonia neoliberal¹ no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte do setor público, sucateamento da saúde e outras políticas.

No que diz respeito à saúde, na Constituição Federal de 1988, foram assegurados cinco artigos, a mesma foi garantida como direito de cidadania e dever do Estado, e conforme o art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF/1988).

O acesso aos serviços ficou pautado pela universalidade e o seu funcionamento submetido ao controle social. Esses princípios foram regulamentados pelas Leis

¹ A hegemonia neoliberal no Brasil, inicia-se a partir da década de 90 que preconiza investimentos mínimos nas políticas públicas, inclusive a saúde (ver Rose Serra: O mercado de trabalho nos órgãos públicos e entidades sem fins lucrativos no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: RSS/UERJ, 1998).

Orgânicas, que constituem-se no conjunto de leis editadas para dar cumprimento ao mandamento institucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde.

As Leis Orgânicas, são leis nacionais que tem o caráter geral, contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas. São destinadas, portanto, a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e na defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde. Neste sentido, apresenta-se a Lei 8.080/90 que: “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

Outro eixo de análise importante diz respeito às normas operacionais básicas que têm como principal objetivo disciplinar o processo de implementação do SUS e se voltam mais diretamente para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalização do sistema, dentre esses o detalhamento das competências das três esferas de governo.

Até o presente momento foram editadas quatro Normas Operacionais Básicas, de 1991, 1993, 1996 e 2002, além de três Normas Operacionais de Assistência.

Quanto à NOB-SUS 01/91, destacam-se como principais medidas a criação do Sistema de Informação Hospitalar e do Sistema de Informação Ambulatorial, como forma de normatizar o pagamento a prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais respectivamente. Ainda por esta NOB definiram-se as quantidades de Autorização de Internação Hospitalar e Unidade de Cobertura Ambulatorial (ANDRADE, 2007).

A Norma Operacional Básica 01/93 segundo Andrade (2007), definiu procedimentos e instrumentos operacionais que visavam ampliar e aprimorar as condições de gestão, no sentido de efetivar o comando único do Sistema Único de Saúde nas três esferas de governo.

Foram criadas as Comissões Intergestores, no processo de gestão os Estados e os Municípios, a partir daí puderam habilitar-se na gestão incipiente, parcial e semiplena.

Nas gestões incipiente e parcial, os estados e os municípios continuam como prestadores do Sistema. Entretanto, na gestão semiplena eles passam a ser gestores das ações e serviços.

No que se refere à Norma Operacional Básica de 01/96 Andrade (2007), afirma que esta vem aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do sistema, visto que o município passa a ser de fato, o responsável pelo atendimento das necessidades e das demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções em seu território. Ao mesmo tempo em que se aperfeiçoa a gestão do SUS, esta Norma Operacional Básica aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde.

O que se pretende analisar com a exposição das Normas Operacionais Básicas é a contradição presente nestes instrumentos jurídicos à medida que estes evidenciam os compromissos que o Estado assume e que efetivamente não cumpre perante a sociedade, além do mais faz-se necessário tomar conhecimento de toda essa legislação para que se possa instrumentalizar a população no sentido de fortalecer a dimensão política para que a mesma possa se organizar e reivindicar políticas públicas que se concretizem.

Com relação ao Sistema Único de Saúde, apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verifica-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

A respeito de descumprimento e mudanças na legislação algumas alterações foram feitas como a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 a qual:

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal de 1988 e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ANDRADE, 2007).

A Emenda Constitucional nº 29² evidencia a presença do neoliberalismo através de políticas de ajuste que reduzem cada vez mais o investimento em setores primordiais como a saúde e o total descompromisso por parte do poder público com esse setor.

Algumas questões têm comprometido a possibilidade de avanço do SUS enquanto política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estadual e municipal; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar, em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde, contradizendo a legislação.

Nesse contexto, a proposta da Política de Saúde construída na década de 80 tem sido paulatinamente desconstruída nos anos 90. A saúde nessa lógica fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. Os indivíduos, famílias e comunidades passam a responsabilizar-se pelo seu bem-estar, promovendo o que Bordieu (1998) chama de responsabilização da vítima.

Segundo Bravo (2004), na década de 90, o orçamento destinado à área da saúde não foi respeitado. Tratava-se de uma proposta avançada de financiamento que combinava diversas fontes que taxavam também o capital além do trabalho. As receitas do orçamento da Seguridade Social, unificadas no Tesouro Nacional, passaram a ser utilizadas para múltiplas finalidades além das previstas constitucionalmente, sobretudo, para financiar os déficits fiscais, em um primeiro momento, e, em seguida, o superávit fiscal, cujas metas foram “negociadas” com o Fundo Monetário Internacional. Dessa forma, fica clara a supremacia da política econômica em detrimento da política social.

Na década de 90 visualiza-se a presença de dois projetos que convivem em tensão: O projeto da Reforma Sanitária, construído na década de 80 e o Projeto de Saúde Privatista, hegemônico a partir da segunda década de 90 (BRAVO, 2004).

² Emenda Constitucional 29 é o dispositivo legal que cria a CPMF (contribuição provisória sobre movimentação financeira) para assegurar arrecadação de recursos para o financiamento das ações dos serviços públicos de saúde.

O Projeto de Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade. Nessa perspectiva de análise o Estado é o responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

Entretanto, o que se tem observado é o descompromisso cada vez maior do Estado para com a sociedade, o sucateamento das políticas públicas e o fortalecimento do setor privado.

Outro Projeto existente é o de Saúde Privatista, o qual está articulado ao mercado. Neste contexto, o papel do Estado, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. As principais propostas são: caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo aos planos de saúde privados, descentralização dos serviços, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1996).

A compreensão para a existência dos projetos de saúde pública e de saúde privada nos remete para dois eixos de análises, a saber:

O primeiro deles, quando não há investimento nos setores públicos ocorre a má qualidade dos serviços, cria-se uma cultura de desqualificação do público, acabando por provocar na população a reação de rejeição da coisa pública, levando-se a aceitação subliminar de adesão ao privado e, portanto, de apoio à política de privatização dos governos neoliberais.

A permanente deterioração dos serviços públicos essenciais como saúde, educação, previdência social, pode levar a que a população aceite a privatização dos mesmos com mais facilidade por causa da descrença na possibilidade de reversão dessa situação.

Daí que a deterioração pode ser também uma estratégia para, a longo prazo, promover a adesão popular às privatizações, legitimando-as em substituição aos serviços públicos.

A consequência diante desse quadro é o que esperam os neoliberais como demonstra Mishra (1995:43)

À medida que se deixa deteriorar os serviços públicos, os que pertencem ao núcleo ‘duro’ – a população com emprego fixo, bons rendimentos e regalias no trabalho – terão como perspectiva a compra de serviços no mercado privado. A periferia consistirá nos pobres, com ou sem emprego, que tem de se apoiar em serviços públicos cada vez mais marginalizados e guetizados.

O outro componente de análise – a redução e a desvalorização de mão-de-obra técnica e auxiliar para a prestação dos serviços das políticas sociais – é central para a apreensão adequada das perspectivas desses serviços em termos de abrangência e qualidade.

No Brasil, a inexistência de políticas de planos de cargos, carreiras e salários para o conjunto dos servidores estatais que visem a sua valorização profissional e dedicação ao serviço público contribuem para a desqualificação dos serviços públicos.

Essa não é uma realidade que ocorre somente no Brasil, tem uma dimensão internacional, conforme o relatório de 1995 do Banco Mundial que assim define essa questão:

A deficiência do fornecimento de bases e serviços públicos essenciais é generalizada (...). Os salários baixos reduzem a lealdade e a dedicação de muitos funcionários públicos. (...) A redução de gastos em equipamentos e material resultou em maior deterioração da qualidade dos serviços públicos. Os funcionários públicos não dispunham dos instrumentos necessários para o desempenho do seu trabalho.

A existência de dois projetos de saúde em disputa, o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, é o resultado do avanço do modelo neoliberal no Brasil,

que promove a redução com os gastos públicos e precariza cada vez mais o mundo do trabalho.

A universalidade do direito, um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária é um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto de saúde voltada para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico.

Assim sendo, a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios na agenda contemporânea.

1.2 A Família como foco de Atenção das Políticas Públicas

Ao proceder a uma análise sobre esse assunto verifica-se que os programas de inserção da família no cenário das políticas públicas ganham impulso na década de oitenta, em função de interesses diversos, seja do Estado, da sociedade civil e de organismos internacionais.

No Brasil, a sociedade civil brasileira, mais especificamente as igrejas, se antecipou em relação ao Estado, estruturando e consolidando as primeiras intervenções junto à família. Vasconcelos (1999) cita como exemplos, a Sociedade São Vicente de Paula, os cursos de noivos, o Movimento Familiar Cristão, Encontro de Casais com Cristo e Pastoral da Criança.

As iniciativas estatais se apresentaram como associações de pais e mestres, (ligadas à rede de ensino) e os centros sociais urbanos (com clubes de mães, cursos de gestantes). No Serviço Especial de Saúde Pública, fundado durante a segunda guerra mundial, valorizaram-se as visitas domiciliares. Na década de 90, voltou-se para o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Ainda na década de 90, o ano 1994 foi eleito como o Ano Internacional da Família obrigando os governos a debaterem sobre políticas públicas para as famílias. A preocupação com o crescimento da violência e consolidação do conceito de famílias de

risco produziu uma pauta de discussão mais ampla dos problemas familiares. É nesse período que ocorre o surgimento do Programa Saúde da Família no Brasil apoiado pelo Ministério da Saúde, o qual reflete sobre a necessidade de priorizar a família na agenda das políticas sociais públicas brasileiras.

Nessa perspectiva de análise, tanto as exigências do mundo globalizado, interessado na redução de custos dos serviços sociais e de saúde, quanto a busca pela minimização de conflitos sociais impulsionaram a formulação de políticas públicas pelo Estado, sendo o Programa Saúde da Família uma dessas medidas.

O conceito de família adotado oficialmente pelo PSF de acordo com o SIAB (2000) é o seguinte, é considerada família o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. Incluindo-se empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados.

O eixo da atenção voltava-se para a família e seus novos arranjos numa perspectiva de atendimento integral. Entretanto, estudos realizados pelo Grupo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Família (1990)³ apontam como a família está sendo tratada no PSF, nessa pesquisa identificou-se que a abordagem da família está sendo feita de diferentes formas, destacando-se:

Família/indivíduo: nesta abordagem a família se concretiza na perspectiva do indivíduo que é o foco real de atenção, podendo ser a mulher, a criança, o idoso, ou seja, a família é o cliente nominal, mas não é o “objeto” do cuidado. E, ainda, a família tem papéis a desempenhar, tem deveres e responsabilidades para com o indivíduo em foco e para isso necessita de orientação, de treinamento. A família também é tida como aquela que interfere positiva ou negativamente no processo saúde/doença do indivíduo. Dado a expectativa de deveres, as condições reais de capacidade de cuidado da família, vista de forma multidimensional, são frequentemente esquecidas, além de serem objetos de juízo de valor por parte da comunidade e de profissionais.

³ GAPEFAM – Grupo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Família da Universidade Federal de Santa Catarina. Ver artigo: As várias abordagens da família no cenário do Programa Saúde da Família. Publicado pela Revista Latino-Americana de Enfermagem, 1990.

Família/domicílio: nesta abordagem o ambiente, a infra-estrutura material da família, as condições de cuidado desse ambiente são o foco de atenção. O substitutivo, o que toma lugar ou representa a família é, pois seu espaço/contexto físico. O domicílio é a base para a apreensão de lançamento de dados estatísticos e epidemiológicos do processo saúde/doença, da caracterização das famílias que têm condições e daquelas que necessitam de ajuda, daquelas que requerem vigilância de saúde, ou de outras que estão em situação de risco socioambiental.

Família/indivíduo/domicílio: nesta perspectiva unem-se os sentidos, diferenciando-se por ser focado agora num doente presente no domicílio ou em outros indivíduos sob circunstâncias específicas do processo saúde/doença, como por exemplo, o idoso, o hipertenso, o agressor. Intensifica-se a expectativa quanto a papéis, deveres, responsabilidades da família e a educação em saúde para o tratamento e cuidados do paciente.

Nessa perspectiva de análise, a família recebe a incumbência de cuidar dos seus membros sem receber o apoio devido como por exemplo, parentes de pacientes acamados que necessitam de curativos diários, recebem a responsabilidade de providenciarem todos os materiais necessário para tais procedimentos tendo em vista que essas necessidades não são atendidas por meio da área da saúde. Dessa forma, percebe-se claramente, a saúde no contexto neoliberal de políticas mínimas para a população a responsabilização da sociedade frente aos problemas sociais de toda natureza.

Família/comunidade: neste tipo de abordagem a família se transforma em “as famílias”. Sua identidade e processo de viver definem-se sobre parâmetros universais, proveniente do contexto, da inserção social, do ambiente físico social da comunidade. Os processos são universalizados, os problemas específicos são desconsiderados. Os problemas locais são de responsabilidade das famílias. Os problemas decorrentes da comunidade são repassados às comunidades, deixando o Estado de se responsabilizar por essas questões.

Família/risco social: neste enfoque a atenção é dirigida às condições de um grupo específico de famílias, geralmente àquelas em situação de exclusão social, que vivem em comunidades periféricas. A estrutura da família, suas condições materiais e sociais de sobrevivência estão continuamente sendo problematizadas.

O problema é que os profissionais que compõem o PSF não estão preparados para atender esse tipo de família. O assistente social e outros profissionais da área de humanas que têm em seu processo de formação acadêmica mais conteúdo para esse tipo de abordagem não fazem parte da equipe do PSF, deixando o atendimento precarizado. Os profissionais da área de biológicas que compõem o quadro da saúde, dado as suas competências técnicas não conseguem fazer o atendimento adequado para esse tipo de famílias, que se constitui a maioria do público alvo do PSF.

Família/família: nesta abordagem a família é o foco principal e real da atenção considerada em sua identidade, enquanto possuidora de simbolismos, emoções, racionalidades, pactuações, saberes, fazeres e necessidades. Essa abordagem requer consideração aos aspectos das condições materiais e simbólicas, a inserção social das famílias, a sua organização e dinâmica, à disponibilização de redes de proteção social, dentre outras. Enfim, a família é considerada em seu ser e viver, conseqüentes da sua inserção no contexto social, historicamente contextualizada, na complexidade de ser família na contemporaneidade.

O viés de análise mais uma vez recai sobre a atual composição da equipe de saúde da família que muitas vezes não contempla os profissionais que são preparados para o atendimento das famílias em sua integralidade, compreendendo as suas várias dimensões.

Diante do exposto, destaca-se que mencionar a família como foco central da atenção básica de saúde não garante que isso se concretize no PSF. Nesse cenário identificou-se diferentes tipos de abordagens e compreensões do conceito de família.

A falta da compreensão dos conceitos atuais de família num amplo contexto que a cerca por parte dos profissionais, dificulta o processo de planejamento, das ações

direcionadas para o atendimento desse público alvo causando às vezes até frustrações pelas expectativas não atendidas.

A multiplicidade de abordagens realizadas no Programa de Saúde da Família acabam por compor um quadro de atendimentos parcializados e produzindo questionamentos sobre o próprio fazer da saúde no âmbito do SUS, como por exemplo, como alcançar a integralidade do cuidado às pessoas se quem será cuidado não está suficientemente identificado?

Por fim, ressalta-se a necessidade de rever algumas questões como a composição atual da equipe de saúde da família e o compromisso real das políticas públicas no sentido de buscar ações mais efetivas haja vista que a família é o foco principal do cuidado em saúde no âmbito da atenção básica, principalmente no Programa Saúde da Família.

1.3 Qualidade de Vida e o Programa Saúde da Família

Ao remeter para a contextualização histórica do conceito de qualidade de vida verifica-se que desde os anos sessenta, a expressão qualidade de vida tem sido referência de inúmeros discursos acadêmicos, políticos, ideológicos e outros, movidos principalmente pelo interesse das Organizações das Nações Unidas de mensurar os níveis de vida de diversas comunidades mundiais.

Ainda hoje esse conceito tem uma definição imprecisa, não existindo consenso teórico a esse respeito. Inicialmente, algumas investigações associavam qualidade de vida a um conceito quantitativo, relativo a recursos materiais disponíveis para determinado indivíduo ou sociedade (Corrêa, 2001).

Observa-se entretanto, que esforços atuais tendem a defini-lo para uma abordagem mais ampla e integradora. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde refere-se a esse conceito a partir de cinco dimensões: saúde física, saúde psicológica, nível de independência (aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e capacidade laboral), relações sociais e meio ambiente.

Na visão de Wilhelm (1978) trata-se de uma visão global, que considera as várias dimensões do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida de cada indivíduo. Esse autor acrescenta ainda os fatores objetivos e subjetivos da experiência humana.

A complexidade em se quantificar os fatores subjetivos não pode, portanto, excluí-los das considerações acerca da qualidade de vida. Mesmo que critérios materiais específicos da experiência cotidiana sejam usados como indicadores, a dimensão subjetiva deve ser observada a fim de que se tenha uma percepção integral desse conceito.

Dessa forma, Rueda (1997) considera a qualidade de vida como uma condição complexa e multifatorial sobre a qual é possível desenvolver algumas formas de medidas objetivas, através de uma série de indicadores, porém a vivência que o sujeito, ou grupo social, pode ter de si mesmo, tem um importante peso específico.

Pondera-se, que a qualidade de vida não deve ser tomada somente como um conceito geral, mas entendida dentro da experiência cotidiana e pessoal de cada um dos envolvidos. Prover boas condições de sobrevivência não garante a elevação dos níveis de qualidade de vida, visto que o que a determina é a forma e a capacidade do indivíduo em perceber e se apropriar dessas condições. De nada adiantam os recursos se o beneficiário não pode usufruir e se favorecer deles. Além disso, viver com qualidade é uma condição que satisfaz as exigências e demandas que determinada situação inflige aos indivíduos, dentro de um dado contexto que o cerca.

Ao aportar-se em Sliwiany (1997) afirma-se que qualquer fenômeno social deve ser considerado no âmbito de seu contexto histórico e entendido dentro da conjuntura política, econômica e cultural na qual se processa, inclusive a condição de qualidade de vida.

Embasados nesses referenciais teóricos, considera-se nesse estudo, o conceito de qualidade de vida como a condição biopsicossocial, relativa a experiências humanas objetivas e subjetivas, considerados os aspectos individuais e sociais, considerando os vários determinantes da condição humana.

As propostas de promoção de saúde apresentadas pela primeira vez na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, 1986, entendem a saúde como elemento importante no conjunto de condições indispensáveis à qualidade de vida.

As estratégias de promoção de saúde voltam-se para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde, e de forma mais ampla, a qualidade de vida. Dessa forma, as ações em prol da saúde demandam a participação dos diversos setores da sociedade, não podendo se restringir somente ao setor saúde.

Nesse sentido, o Programa Saúde da Família enquanto estratégia de promoção da saúde passa a ser o ponto de intervenção e início de articulação entre os vários setores que podem proporcionar melhores níveis de qualidade de vida da população.

Tal melhoria só se efetiva através da utilização de estratégia e iniciativas capazes de operacionalizar sua interação por intermédio da elaboração de políticas públicas que exigem ações intersetoriais.

No plano concreto das ações, outras iniciativas que operacionalizam os princípios de promoção de saúde que possam contribuir com a elevação da qualidade de vida encontram-se: municípios saudáveis, vigilância ambiental em saúde, melhoria sanitária domiciliar, agenda 21, desenvolvimento local integrado/sustentável e rede brasileira de habitação saudável.

Ao tratar do Programa Saúde da Família entende-se que sua contribuição para melhorar a qualidade de vida da população passa necessariamente pela qualidade do atendimento oferecido no âmbito da assistência à saúde, associado à capacidade ações interventivas junto aos serviços que interferem diretamente nas condições determinantes do processo saúde/doença

Entende-se que a qualidade de vida na estratégia saúde da família perpassa pela dimensão do ensino que deve preparar os profissionais para o trabalho nessa perspectiva

e, sobretudo, pelo compromisso das políticas públicas através de investimento e desenvolvimento de ações mais efetivas no âmbito do poder público.

CAPÍTULO II

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO BRASILEIRO

2.1 O Surgimento do Programa Saúde da Família no Brasil

O presente capítulo tem como objetivo promover o debate sobre a política de saúde através da apresentação do Programa Saúde da Família como uma estratégia do Sistema Único de Saúde para a reorientação do modelo de assistência à saúde, sua extensão para o estado do Amazonas, sua implantação e implementação na cidade de Manaus, buscando-se refletir sobre as potencialidades e contradições desse programa enquanto política pública.

O Programa Saúde da Família despontou como uma estratégia assumida pelo Ministério da Saúde na década de 90, visando reorganizar o modelo assistencial brasileiro. Sobre este fato, Negri (2000), comenta que “durante décadas, no Brasil, não se deu a necessária prioridade à assistência básica de saúde da população”. Pontua ainda, que o resultado dessa política equivocada é a realidade que ainda vivemos: pessoas portadoras de doenças que poderiam ter sido evitadas formando filas desumanas diante de hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. A outra consequência perversa desse modelo é que ele pressiona o governo a gastar mais e mais dinheiro com o tratamento de doenças que podem ser evitadas por ações de prevenção e promoção de saúde.

Implementando a discussão Franco e Merhy (2000), referem que o modelo de assistência à saúde anterior ao Programa Saúde da Família, se caracterizava como “produtor de procedimentos”, visto que os serviços se davam a partir da clínica exercida pelo profissional médico, o qual utilizava principalmente as tecnologias duras.

Para evidenciar o objetivo do Programa Saúde da Família adotou-se como aporte o Ministério da Saúde (1994) o qual afirma que o PSF tem como objetivo melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação

da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde⁴, dirigido ao indivíduo, à família e à comunidade. Trata-se de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, que assentava-se no tripé, individual, curativista e hospitalocêntrica. O modelo atual se propõe a levar a saúde para mais perto da família e com isso proporcionar melhoria na qualidade de vida dos brasileiros.

Aportados em Rodrigues (1998), entende-se que o PSF vem contribuir para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção desse setor apontando para um novo paradigma de atenção à saúde.

Desde sua concepção até o momento atual, são muitas as análises a respeito do PSF no Brasil. Embora ainda não esteja presente em todo o território brasileiro, integrantes das Unidades de Saúde da Família, secretários municipais de saúde, elementos do Ministério da Saúde, bem como docentes e discentes de Universidades e pesquisadores em saúde pública e áreas afins, têm se disposto a discutir e refletir sobre o esse novo modelo de saúde no Brasil.

Dessa forma, torna-se pertinente fazer uma revisão de literatura, abordando a historicidade do processo de implantação e implementação do PSF no contexto brasileiro, enfatizando seus pressupostos básicos, operacionalização e as possibilidades de contribuições que essa proposta apresenta à população.

A história do PSF tem início quando o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, em 1991. A partir daí a família tornou-se o foco da atenção e das ações programáticas de saúde e não mais o indivíduo.

O Ministério da Saúde a partir de 1993 iniciou a implementação do PSF no Brasil, através da Portaria nº 692, preconizando que: “O Programa Saúde da Família tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de

⁴ CF – Art.198: Princípios e Diretrizes do SUS

I – Descentralização;

II – Integralidade das ações;

III – Participação da Comunidade

Saúde, na municipalização da integralidade e participação da comunidade”. Vasconcelos (1998) aponta que o PSF deverá atender prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA (1993), expostos a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde.

Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes de Saúde da Família, em Niterói-RJ, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. Tal processo se consolidou em março de 1994, quando o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimentos operados pelo SUS, ou seja, a tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Ressalta-se que o êxito do PACS impulsionou a formação do PSF, levando o primeiro documento do Programa com a data de setembro de 1994 (BRASIL, 1994).

Campos (1997) argumenta, que nessa perspectiva de modelo assistencial à saúde, o mercado não seria o principal critério para organizar e distribuir serviços, mas o planejamento realizado não a partir do poder aquisitivo das pessoas, mas de suas necessidades de saúde. O atendimento passa a ser universal, no qual todos passam a utilizar o sistema de saúde gratuito, organizado e hierarquizado segundo a complexidade da atenção e regionalizado conforme a distribuição populacional e do quadro de morbimortalidade das comunidades.

O Ministério da Saúde (2000-a) ressalta que o PSF incorpora e reafirma os princípios acima, e estrutura a Unidade de Saúde da Família da seguinte forma:

Caráter substitutivo: 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.

Integralidade e hierarquização: a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado de atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral às pessoas e as suas famílias, de modo que sejam asseguradas a referência e contra-referência para os

serviços da complexidade que for necessária, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.

A respeito de integralidade das ações, do estabelecimento de um sistema de atendimento em rede, ressalta-se que ainda estamos diante desta realidade tendo em vista que os entraves se esbarram nas dificuldades que os profissionais têm em trabalhar de forma articulada com outros setores, há necessidade de uma mudança não somente em termos de proposta ministerial, mas também de mudanças em níveis de formação para que os profissionais estejam capacitados para trabalhar nessa nova proposta e possam produzir efetivamente ações articuladas com outros serviços.

Territorialização e cadastramento da clientela: a unidade de saúde da família trabalha com território e abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área. O Ministério da Saúde (1994), recomenda que cada equipe seja responsável por no máximo 4.500 pessoas.

Ao analisar esse critério de trabalhar com território definido, percebe-se que este gera uma das grandes contradições do PSF, contrapondo-se ao princípio de universalização do Sistema Único de Saúde dentro da realidade atual brasileira, tendo em vista que o PSF não tem uma cobertura de 100% da população em nenhum estado da federação, isto significa dizer que onde há uma unidade de saúde da família, ou até mesmo outro tipo de modalidade de serviço de saúde, a população é atendida, onde não tem, a população fica desassistida, evidenciando o aspecto contraditório das políticas de saúde e a necessidade do governo brasileiro ampliar esses serviços para que o SUS seja efetivamente universal e alcance a todos, principalmente os menos favorecidos.

Nesse eixo de análise, é imperativo a sensibilização e o compromisso dos governantes para que possibilitem a construção de unidades de saúde que visem o atendimento de toda população, evitando dessa forma, a exclusão de pessoas dos serviços de saúde, o que contraria os princípios do Sistema Único de Saúde.

A composição da equipe: cada equipe do PSF é composta no mínimo por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, e de sete a nove agentes comunitários de saúde.

Ressalta-se que outros profissionais podem incorporar as equipes de saúde da família. Essa recomendação do Ministério da Saúde (2000) deixa em aberto para os municípios formarem suas equipes conforme a realidade local, o problema é que sem a obrigatoriedade de inserção de outros profissionais, cada município mantém a equipe mínima característica do modelo neoliberal⁵.

Daí a indicação para o debate do modelo assistencial proposto. Na saúde, este modelo aparece como exercício para o contraponto do modelo hegemônico aqui criticado, em defesa de um modelo que possa contribuir para a transformação em que está implícita a concepção de totalidade. O PSF, ao trabalhar com a concepção ampliada de saúde, com o modelo de atenção integrada, privilegiando a atenção primária, deveria agregar outros conhecimentos e saberes que contribuiriam articulando-se de forma horizontal, sem se sobrepor.

O critério de definição do Ministério da Saúde (2000) sobre uma equipe básica para a implantação do PSF é equivocada e contrapõe-se ao princípio de totalidade. Portanto, a oferta não deve ser do básico ou do mínimo (a equipe atual), pois se aproxima do sinônimo de mínimo. Deve-se sim oferecer o necessário e o que é direito: uma equipe transdisciplinar, em que devem figurar outros profissionais, outros saberes.

Segundo Bravo (2004), a interdisciplinaridade é uma ferramenta que pode contribuir para o avanço da atenção qualitativa, de satisfação completa do usuário do serviço. Para isso, é necessário que a equipe se amplie, inserindo profissionais que tenham em sua formação, conteúdos teórico-metodológicos que possam trazer este conhecimento que se completa ao saber clínico, o conhecimento social e que caminhem para a alternativa do modelo de atenção à saúde.

Nessa perspectiva de análise, observa-se que essa somatória de saberes na equipe representa a possibilidade da construção de um trabalho coletivo, em que a educação em saúde pode ser um elemento facilitador de práticas reflexivas e

⁵ O modelo neoliberal preconiza investimentos mínimos nas políticas públicas, inclusive a saúde (ver Rose Serra: O mercado de trabalho nos órgãos públicos e entidades sem fins lucrativos no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: RSS/UERJ, 1998).

democráticas, baseadas numa visão crítica em que se concebe a família dialeticamente construída histórica e socialmente como sujeitos coletivos, que também fazem a história de sua sociedade e de sua época. Neste contexto, a interdisciplinaridade, torna-se imprescindível porque possibilita a troca de saberes não somente acadêmicos, como também os saberes tradicionais da população.

Partilha-se das idéias de Teixeira & Nunes (2004), quando estas autoras afirmam que a interdisciplinaridade leva a abrir um espaço coletivo, que no PSF, ultrapassa os limites das instituições governamentais, quando entra não só nas casas das famílias, mas também nas Igrejas, nas Associações de Moradores, nas Escolas públicas e privadas, isto é, nas instituições formadoras de sujeitos históricos coletivos.

Frente a essa questão, há que se buscar uma articulação entre os diversos saberes, fundamentada em uma base teórica que a sustente para, a partir desta prática, transformar ou criar nova (s) teoria (s), novos conhecimentos e saberes frutos de uma construção coletiva que envolve profissionais de diversas categorias e, sobretudo a população.

Esse posicionamento reforça o argumento de uma postura de amplitude e requer decisão política e a compreensão por parte dos profissionais da saúde em buscar um fazer profissional nessa perspectiva. É esse aspecto fundamental que necessita ser implementado no PSF com todas as dificuldades inerentes a tal opção, este é o desafio para os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família na atualidade.

Ao analisar as potencialidades e respostas do PSF em nível nacional tem-se ainda poucas experiências, os dados do Ministério da Saúde (2000) apresentam concretamente os resultados dos municípios de:

Mauá (SP) com a redução de 40% na taxa de mortalidade infantil, cobertura vacinal de 100% e 44% das mães orientadas sobre procedimentos de saúde bucal no bebê. Sobral (CE) com cobertura de 100% em pré-natal e excelente cobertura vacinal. Camaragibe (PE) apresentou uma cobertura de 92% de atendimento ao pré-natal e 59% de aleitamento materno exclusivo entre as crianças menores de 4 (quatro) meses. Ibiá (MG) apresenta uma cobertura vacinal de 95%; 90% de pré-natal, acompanhamento de

87% de portadores de diabetes e 80% de pessoas com hipertensão arterial. Mandaguari (PR) apresentou resolutividade em mais de 80% dos problemas encontrados na comunidade e redução da taxa de mortalidade infantil de 30.3 por mil, em 1996 para 11.86 por mil em 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Os resultados apresentados são da região nordeste, sul e sudeste do país, isto porque foram áreas onde o PSF iniciou. A região norte teve o PSF implantado tardiamente, em 1999, em função dos interesses políticos partidários, quando outras capitais já estavam trabalhando há quase uma década.

Algumas ponderações são necessárias no que se refere ao PSF no contexto brasileiro, reorganizar o modelo assistencial vigente no país na década de 90, não foi tarefa fácil, principalmente porque esse processo implica em mudança de atitude de toda a sociedade, gestores, profissionais e usuários.

Negri (2000) refere que promover a saúde, prevenindo doenças é o melhor caminho para a saúde no Brasil. As estatísticas e a melhoria visível na qualidade de vida da população assistida estão demonstrando o acerto dessa estratégia, como por exemplo 65,69% da população assistida pelo PSF no Estado do Pará obteve grau de melhora na qualidade de vida⁶.

Convergem das mesmas idéias Viana & Dal Poz (1998) os quais acreditam que o Programa Saúde da Família incentiva a organização e a dimensão política das comunidades aumentando, portanto, as possibilidades de participação e controle desta sobre as políticas de saúde.

Em outro viés de análise, Franco & Merry (2000) pontuam que os resultados do PSF dependem de um conjunto de fatores que implicam em mudanças estruturais, inclusive de modelo econômico para que a proposta em si possa ser efetivamente concretizada, além de investimento em formação acadêmica que possibilite novas posturas profissionais, articulação com outros saberes, capacidade de promover a

⁶ Pesquisa de iniciação científica intitulada: “Satisfação dos usuários e profissionais de saúde no Programa Saúde da Família”. Trabalho realizado no PSF da Vila da Barca na cidade de Belém do Pará. Publicado na Revista Paraense de Medicina v.20 n.1 Belém março 2006.

participação social e concluem afirmando que sem essas mudanças o PSF não tem poder por si só para reverter a configuração do modelo de saúde hegemônico no Brasil.

Partilha-se das idéias dos autores supracitados, entretanto, entende-se que o Programa Saúde da Família, possibilita a aproximação com as pessoas e isso pode levar ao fortalecimento da população no sentido de buscar a organização e a participação para reivindicar políticas de saúde mais coerentes e consistentes que atendam as suas reais necessidades junto ao poder público, para tanto se faz necessário que os profissionais de saúde instrumentalizem os usuários na busca pela concretização da saúde enquanto direito, lembrando que os principais avanços neste setor historicamente foram conquistados a partir do fortalecimento da sociedade civil organizada.

2.2 O Amazonas e as Equipes de Saúde da Família

Ao abordar o Programa Saúde da Família no estado do Amazonas é imprescindível fazer uma breve apresentação que possibilite o conhecimento do panorama que compõe as principais características desse estado brasileiro.

O estado do Amazonas possui uma área de 1.570.746 km² e segundo dados do IBGE (2000), apresenta uma população de 3.311.026 habitantes, está situado na região nordeste do país e é o centro da região norte, na planície amazônica. É o mais extenso estado brasileiro, cortado pela linha do equador, faz limite ao norte com o estado de Roraima e Venezuela, ao leste com o estado do Pará, ao sul com Mato Grosso, Rondônia e Acre e a oeste pelo Peru e pela Colômbia.

É composto por 62 municípios, cuja capital é Manaus, apresenta como cidades mais populosas: Manaus, Parintins, Coari, Manacapuru, Itacoatiara e Tefé.

A população cresce a um ritmo de 3,31% ao ano, localiza-se ao longo dos numerosos cursos fluviais que percorrem a região, ainda que a maior concentração se dê na região central do estado, ao redor da capital.

Destaca-se a presença da população indígena, que representa uma quarta parte do total do Brasil. A densidade média é de 2,1 hab./km², uma das mais baixas do país, e

a taxa de urbanização alcança 77,2%. Relativamente ao desenvolvimento sócio-econômico são significativos os valores dos seguintes indicadores: a mortalidade infantil é de 27,6%, a taxa de analfabetismo alcança 6,7% e o número de leitos hospitalares é de 4.452 (IBGE, 2000).

No que se refere aos aspectos sanitários, informa-se que metade da população não dispõe de água corrente, nem rede de esgoto, esses problemas foram agravados pela criação da Zona Franca de Manaus, que proporcionou um aumento populacional considerável. A capital abriga hoje metade da população do estado, cuja falta de planejamento urbanístico, levou ao déficit de moradia e altos índices de violência e a um precário sistema de saúde.

Tendo como aporte, dados da SUFRAMA, (2008), informa-se que o estado caracteriza-se por ser o único de toda a região norte em que a indústria é o principal setor da economia e representa 61,3% do PIB. O pólo industrial de Manaus conta com mais de 400 indústrias, produz eletroeletrônicos, bens de informática, motos, bicicletas, químicos e concentrados de refrigerantes, dentre outros.

Os produtos eletrônicos representam 19,5% das exportações do estado; os telefones celulares 48,7%; os extratos para bebidas 8,3%; as motocicletas e motopeças 7,7%; copiadoras e acessórios 3,6%. A maior parte dos produtos produzidos no pólo industrial é consumida no mercado interno, só 10% da produção é destinada à exportação (SUFRAMA, 2008).

O crescimento do ecoturismo ganhou protagonismo nos últimos anos e já representa 6% da economia do estado, segundo dados da SUFRAMA (2008). A exploração madeireira é outra atividade crescente, mas também a superexploração da madeira representa atualmente um grave problema ao ecossistema da Amazônia. Medidas têm sido implantadas para evitar a devastação da floresta, através da criação de reservas de desenvolvimento sustentável que contribuem para preservar a fauna e a flora da região junto com a população ribeirinha que sempre fez uso dos recursos naturais de forma sustentável.

O estado possui reservas de petróleo e gás natural. Destaca-se que a economia amazonense apresentou até o final da década de 1990 um resultado de 122% do crescimento acumulado no país, no entanto a crise do capitalismo freou o seu crescimento SUFRAMA, (2008).

No que se refere à área da saúde, o estado do Amazonas ainda apresenta um atendimento precarizado, principalmente aos municípios do interior do estado. Os municípios oferecem atendimento de saúde através das Unidades Básicas de Saúde, Hospitais Gerais e do Programa Saúde da Família.

Tomando-se por base a população apresentada pelos municípios de 1.653.972 habitantes, a estimativa de cobertura por programas de agentes comunitários de saúde recomendado Pelo Ministério da Saúde (2000) é de um teto de 9.230 ACS, porém só estão credenciados 8.303 e efetivamente implantados 6.000, como mostra a tabela 1.

Tabela 1: Municípios credenciados para adesão ao Programa Saúde da Família

Município	Estimativa da População Coberta	Teto	Credenciados	Implantado	Teto	Credenciado	Implantados	Cobertura
Alvarães	10.350	42	45	42	6	3	3	76,98%
Amaturá	0	26	27	27	4	2	0	0,00%
Anamã	3.450	27	22	22	4	2	1	40,67%
Anori	10.350	42	37	37	6	3	3	71,94%
Apuí	13.800	56	72	59	8	4	4	75,95%
Atalaia do Norte	3.450	45	26	22	6	2	1	24,19%
Autazes	31.050	97	98	93	13	10	9	99,82%
Barcelos	3.450	82	54	54	11	1	1	13,63%
Barreirinha	10.350	87	58	58	12	4	3	37,41%
Benjamin Constant	10.350	89	62	54	13	3	3	33,96%
Beruri	3.450	44	42	41	6	3	1	24,00%
Boa Vista do Ramos	3.450	42	38	38	6	3	1	25,22%
Boca do Acre	20.700	92	98	98	13	7	6	67,08%
Borba	31.050	101	117	117	13	9	9	96,55%
Caapiranga	10.958	35	33	33	5	4	4	100,00%
Canutama	10.350	36	31	31	5	3	3	87,89%
Carauari	0	73	77	77	11	0	0	0,00%
Careiro Castanho	13.800	108	88	88	13	5	4	42,87%

Careiro da Várzea	17.250	85	60	60	10	5	5	71,79%
Coari	37.950	197	223	212	28	12	11	56,60%
Codajás	13.800	47	59	57	7	4	4	84,05%
Eirunepé	24.150	88	80	68	13	7	7	79,25%
Envira	10.350	55	64	48	7	3	3	60,36%
Fonte Boa	19.783	63	83	71	8	7	6	100,00%
Guajará	10.350	45	42	42	6	4	3	70,48%
Humaitá	24.150	112	86	86	17	9	7	60,33%
Ipixuna	10.350	56	57	57	7	4	3	57,98%
Irlanduba	33.834	110	139	124	14	18	17	100,00%
Itacoatiara	82.800	253	237	225	37	24	24	94,20%
Itamarati	0	26	26	26	3	2	0	0,00%
Itapiranga	9.515	27	25	25	4	3	3	100,00%
Japurá	3.450	17	34	27	2	3	1	68,66%
Juruá	3.450	28	23	22	4	2	1	38,20%
Jutaí	3.450	56	90	90	7	4	1	19,90%
Lábrea	20.700	110	79	59	16	7	6	53,83%
Manacapuru	69.000	245	250	246	36	20	20	80,91%
Manaquiri	6.900	65	47	47	8	3	2	34,34%
Manaus	607.200	4.284	3.500	1.473	712	200	176	35,53%
Manicoré	17.250	144	120	108	19	6	5	37,50%
Maraã	3.450	59	61	61	8	6	1	19,11%
Maués	37.950	147	144	141	20	11	11	77,75%
Nhamundá	10.350	57	54	52	8	3	3	56,87%
Nova Olinda do Norte	30.357	94	107	107	13	10	10	100,00%
Novo Airão	6.900	43	23	17	6	4	2	44,97%
Novo Aripuanã	13.800	56	57	57	8	7	4	73,42%
Parintins	82.800	305	336	328	44	24	24	78,30%
Pauini	10.350	59	55	55	8	3	3	54,65%
Presidente Figueiredo	25.474	78	83	67	11	8	8	100,00%
Rio Preto da Eva	26.004	83	87	85	11	11	10	100,00%
Santa Izabel do Rio Negro	6.900	56	25	25	7	3	2	38,81%
Santo Antônio do Içá	0	99	118	88	13	2	0	0,00%
São Gabriel da Cachoeira	13.800	128	100	100	17	3	4	33,82%
São Paulo de Olivença	0	101	63	43	13	2	0	0,00%
São Sebastião do Uatumã	9.079	26	26	26	4	4	3	100,00%
Silves	8.479	26	28	28	4	5	4	100,00%
Tabatinga	27.600	124	124	90	20	3	8	58,66%

Tapauá	19.966	55	55	53	8	7	6	100,00%
Tefé	44.850	203	203	195	27	13	13	69,32%
Tonantins	19.858	64	64	60	8	8	6	100,00%
Uarini	10.130	44	44	43	4	4	4	100,00%
Urucará	16.035	70	70	70	7	6	6	100,00%
Urucurituba	13.800	35	35	35	7	4	4	76,79%
TOTAL GERAL:	1.653.972	9.230	8.303	6.000	1.396	568	497	49,50%

Fonte: SUSAM/2009

Segundo dados da SUSAM (2009) as Equipes de Saúde da Família estão presentes em 57 municípios do estado do Amazonas, somente os municípios de Amaturá, Carauari, Itamarati, Santo Antônio do Içá e São Paulo de Olivença ainda não implantaram o Programa Saúde da Família.

O estado possui um teto para 1.396 equipes de saúde da família, já estão credenciadas 568, e implantadas 497 equipes de saúde da família, o que representa 49,50% de cobertura de PSF no estado do Amazonas SUSAM (2009).

A principal via de acesso aos municípios é fluvial, conforme (Tabela 2), este é um fator que também dificulta o acesso da população às políticas públicas como a saúde. Informa-se que a distância apresentada na tabela 2, refere-se à distância da capital, Manaus para os municípios do interior do estado do Amazonas.

Tabela 2: Meios de acesso a transportes nos Municípios do Amazonas

Nº Ord.	Município	População	% Populacional	Distância da capital para os Municípios	ACESSO
1	Alvarães	13.445	0,42%	531KM	FLUVIAL
2	Amaturá	8.694	0,27%	909KM	FLUV/AER
3	Anamã	8.483	0,27%	165KM	FLUVIAL
4	Anori	14.386	0,45%	195KM	FLUVIAL
5	Apuí	18.170	0,57%	453KM	FLUV/AER
6	Atalaia do Norte	14.392	0,45%	1.138KM	FLUV/AER
7	Autazes	31.107	0,98%	113KM	FLUVIAL
8	Barcelos	25.318	0,80%	396KM	FLUV/AER
9	Barreirinha	27.664	0,87%	331KM	FLUVIAL
10	Benjamin Constant	30.476	0,96%	1.121KM	FLUV/AER

11	Beruri	14.374	0,45%	173KM	FLUVIAL
12	Boa Vista do Ramos	13.677	0,43%	271KM	FLUVIAL
13	Boca do Acre	30.858	0,97%	1.028KM	FLUV/AER
14	Borba	32.160	1,02%	151KM	FLUV/AER
15	Caapiranga	10.958	0,35%	134KM	FLUVIAL
16	Canutama	11.844	0,37%	619KM	FLUV/AER
17	Carauari	25.950	0,82%	780KM	FLUV/AER
18	Careiro Castanho	32.190	1,02%	108KM	FLUVIAL
19	Careiro da Várzea	24.030	0,76%	25KM	FLUVIAL
20	Coari	67.055	2,12%	363KM	FLUV/AER
21	Codajás	16.418	0,52%	240KM	FLUVIAL
22	Eirunepé	30.473	0,96%	1.160KM	FLUV/AER
23	Envira	17.148	0,54%	1.208KM	FLUV/AER
24	Fonte Boa	19.783	0,62%	678KM	FLUV/AER
25	Guajará	14.684	0,46%	1.476KM	FLUVIAL
26	Humaitá	40.027	1,26%	590KM	FLUV/ERA/ROD
27	Ipixuna	17.850	0,56%	1.367KM	FLUVIAL
28	Irlanduba	33.834	1,07%	27KM	FLUVIAL
29	Itacoatiara	87.896	2,77%	176 KM	FLUV/ERA/ROD
30	Itamarati	8.300	0,26%	985KM	FLUV/AER
31	Itapiranga	9.515	0,30%	227KM	FLUV/ROD
32	Japurá	5.025	0,16%	744KM	FLUV/AER
33	Juruá	9.032	0,29%	674KM	FLUVIAL
34	Jutaí	17.337	0,55%	751KM	FLUV/AER
35	Lábrea	38.451	1,21%	702KM	FLUV/AER
36	Manacapuru	85.279	2,69%	68KM	FLUV/ROD
37	Manaquiri	20.095	0,63%	60KM	FLUV/ROD
38	Manaus	1.709.010	53,95%	*****	*****
39	Manicoré	45.996	1,45%	332KM	FLUV/ROD
40	Maraã	18.051	0,57%	634KM	FLUVIAL
41	Maués	48.808	1,54%	276KM	FLUV/AER
42	Nhamundá	18.198	0,57%	383KM	FLUVIAL
43	Nova Olinda do Norte	30.357	0,96%	135KM	FLUVIAL
44	Novo Airão	15.343	0,48%	115KM	FLUV/ROD
45	Novo Aripuanã	18.796	0,59%	227KM	FLUVIAL
46	Parintins	105.742	3,34%	369KM	FLUV/AER
47	Pauini	18.938	0,60%	923KM	FLUV/AER
48	Presidente Figueiredo	25.474	0,80%	117KM	ROD
49	Rio Preto da Eva	26.004	0,82%	80KM	ROD
50	Santa Izabel do Rio Negro	17.780	0,56%	630KM	FLUVIAL
51	Santo Antônio do Içá	30.176	0,95%	880KM	FLUVIAL

52	São Gabriel da Cachoeira	40.080	1,27%	852KM	FLUV/AER
53	São Paulo de Olivença	32.067	1,01%	985KM	FLUV/AER
54	São Sebastião do Uatumã	9.079	0,29%	270KM	FLUVIAL
55	Silves	8.479	0,27%	204KM	FLUV/AER
56	Tabatinga	47.051	1,49%	1.108KM	FLUV/AER
57	Tapauá	19.966	0,63%	449KM	FLUVIAL
58	Tefé	64.703	2,04%	523KM	FLUV/AER
59	Tonantins	19.858	0,63%	865KM	FLUVIAL
60	Uarini	10.130	0,32%	560KM	FLUVIAL
61	Urucará	16.035	0,51%	261KM	FLUVIAL
62	Urucurituba	17.971	0,57%	208KM	FLUVAIL
AM TOTAL		3.341.096			

Fonte: SUSAM/2009

Ressalta-se que apesar da existência de um sistema de saúde limitado, a esperança de vida ao nascer, no estado do Amazonas, aumentou ao longo de 2000 a 2003 , como demonstra a Tabela 3.

Tabela 3: Esperança de vida ao nascer no Amazonas no período 2000 – 2003

Sexo	2000	2001	2002	2003
Masculino	65,97	66,26	66,51	66,76
Feminino	71,84	72,17	72,44	72,72
Ambos	68,85	69,16	69,42	69,58

Fonte: IBGE/2000.

A Área Rural apresenta uma população dispersa com aproximadamente 13.629 habitantes, tendo distribuído ao longo dos Rios Negro e Amazonas alguns Postos de Saúde Rural. Conta, ainda, com uma Unidade Fluvial que possui consultório médico e odontológico, e realiza viagens quinzenais proporcionando o atendimento de saúde à população residente em áreas rurais. Ressalta-se que há algumas áreas em Manaus que são consideradas rurais, como é o caso do bairro Puraquequara, pela distância e características que apresenta, com áreas de lagos e ramais.

Tabela 4: Rede Assistencial da Área Rural, por tipo de unidade de saúde.

Tipo de unidade	Nível de hierarquia	Qtde
Unidade Fluvial SEMSA IV	1 – PAB-PABA	01
Posto de Saúde Rural	1 – PAB-PABA	19
TOTAL		20

Postos de Saúde Rural	Acesso	Localização
PSR APUAÚ	Fluvial	Rio Negro
PSR COSTA DO ARARA	Fluvial	Rio Negro
PSR CUIEIRAS	Fluvial	Rio Negro
PSR JATUARANA	Fluvial	Rio Amazonas
PSR CONSELHEIRA ADA VIANA	Terrestre	BR-174 km 41
PSR JOÃO PAULO	Terrestre	Puraquequara
PSR LAGO DO ARUMÃ	Fluvial	Rio Amazonas
PSR MIPINDIAÚ	Fluvial	Rio Negro
PSR N. SRA. DE FÁTIMA	Fluvial	Rio Negro
PSR N. SRA. DO CARMO	Fluvial	Rio Amazonas
PSR N. SRA. DO LIVRAMENTO	Fluvial	Rio Negro
PSR N. SRA. DO PERPÉTUO SOCORRO	Fluvial	Rio Amazonas
PSR PAU ROSA	Terrestre	BR-174 km 21
PSR SANTA MARIA	Fluvial	Rio Negro
PSR SAO SEBASTIÃO	Fluvial	Rio Negro
PSR SÃO PEDRO	Terrestre	AM-010 km 32
PSR TABOCAL BONSUCESSO	Fluvial	Rio Amazonas
PSR TABOCAL GUAJARÁ	Fluvial	Rio Amazonas
PSR TARUMA-AÇÚ	Fluvial	Rio Negro

Fonte: SEMSA/2009.

Ao analisar os serviços de saúde no estado do Amazonas, observa-se que o alcance das políticas públicas ainda está aquém do que a população precisa, há necessidade de ampliação das Unidades de Saúde, estruturação das unidades já existentes que funcionam de forma precarizada, tem que haver o provimento de recursos humanos e compromisso por parte do poder público para oferecer os serviços de saúde de qualidade à população amazonense.

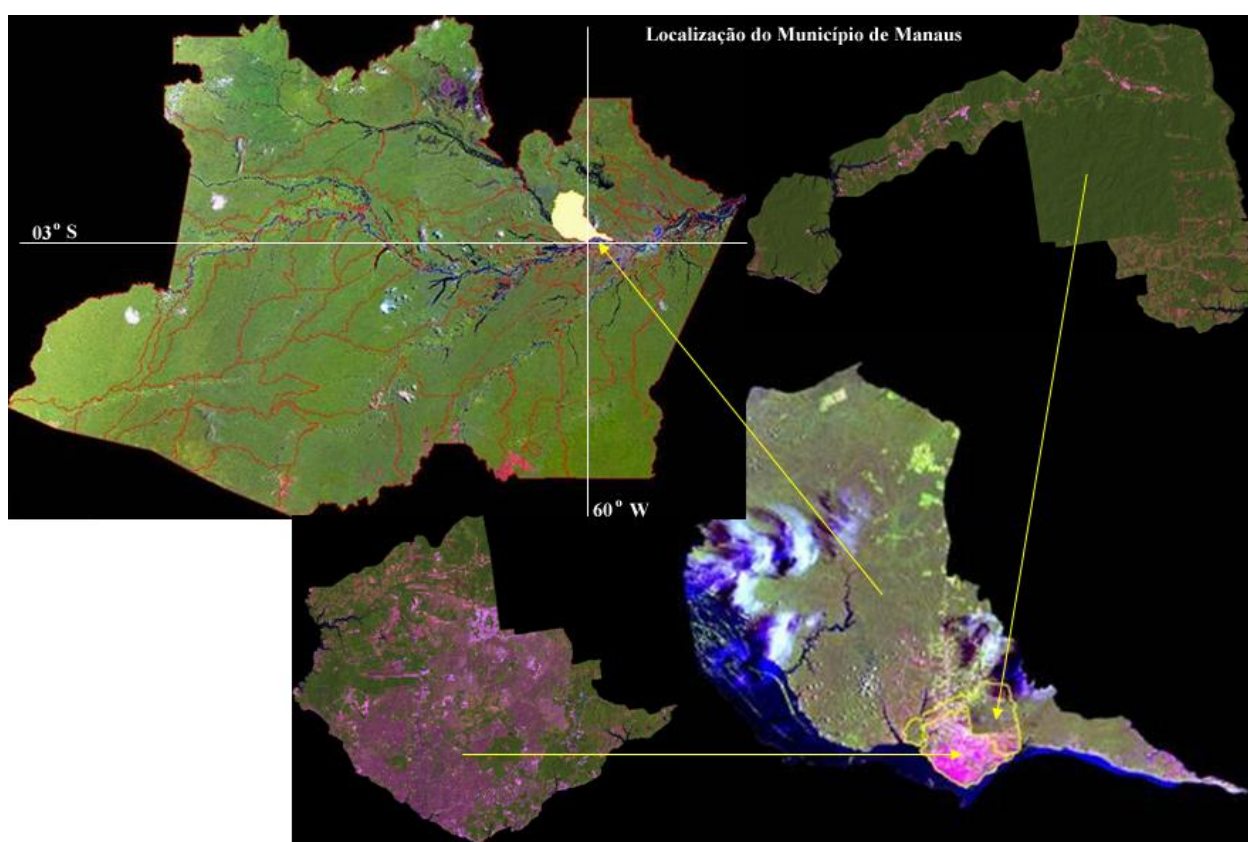
2.3 A caracterização de Manaus na década de 90

Tratar da inserção do Programa Saúde da Família na cidade de Manaus remete antes para uma abordagem que contemple a contextualização e caracterização da capital amazonense e as principais mudanças ocorridas na década de 90 que repercutiram na vida da população local.

Inicialmente apresenta-se Manaus, a capital do estado do Amazonas, localizada na mesorregião 03 - Centro Amazonense, microrregião 07 – a qual possui 09 subdistritos denominados regiões administrativas e uma área rural.

Geograficamente, Manaus está situada a Leste do estado e a Norte do Brasil. Possui área de 11.401,068 km², e limita-se a Norte com o município de Presidente Figueiredo, a Sul com os municípios de Careiro da Várzea e Iranduba, a Oeste com Novo Airão e a Leste com os municípios de Itacoatiara e Rio Preto da Eva.

FIGURA 1: LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO MUNICÍPIO DE MANAUS



Fonte: IBGE, 2005

A população de Manaus, estimada para o ano de 2006, representa 50,88% da população estadual. A Tabela 05 e a Pirâmide Etária do Gráfico1 apresentam a população por faixa etária e sexo. Verifica-se uma concentração maior de pessoas (35%), tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino, na faixa etária de 20 a 39 anos. É importante observar que a partir de 10 anos de idade a proporção de pessoas do sexo masculino é menor que a do sexo feminino. Tal fato pode ser atribuído a maior

mortalidade entre os homens nas faixas etárias mais jovens, principalmente por causas externas, como a violência urbana.

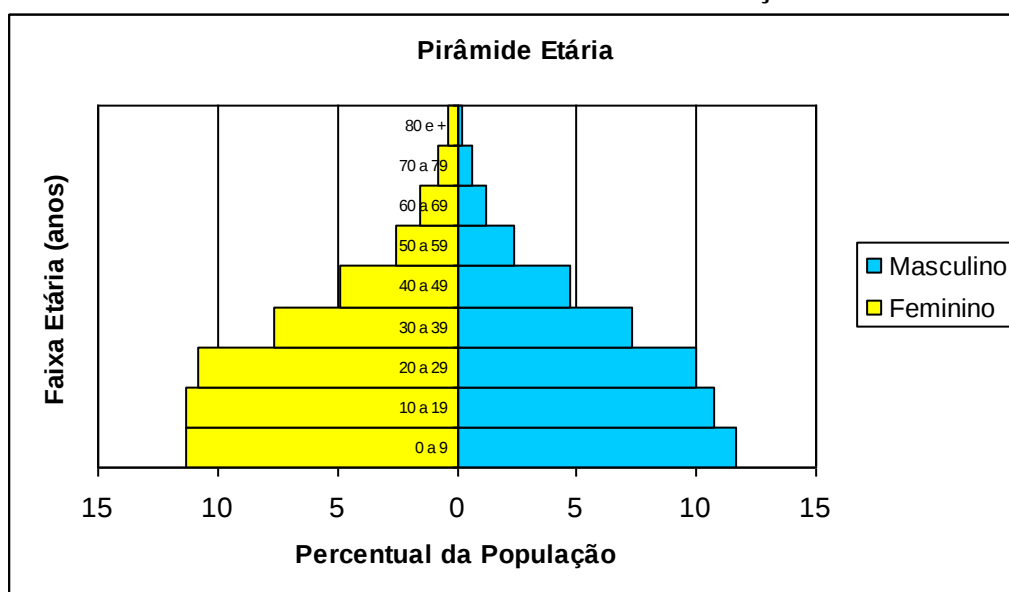
Tabela 5: População Residente por Faixa Etária e Sexo em Manaus, 2006.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	21.044	20.136	41.180
1 a 4 anos	81.166	79.080	160.246
5 a 9 anos	94.209	92.236	186.445
10 a 14 anos	86.950	88.436	175.386
15 a 19 anos	94.765	102.314	197.079
20 a 29 anos	168.622	183.206	351.828
30 a 39 anos	123.432	128.492	251.924
40 a 49 anos	79.223	83.207	162.430
50 a 59 anos	39.847	43.210	83.057
60 a 69 anos	20.459	25.453	45.912
70 a 79 anos	10.107	13.641	23.748
80 anos e mais	3.449	5.840	9.289
Total	823.273	865.251	1.688.524

Fonte: IBGE 2007 - Censos Demográficos e Contagem Populacional para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus

Estudos do Ministério da Saúde (2006) revelam que nascem mais homens do que mulheres, no entanto a partir dos 10 anos de idade essa situação se modifica, a população masculina vai se tornando sempre menor que a população feminina como mostra a pirâmide etária do gráfico 1.

GRÁFICO 1: PIRÂMIDE ETÁRIA - POPULAÇÃO 2006



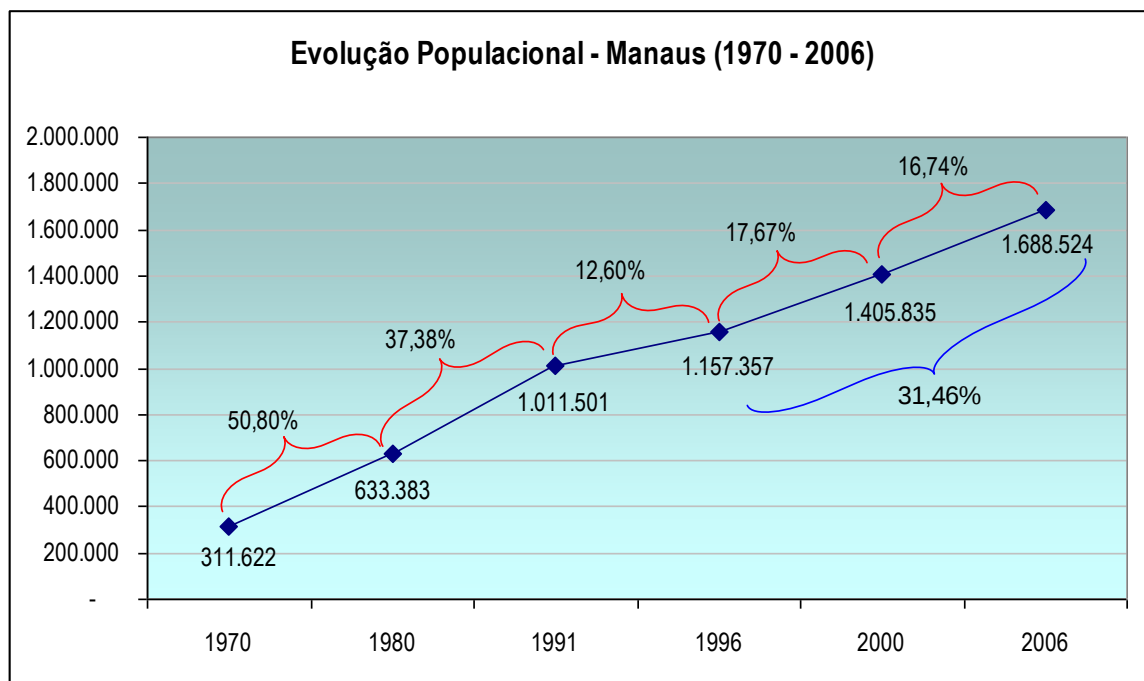
Fonte: IBGE 2007 - Censos Demográficos e Contagem Populacional para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus

Conforme dados do IBGE (2005) a taxa de crescimento estimada, de 1996 a 2005 para o município de Manaus, é de 5% ao ano. A população rural representa 0,80% do total, ou seja, são 13.629 habitantes distribuídos em uma área de aproximadamente, 10.967,69 km². A população da área urbana (99,20%) distribui-se em 433,37 km².

A distribuição desproporcional da população nas áreas urbana e rural do município de Manaus indica a necessidade de um desenho territorial adequado do sistema de saúde, de forma que possa ofertar serviços não somente na área urbana, mas também na vasta área rural.

O aumento do contingente populacional também é decorrente do forte processo migratório da população advinda dos municípios do interior do estado do Amazonas e de outros estados das regiões norte e nordeste, principalmente Pará e Maranhão que vem para Manaus em busca de emprego, educação, saúde e melhores condições de vida e acabam formando as ocupações desordenadas (invasões) e estabelecem-se em áreas periféricas sem qualquer infra-estrutura de serviços.

GRÁFICO 2: EVOLUÇÃO POPULACIONAL



Outro eixo de análise importante é o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (Tabela 06) que é formulado com base na média de indicadores básicos (educação, longevidade e renda) transformados em unidades de medidas comparáveis. Ressalta-se que o IDH constitui-se em um dos indicadores utilizados como referência para identificar situações extremas associadas às desigualdades sociais e à qualidade de vida da sociedade.

Das treze cidades brasileiras com mais de um milhão de habitantes, a cidade que menos evoluiu foi Manaus, cujo aumento do IDH foi de apenas 3,9% (Tabela 6). Isso fez com que a capital do Amazonas caísse da 11^a para a última colocação entre 1991 e 2000. O que mais atrapalhou o desenvolvimento humano da capital amazonense, no período, foi a queda da renda per capita de R\$ 276,90 para R\$ 262,40 – fato único entre estas cidades. Isso pode estar relacionado ao acentuado crescimento populacional experimentado por Manaus nesses nove anos que foi de 39%, o maior do grupo.

Tabela 6: Comparação do Índice de Desenvolvimento Humano – Brasil, Amazonas e Manaus no período de 1991 a 2000.

ANO	Brasil		Amazonas		Manaus	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000
IDHM	0,696	0,766	0,664	0,713	0,745	0,774
IDHM – Renda	0,681	0,723	0,640	0,634	0,712	0,703
IDHM - Longevidade	0,662	0,727	0,644	0,692	0,681	0,711
IDHM – Educação	0,745	0,849	0,707	0,813	0,843	0,909

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano – PNUD - 2003.

O indicador da educação revela que a proporção da população alfabetizada (Tabela 7) aumentou, sensivelmente, na última década, representando um acréscimo até 2000 de 5,5% em relação ao índice de 1991.

Tabela 7: Proporção da população alfabetizada por faixa etária em Manaus-AM no período de 1991 a 2000.

Faixa Etária	1991	2000
Cinco a nove	40,2	52,1
10 a 14	89,0	95,7
15 a 19	95,8	97,9
20 a 49	93,2	95,7
50 e +	74,6	80,4
Total	83,4	88,9

Fonte: IBGE/Censos /2005.

Destaca-se que apesar do aumento da população alfabetizada ainda há necessidade de maiores investimentos na educação, pois Manaus possui grandes deficiências nesse setor, principalmente no que se refere à educação infantil e ao ensino superior.

Realizada a abordagem de caracterização da cidade de Manaus nos seus principais aspectos que sofreram mudanças na década de 90, inicia-se a contextualização histórica da implantação e implementação do Programa Saúde da Família em Manaus.

2.3.1 A implantação e implementação do Programa Saúde da Família em Manaus

A saúde pública em Manaus, no final da década de 90 passou por constantes mudanças, uma delas foi a implantação do Programa Médico da Família que inaugurou a primeira Casa de Saúde no dia 01 de março de 1999, no bairro Valparaíso, localizada na zona leste da cidade, fazendo parte do Programa Saúde da Família e baseou-se em outros modelos de atenção preventiva à saúde como os modelos de Cuba e da cidade de Niterói-RJ, Relatórios (SEMSA, 2000).

Ressalta-se que a equipe de profissionais que iniciou o PMF em Manaus, passou por um treinamento introdutório de seis meses, ministrado por cubanos e pela equipe que implantou o PSF em Niterói-RJ, uma das primeiras cidades brasileiras que implantou o Programa Saúde da Família.

O programa foi expandindo-se para as demais zonas geográficas da cidade, norte, sul e oeste, sendo que atualmente conta com 165 Casas de Saúde e 173 equipes, Relatórios da SEMSA (2006).

Inicialmente, as equipes de saúde eram compostas por profissionais médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e 07 (sete) agentes comunitários de saúde. Na atualidade, o cirurgião dentista foi incorporado a algumas equipes de saúde da família, com possibilidades de expansão para todas as equipes.

Quanto aos aspectos legais que antecederam o processo de implantação do Programa Saúde da Família em Manaus, destaca-se: a aprovação do projeto por força da Resolução nº 006/98, de 29 de abril de 1998, pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão de Intergestores Bipartite (CIB-AM) sob a resolução nº 016/98 de 04 de maio de 1998 e publicado no Diário Oficial da União nº 182, de 23 de setembro de 1998.

Em Manaus, o PSF recebeu a denominação de Programa Médico da Família através da Lei nº 531 de 03 de maio de 2000, publicado no Diário Oficial do Município, com o seguinte texto de *Caput*: “Renomea para Programa Médico da Família o Programa Saúde da Família, referido na Lei nº 470, de 21 de janeiro de 1999 e dá outras providências”.

Ao analisar essa questão da renomeação do Programa Saúde da Família, para Médico da Família, percebe-se de forma clara, o privilegiamento da categoria médica, sobre as demais categorias profissionais, em todos os sentidos: salariais (o médico nesse programa recebia à época o maior salário e continua assim até a atualidade), mais valorização, o médico era considerado o elemento mais importante dentro de um trabalho de equipe, fato este que estimula as desigualdades sociais e fortalece a supremacia da categoria médica sobre as demais.

A partir da legalização do PMF este foi qualificado a receber os incentivos financeiros como projeto similar ao PSF através da Portaria GM-MS nº 484 de 06 de abril de 2001, publicada no Diário Oficial da União de 10 de abril de 2001. Porém, a partir de 01 de agosto o Programa Médico da Família deixou de receber tais incentivos do Ministério da Saúde, através da Portaria GM-MS nº 1535 de 04 de setembro de 2001, que revogou a anterior, passando a se sustentar financeiramente pelo município como está disposto no Art. 5º da Lei Municipal nº 531, de 03 de maio de 2000.

Art. 5º - As despesas com a execução do Programa Médico da Família ocorrerão por conta das dotações orçamentárias próprias da SEMSA, podendo ser remanejadas ou suplementadas se necessário.

O Programa Médico da Família iniciou-se pelas zonas leste e norte por representarem áreas de população com elevado grau de vulnerabilidade social, em decorrência do intenso processo migratório por que passou a cidade de Manaus a partir

da implantação da zona Franca de Manaus, visto que o aumento da densidade populacional criou demandas de infra-estrutura como energia, água encanada e saneamento básico.

Constatadas essas necessidades, o PMF foi implantado a partir de iniciativas como: identificação da realidade sócio-cultural e sanitária da população, a dinamização das ações epidemiológicas, como imunização e busca de situação de risco à saúde da criança, das gestantes e de portadores de doenças crônico-degenerativas, Alencar (2003).

Alencar (2003) pontua que o processo de setorização do PMF se deu a partir de dois tópicos:

1. Eleição da área, onde levou-se em consideração, a localização das Unidades Básicas de Saúde; sistema de referência e contra-referência;
2. Delimitação da área, considerando-se os dados demográficos, número de habitantes e características de sua distribuição, condições de saneamento e habitacionais; densidade populacional (processo migratório); fatores epidemiológicos; atender até 1.050 famílias (população adscrita) e seleção dos agentes comunitários de saúde.

Ao refletir sobre o processo de implantação do PMF em Manaus, traz-se para o debate questões que se apresentam contraditórias como ausência do controle social, através da participação popular, caracterizando-se como uma proposta verticalizada, ferindo o princípio de participação da comunidade, preconizado pelo SUS.

O modelo PMF perdurou até o ano de 2004, quando Manaus passou por mudança de gestão municipal. No quadriênio 2005 a 2008, houve uma reorientação na saúde, o PMF, passou oficialmente a ser Programa de Saúde da Família, conforme o que o Ministério da Saúde preconizava.

A principal mudança nesse período foi a implantação dos Distritos de Saúde nas zonas leste, oeste, norte e sul. Ressalta-se que embora a discussão sobre Distrito Sanitário de Saúde já venha sendo debatido e acontecendo no Brasil desde 1986, com a

VIII Conferência Nacional de Saúde, em Manaus essa construção só iniciou a partir de 2005-2006, de forma tardia.

A criação dos Distritos de Saúde considera alguns aspectos importantes para sua implantação como: o marco jurídico-legal, a dimensão territorial do Distrito de Saúde, o Modelo Assistencial, a Estratégia Saúde da Família e a consolidação do novo modelo.

No âmbito da cidade de Manaus, o processo de distritalização da saúde foi embasada na Lei Municipal nº 590, de 13 de março de 2001, que reestrutura a administração do Poder Executivo e cria os Distritos de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde e no Decreto nº 6008 de 26 de dezembro de 2001, que dispõe sobre a reestruturação organizacional da SEMSA.

A dimensão de território no Distrito de Saúde, transcende a concepção de mero espaço físico, dado e completo, definindo um espaço solo. Coerentemente à concepção do Distrito de Saúde como um processo, o território é um espaço em permanente construção, nunca acabado o qual está sempre se reconstruindo. O Distrito é pensado de modo a configurar uma determinada realidade de saúde, sempre em constante transformação, determinada pela dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas, entre os indivíduos e grupos populacionais. Nessa perspectiva de construção, o território assenta-se em quatro pilares a saber:

Território-Distrito: o qual compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais, suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-las, sendo que no âmbito municipal agrupa vários bairros. Leva em conta as relações e fluxos existentes entre os bairros, as referências naturais ou área da saúde (ALMEIDA, 1998).

Território – área de abrangência: compreende a população adscrita a cada serviço de saúde. É definida no processo de territorialização e estabelece processo de identidade recíproca, Almeida (1998).

Território – micro área de risco: é de perfil epidemiológico específico composto por conglomerados de setores censitários.

Território – moradia: é o menor detalhamento da base territorial e é o que possibilita a adscrição da clientela (UNGLERT, 1999).

Destaca-se que a apreensão de todos esses conceitos foi importante para a implantação dos Distritos de Saúde, que em Manaus se iniciou pela zona norte, estendeu-se para a zona leste e depois para todas as áreas sendo atualmente denominados de Disa Leste, Disa Norte, Disa Oeste e Disa Sul.

Quanto ao modelo assistencial recomenda-se que no Sistema Municipal de Saúde o distrito precisava ser estruturado a partir de unidades políticas, administrativas e populacionais, compatibilizando os problemas de saúde prevalentes e as tecnologias disponíveis nos serviços, e com sua alocação ou distribuição em níveis de atenção hierarquizados segundo sua complexidade, devendo compor e operar de modo articulado e integrado de forma a possibilitar a mais ampla cobertura e acesso da população, com maior eficiência econômica e social possível.

Nesta proposição, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tem papel extremamente relevante por serem as principais “portas de entrada” dos usuários do sistema e devem se destinar a um determinado grupo populacional que mora ou trabalha na área geográfica de sua abrangência. A vinculação da população adscrita a cada UBS mais do que um estabelecimento de relação usuário x serviços de saúde, deve ser construída nos marcos do princípio da co-responsabilização, do que advém a necessidade de rever, de forma intensa e participativa, como tem se dado o acolhimento aos usuários em cada Unidade de Saúde e, muito para além disso, deve-se rediscutir o papel do acolhimento no âmbito de cada Unidade Básica de Saúde.

Ao se trabalhar essa questão do acolhimento, faz-se necessário também criar mecanismos mínimos que garantam a articulação entre os serviços de saúde dos mais diferentes níveis entre os bairros, no processo dinâmico e flexível denominado de Sistema de Referência e Contra-Referência, entendido como instrumento fundamental para o alcance da equidade, controle de qualidade, oportunidade e pertinência dos procedimentos, principalmente aqueles de alta complexidade tecnologia e custo.

Destaca-se que acesso garantido, acolhimento adequado e referência e contra-referência estabelecidos e efetivados, ainda não dão conta da reversão pretendida se as equipes e população não tiverem a clareza de que o Sistema de Saúde não tem por missão intervir apenas nos efeitos danos-doença, incapacidade e morte, com sua vertente essencialmente curativa.

A ênfase do modelo assistencial no âmbito dos distritos, é focado em produção social de saúde que busca manter os sadios saudáveis (promoção), os em risco de adoecer que não venham a adoecer (prevenção), os que adoecem que sejam curados (recuperação) e os que se curam que voltem a ocupar seu espaço no meio social (reabilitação), o que define a integralidade da rede de serviços previstos na Constituição Federal.

A implantação dos Distritos de Saúde preconiza que o sistema seja de saúde não de doença, e os gestores devam investir em saúde, suas intervenções devem apontar para a construção de um ambiente saudável, o que implica em ações e serviços externos ao seu campo de atuação no bojo das políticas públicas articuladas nos diversos setores de gestão e atuação da administração pública e da sociedade civil.

No que se refere à Estratégia Saúde da Família, é notório que está inserida no escopo das políticas públicas de saúde e seus princípios são assumidos por praticamente todos os gestores do país. Incorpora e reafirma os princípios do SUS, propondo-se em sua essência, substituir o modelo bio-médico hegemônico, por um trabalho em equipe transdisciplinar e interdisciplinar, com território definido, adscrição de clientela e que realiza a vigilância em saúde. Prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e das famílias, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Na perspectiva de Distrito, espera-se das equipes de saúde da família, o conhecimento da realidade, a identificação de problemas de sua área de abrangência e a elaboração do planejamento local. Sob a égide da lógica da vigilância à saúde e da valorização da relação com o usuário e com a família, deve dar conta de 85% dos problemas de saúde. Espera-se a promoção de atividades educativas em coletividade,

ações intersetoriais e parcerias para o enfrentamento de problemas, além de incentivar a participação da população nos Conselhos Locais de Saúde e outros.

A seguir apresentam-se os Distritos de Saúde Norte, Sul e Oeste, da forma como estão organizados e a rede de serviços ofertados. Ressalta-se que o Distrito de Saúde Leste será apresentado no capítulo 3 porque é o *lôcus* onde foi realizado a pesquisa.

O Distrito Norte atende uma população estimada de 338.806 habitantes e possui uma rede de serviços aquém da necessidade de cobertura, considerando-se a quantidade e as modalidades dos serviços de saúde.

Tabela 8: Rede Assistencial do Distrito de Saúde Norte, por tipo de unidade de saúde.

Tipo de unidade	Nível hierarquia	Qtde
Hospital Geral	8 - ALTA HOSP AMB	01
Maternidade	8 - ALTA HOSP AMB	01
Maternidade	5 - BAIXA M1 e M2	01
Centro de Atenção Integral à Melhor Idade - CAIMI	3 - M2 e M3	01
Centro de Atenção Integral à criança – CAIC	2 - M1	04
Policlínica	3 - M2 e M3	03
Serviço de Pronto Atendimento	3 - M2 e M3	01
Pronto Atendimento*	3 - M2 e M3	01
Pronto Atendimento*	2 - M1	03
Unidade Básica de Saúde	2 - M1	03
Casa de Saúde da Família	1 - PAB - PABA	40
TOTAL		59

Fonte: Plano Municipal de Saúde– 2006/2009

Com relação à modalidade, existem poucos serviços especializados de média complexidade neste Distrito de Saúde, o que obriga a população a deslocar-se a outras áreas da cidade em busca desses serviços.

Quanto aos serviços de apoio diagnóstico, verificam-se situações diversas quando se consideram as redes de serviços estadual e municipal.

Neste Distrito, existem seis unidades básicas com laboratório e duas sem laboratório. Das seis, apenas duas possuem serviços de radiologia e ultra-sonografia.

Tabela 9: Estabelecimentos de Saúde por bairro e nível de hierarquia do Distrito Norte

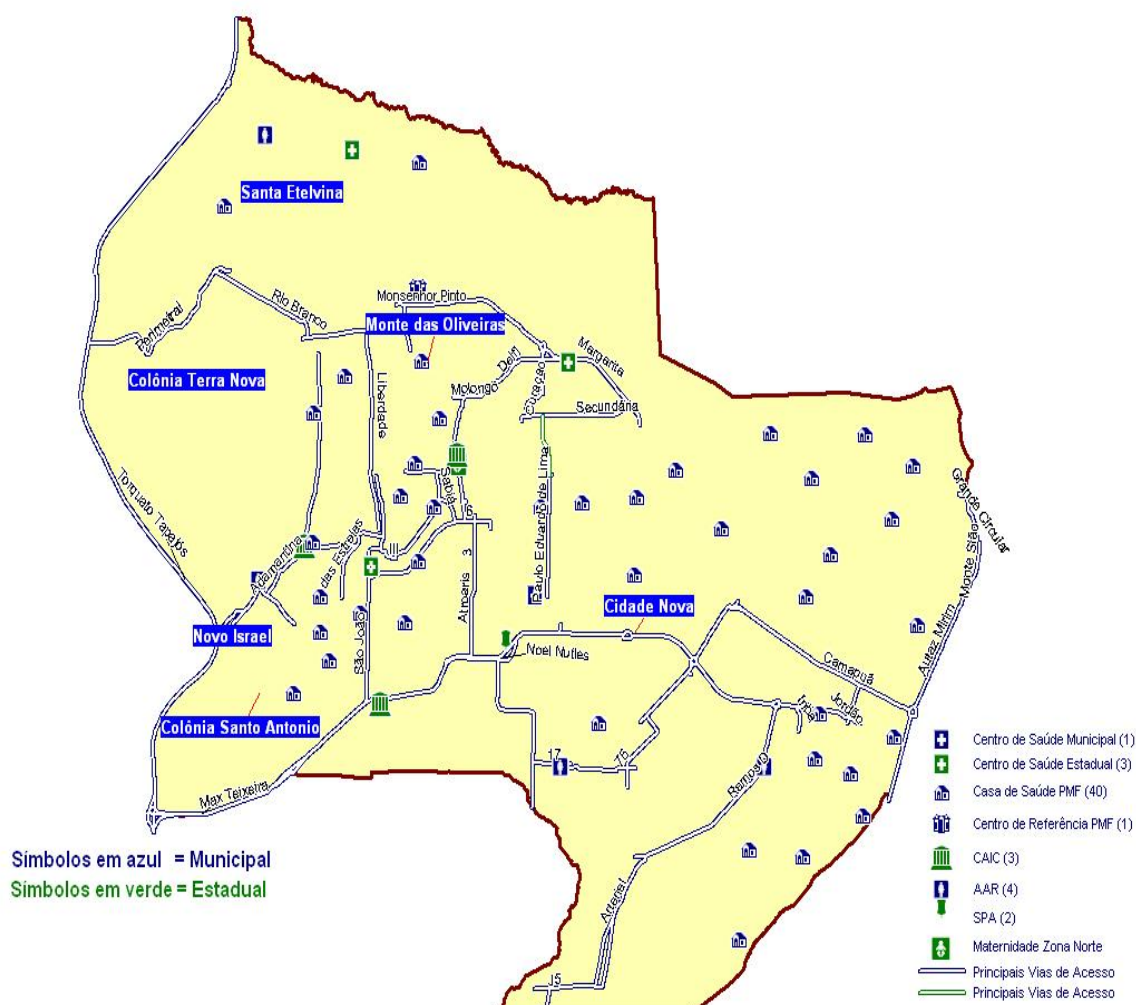
Bairro	Pop 2006	Prestador	Tipo	Nível de hierarquia	Qtde	Estabelecimentos de Saúde
CIDADE NOVA	232.396	SEMSA	POLI	3 - M2 e M3	1	Policlínica Anna Barreto Pereira

Bairro	Pop 2006	Prestador	Tipo	Nível de hierarquia	Qtde	Estabelecimentos de Saúde
			UBS/PA	3 - M2 e M3	1	UBS/PA Arthur Virgílio Filho
			UBS/PA	2 - M1	1	UBS/PA Balbina Mestrinho
			UBS/PS F	1 - PAB-PABA	25	UBS/Casa de Saúde da Família
			UBS	2 - M1	1	UBS Armando Mendes
			UBS	2 - M1	1	UBS Áugias Gadelha
		SUSAM	CAIMI	3 - M2 e M3	1	CAIMI Dr. André Araújo
			MAT	8 - ALTA HOSP AMB	1	Maternidade Nazira Daou
			POLI	3 - M2 e M3	1	Policlínica João Braga
			SPA	4 - ALTA AMB	1	SPA Danilo Correia
			CAIC	2 - M1	1	CAIC Dr. Gilson Moreira
		UFAM	HOSP	8 - ALTA HOSP AMB	1	Hospital Universitário Dona Francisca Mendes
COLÔNIA SANTO ANTÔNIO	14.950	SEMSA	UBS/PS F	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
COLÔNIA TERRA NOVA	32.609	SEMSA	UBS/PS F	1 - PAB-PABA	4	UBS/Casas de Saúde da Família
MONTE DAS OLIVEIRAS	21.749	SUSAM	MAT	5 - BAIXA M1 e M2	1	Maternidade Azilda Marreiro
			SPA	3 - M2 e M3	1	SPA Zona Norte - Eliameme R. Mady
			CAIC	2 - M1	1	CAIC Dr. Paulo Xerez
		SEMSA	POLI	3 - M2 e M3	1	POLI Monte das Oliveiras
			UBS/PS F	1 - PAB-PABA	3	UBS/Casas de Saúde da Família
NOVO ISRAEL	17.314	SUSAM	CAIC	2 - M1	1	CAIC Dr. Moura Tapajós
		SEMSA	UBS/PA	2 - M1	1	UBS/PA Frei Valério di Carlo
			UBS/PS F	1 - PAB-PABA	4	UBS/Casas de Saúde da Família
SANTA ETELVINA	19.788	SEMSA	UBS/PA	2 - M1	1	UBS/PA Mj PM Sálvio Belota
			UBS/PS F	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
		SUSAM	UBS	2 - M1	1	UBS Santa Etelvina

Fonte: Plano Municipal de Saúde– 2006/2009

A zona Norte da cidade por apresentar uma população ainda em expansão necessita de ampliação da rede de serviços de Saúde, principalmente serviços especializados de media complexidade, pois apesar da implantação do distrito de Saúde ainda não há uma cobertura de 100 dos serviços para a população.

FIGURA 2: MAPA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO DISA NORTE



Fonte: IBGE 2005.

Na figura 2 apresenta-se o mapa do Disa Norte e os serviços de saúde oferecidos pela SUSAM e pela SEMSA

Na sequência apresenta-se o Distrito de Saúde Sul que concentra 500.699 habitantes e os serviços mais especializados, tanto ambulatoriais quanto hospitalares.

A oferta de serviços básicos é razoável. A localização inadequada de algumas unidades deixa alguns bairros desprovidos desse tipo de serviços, a exemplo do Aleixo, São Geraldo, Nossa Senhora das Graças e Raiz, cujas populações utilizam-se de serviços existentes em bairros próximos.

Devido a oferta de serviços especializados, é grande a demanda advinda de outros Distritos de Saúde para as clínicas de cardiologia, urologia, gastroenterologia, pneumologia, dermatologia, endocrinologia e neurologia, principalmente, nas Policlínicas.

No Distrito de Saúde Sul existem onze unidades básicas com serviços de apoio diagnóstico e destas, apenas uma unidade possui serviços de radiologia e ultrassonografia.

Tabela 10: Rede Assistencial do Distrito de Saúde Sul, por tipo de unidade de saúde.

Tipo de unidade	Nível hierarquia	Qtde
Hospital Geral	8 - ALTA HOSP AMB	01
Hospital Geral	7 - MÉDIA M3	03
Hospital Geral	6 - MÉDIA M2 e M3	01
Hospital Geral	5 - BAIXA M1 e M2	01
Hospital e Pronto Socorro	6 - MÉDIA M2 e M3	01
Maternidade	7 - MÉDIA M3	01
Pronto Socorro	7 - MÉDIA M3	01
Centro de Atenção Integral à Melhor Idade	3 - M2 e M3	01
Centro de Atenção Integral à Criança	2 - M1	03
CEFRA	1 - PAB-PABA	01
Policlínica	2 - M1	01
Policlínica	4 - ALTA AMB	01
Serviço de Pronto Atendimento	3 - M2 e M3	01
UBS/PA	3 - M2 e M3	01
Ambulatório Especializado	3 - M2 e M3	01
Ambulatório Especializado	4 - ALTA AMB	01
Unidade Básica de Saúde	2 - M1	18
Casa de Saúde da Família	1 - PAB-PABA	53
Unidade Móvel Terrestre	1 - PAB-PABA	02
TOTAL		93

Fonte: Plano Municipal de Saúde– 2006/2009

Tabela 11: Estabelecimentos de Saúde por bairro e nível de hierarquia do Distrito Sul.

Bairro	Pop 2006	Prestador	Tipologia	Nível de hierarquia	Qtde	Estabelecimentos de Saúde
ADRIANÓPOLIS	10.989	SUSAM	HOSP - PS	6 - MÉDIA M2 e M3	1	Hospital Pronto Socorro 28 de Agosto
ALEIXO	23.182	SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casa de Saúde da Família
BETÂNIA	13.046	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Lúcio Flávio Vasconcelos Dias
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
CACHOEIRINHA	29.252	SUSAM	OS	7 - MÉDIA M3	1	PS da Criança da Zona Sul
			HOSP	6 - MÉDIA M2 e M3	1	ICAM - Instituto da Criança do Amazonas
			POLI	2 - M1	1	Policlínica Codajás
		FUNDAÇÃO	HOSP	7 - MÉDIA M3	1	Fundação Hospital Adriano Jorge

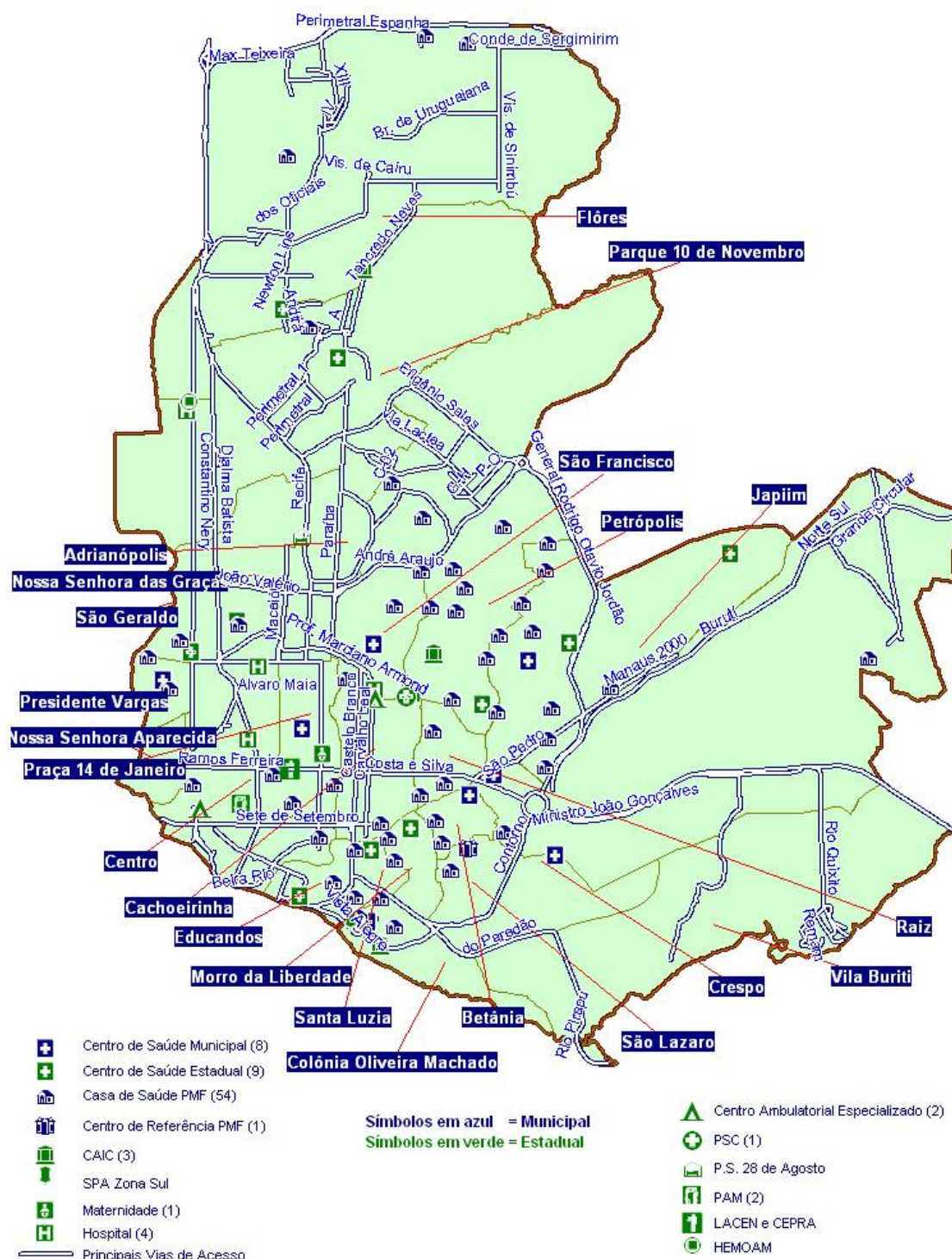
Bairro	Pop 2006	Prestador	Tipologia	Nível de hierarquia	Qtde	Estabelecimentos de Saúde
			AMB ESP	3 - M2 e M3	1	Fundação Alfredo da Matta
		SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	3	UBS/Casas de Saúde da Família
CENTRO	40.319	SUSAM	HOSP	5 - BAIXA M1 e M2	1	Hospital Infantil Dr. Fajardo
			POLI	4 - ALTA AMB	1	Policlínica Cardoso Fontes
			CEPRA	1 - PAB-PABA	1	CEP Raiva Animal
			LACEN	4 - ALTA AMB	1	LACEN - Laboratório Central
		UFAM	HOSP	8 - ALTA HOSP AMB	1	Hospital Universitário Getúlio Vargas
		SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	4	UBS/Casas de Saúde da Família
		FILANTRÓPICA	HOSP – MAT	7 - MÉDIA M3	1	Soc. Port. Beneficente do Amazonas
		PRIVADO	MAT		1	Maternidade Fleming
CHAPADA	9.467	PRIVADO	CLÍNICA	6 - MÉDIA M2 e M3	1	CEFRAN
COLÔNIA OLIVEIRA MACHADO	13.602	SUSAM	CAIMI	3 - M2 e M3	1	CAIMI Dr. Paulo Lima
			SPA	3 - M2 e M3	1	SPA Zona Sul
			CAIC	2 - M1	1	CAIC Enf. Crisólita Torres
		SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Theodomiro Garrido
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
CRESPO	9.480	SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
EDUCANDOS	19.215	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Megumo Kado
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	4	UBS/Casas de Saúde da Família
FLORES	41.249	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Santos Dumont
			UBS	2 - M1	1	UBS Dr Rayol dos Santos
			UBS	2 - M1	1	UBS Theomário Pinto da Costa
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	4	UBS/Casas de Saúde da Família
		SUSAM	HOSP	7 - MÉDIA M3	1	Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro
			CAIC	2 - M1	1	CAIC Dr. Afrânio Soares
		FUNDAÇÃO	HOSP	7 - MÉDIA M3	1	Fundação HEMOAM
JAPIIM	62.907	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Japim
			UBS	2 - M1	1	UBS Lourenço Borghi
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	4	UBS/Casas de Saúde da Família
MORRO DA LIBERDADE	16.334	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Morro da Liberdade
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	1	UBS/Casa de Saúde da Família
NOSSA SENHORA APARECIDA	6.639	SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	1	UBS/Casa de Saúde da Família
NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	16.206	SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	1	UBS/Casa de Saúde da Família
PARQUE 10 DE NOVEMBRO	39.417	SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	1	UBS/Casa de Saúde da Família
			UBS	2 - M1	1	UBS Castelo Branco
			UBS	2 - M1	1	UBS Luiz Montenegro
			UMT	1 - PAB-PABA	1	Unidade Móvel Terrestre Expansão do Viva Mulher
			UMT	1 - PAB-PABA	1	Unidade Móvel Terrestre Odontológica
PETRÓPOLIS	50.395	SUSAM	CAIC	2 - M1	1	CAIC Alexandre Montoril
		SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS de Petrópolis

Bairro	Pop 2006	Prestador	Tipologia	Nível de hierarquia	Qtde	Estabelecimentos de Saúde
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	11	UBS/Casas de Saúde da Família
PRAÇA 14 DE JANEIRO	14.380	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Vicente Palloti
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	1	UBS/Casa de Saúde da Família
		SUSAM	MAT	7 – MÉDIA M3	1	Maternidade Balbina Mestrinho
		UFAM	AMB ESP	4 - ALTA AMB	1	Ambulatório Araújo Lima
PRESIDENTE VARGAS	10.925	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Olavo das Neves
		SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
RAIZ	21.046	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Frank Calderon
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
SANTA LUZIA	10.077	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Santa Luzia
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	1	UBS/Casa de Saúde da Família
SÃO FRANCISCO	19.013	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS São Francisco
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
SÃO GERALDO	8.432	SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	1	UBS/Casa de Saúde da Família
SÃO LÁZARO	12.856	SEMSA	POLI	3 - M2 e M3	1	Policlínica Dr. Antônio Reis
			UBS	2 - M1	1	UBS Almir Pedreira
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família

Fonte: Plano Municipal de Saúde– 2006/2009

O Distrito de Saúde Sul é o que oferece a maior rede de serviços à população manauara e o único distrito que possui todos os serviços que contemplam as necessidades dos usuários, entretanto recebe demandas oriundas dos demais distritos pela ausência dos serviços daquelas áreas.

FIGURA 3: MAPA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO DISA SUL



Fonte: IBGE 2005.

Apresenta-se o mapa de serviços do distrito Sul (figura 3) no qual evidencia-se uma rede ampliada de serviços, porém faz-se necessário um estudo de territorialização

visando a reorganização dos serviços, evitando-se dessa forma paralelismo de ações e melhor qualidade nos serviços oferecidos à população.

O terceiro Distrito de Saúde que se apresenta é o Disa Oeste , com uma população de 426.477 habitantes, também possui boa oferta de serviços básicos de saúde, de serviços de urgência, além de serviços especializados de referência em oncologia e medicina tropical. Neste Distrito, existem nove unidades básicas com laboratório e destas, duas com serviços de radiologia e uma de ultra-sonografia.

Tabela 12: Rede Assistencial do Distrito de Saúde Oeste, por tipo de unidade de saúde.

Tipo de unidade	Nível de hierarquia	Qtde
Hospital Geral	8 - ALTA HOSP AMB	01
Hospital Geral	7 - MÉDIA M3	01
Pronto Socorro	7 - MÉDIA M3	01
Maternidade	6 - MÉDIA M2 e M3	03
Centro de Atenção Integral à Criança	2 - M1	02
Centro de Atenção Integral à Melhor Idade	3 - M2 e M3	01
Serviço de Pronto Atendimento	3 - M2 e M3	03
Policlínica	3 - M2 e M3	01
Unidade Básica de Saúde	1 - PAB-PABA	02
Unidade Básica de Saúde	2 - M1	14
Centro de Controle de Zoonoses	1 - PAB-PABA	01
Casa de Saúde da Família	1 - PAB-PABA	39
TOTAL		69

Fonte: Plano Municipal de Saúde– 2006/2009

Tabela 13: Estabelecimentos de Saúde por bairro e nível de hierarquia do Distrito Oeste.

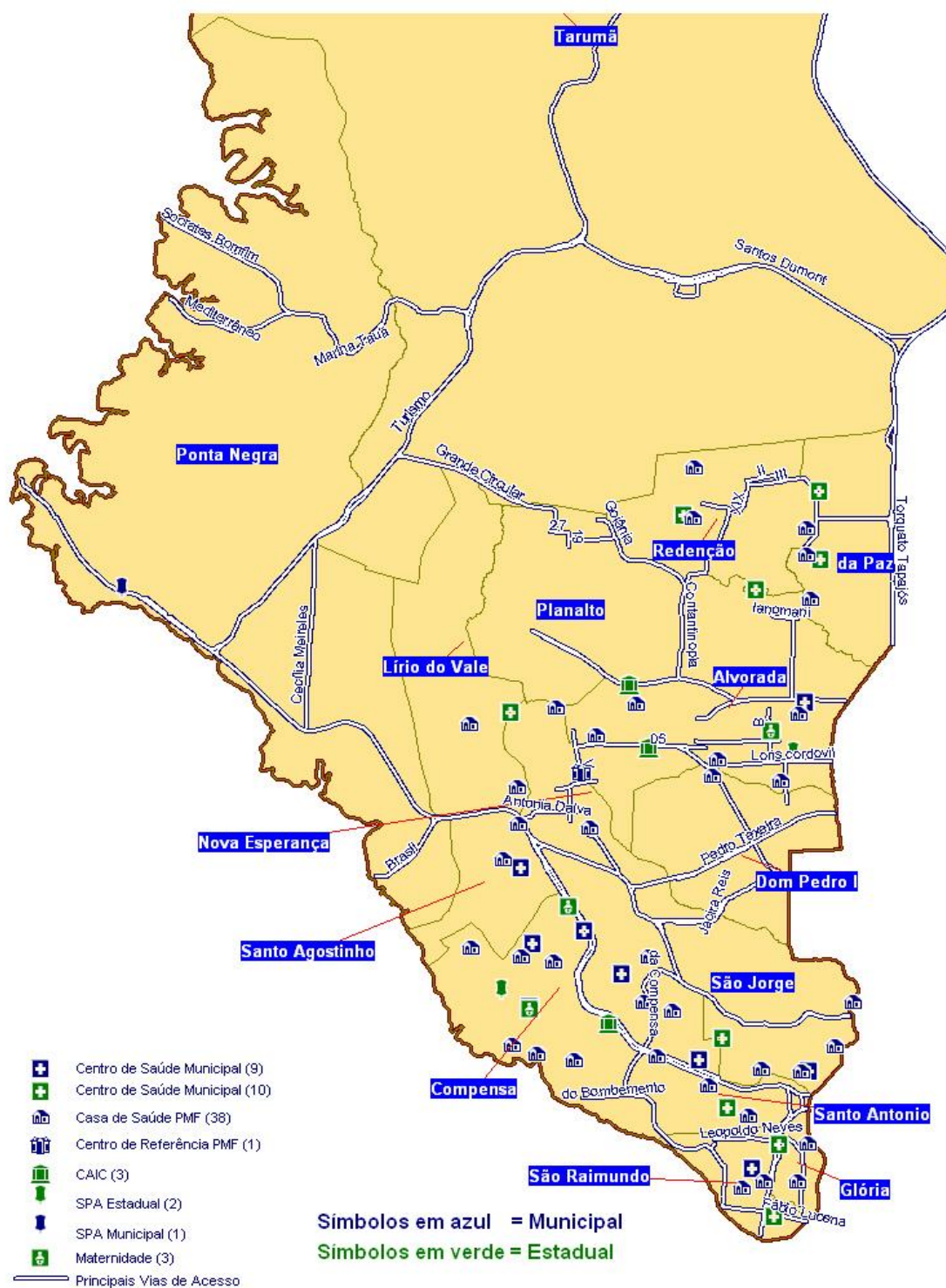
Bairro	Pop 2006	Prestador	Tipo-Logia	Nível de hierarquia	Qtidade	Estabelecimentos de Saúde
ALVORADA	79.864	PRIVADO	MAT	6 - MÉDIA M2 e M3	1	Clínica Materno-Infantil Planalto
		SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	6	UBS/Casas de Saúde da Família
			UBS	2 - M1	1	UBS Mansur Bulbol
			UBS	2 - M1	1	UBS Ajuricaba
		SUSAM	MAT	6 - MÉDIA M2 e M3	1	Maternidade Alvorada
			SPA	3 - M2 e M3	1	SPA Alvorada
DA PAZ	14.763	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Bairro da Paz
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
COMPENSA	90.713	SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	9	UBS/Casas de Saúde da Família
			UBS	1 - PAB-PABA	1	UBS Leonor de Freitas
			UBS	2 - M1	1	UBS Djalma Batista
			CECOZ	1 - PAB-PABA	1	Centro de Controle de Zoonoses
			MAT	6 - MÉDIA M2 e M3	1	Maternidade Dr. Moura Tapajoz
		SUSAM	CAIC	2 - M1	1	CAIC Alberto Carreira
			SPA	3 - M2 e M3	1	SPA Joventina Dias
			PS	7 - MÉDIA M3	1	PS da Criança da Zona Oeste
			CAIMI	3 - M2 e M3	1	CAIMI Ada Rodrigues Viana

Bairro	Pop 2006	Prestador	Tipo-Logia	Nível de hierarquia	Qtidade	Estabelecimentos de Saúde
DOM PEDRO I	19.055	FUNDAÇÃO	HOSP	8 - ALTA HOSP AMB	1	Fundação CECOM
			HOSP	7 - MÉDIA M3	1	Fundação de Medicina Tropical - AM
GLÓRIA	10.122	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Deodato de Miranda Leão
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
LÍRIO DO VALE	23.248	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Dr. Luiz Montenegro
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
NOVA ESPERANÇA	21.314	SEMSA	POLI	3 - M2 e M3	1	Policlínica Raimundo Franco de Sá
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
PLANALTO	16.037	SUSAM	CAIC	2 - M1	1	CAIC José Carlos Mestrinho
			CAIC	2 - M1	1	CAIC Dr. Rubim Sá
PONTA NEGRA	1.758	SEMSA	PA	3 - M2 e M3	1	PA Ponta Negra
REDENÇÃO	39.657	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Redenção
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	3	UBS/Casas de Saúde da Família
SANTO AGOSTINHO	15.754	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Dom Milton Correa
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
SANTO ANTÔNIO	23.183	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Santo Antônio
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	3	UBS/Casas de Saúde da Família
SÃO JORGE	30.198	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS José Rayol dos Santos
			UBS	2 - M1	1	UBS Ida Pontes Mentoni
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	4	UBS/Casas de Saúde da Família
SÃO RAIMUNDO	18.03	SUSAM	UBS	2 - M1	1	UBS São Raimundo
		SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS São Vicente de Paula
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	2	UBS/Casas de Saúde da Família
TARUMÃ	8.758	SEMSA	UBS	1 - PAB-PABA	1	UBS Lindalva Damasceno
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	1	UBS/Casa de Saúde da Família
VILA DA PRATA	13.250	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Vila da Prata
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	1	UBS/Casa de Saúde da Família

Fonte: Plano Municipal de Saúde– 2006/2009

O Disa Oeste é o segundo Distrito que oferece uma rede boa de serviços, entretanto como todos os demais distritos necessitam fazer um estudo de territorialização para reorganizar melhor os serviços e ampliar a rede possibilitando 100% de cobertura à população.

FIGURA 4: MAPA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO DISA OESTE



Fonte: IBGE 2005.

Apresenta-se o mapa do distrito Oeste (figura 4) mostrando-se a cobertura de serviços ofertados e a necessidade de reorganização dos mesmos, apontando para a necessidade de ampliação com a construção dos Módulos de Saúde da Família.

Ao proceder uma análise crítica da estratégia saúde da família enquanto instrumento fundamental na reestruturação do modelo assistencial verifica-se que esta apresenta grandes lacunas em sua implantação em todo território brasileiro e, em particular no caso de Manaus. Possui limitações como baixa cobertura, deficiência de recursos humanos, falta capacitação continuada e permanente, tem pouca participação na investigação de casos de doenças de notificação compulsória, ações de controle de casos e surtos, investigação de internações hospitalares e reduzida participação nos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2002).

Scherer (2005) entende que a dificuldade do PSF em contribuir para a ruptura do modelo hegemônico parece estar associada à proposta verticalizada deste programa, de sua gestão centralizada, e, ainda pela homogeneidade na oferta do serviço, sem se deter nas diferenças regionais de perfil. Para a autora, a escassez de recursos humanos capacitados e/ou com perfil adequado é um dos entraves à ruptura.

No caso específico de Manaus, Santos (2002) chama a atenção para o desconhecimento do perfil epidemiológico da população e a perspectiva clientelista e eleitoreira como fatores determinantes que marcaram a sua implantação e que perduram até a atualidade.

Partilha-se dos argumentos de Santos (2002) e espera-se que os profissionais de saúde e população politicamente fortalecida e organizada possam fazer enfrentamentos para essa realidade visando barrar o clientelismo antes municipal e que agora se pulveriza no âmbito dos Distritos de Saúde, continuando de forma perversa a determinar ocupantes de cargos de direção, convênios e contratos de toda ordem e utilização de recursos do poder público.

Nesse sentido, o controle social é outro aspecto a ser observado na implantação dos Distritos de Saúde, destaca-se que a participação da comunidade no controle das ações a qual está assegurada no texto constitucional brasileiro, em seus artigos 196 a

198 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90, no entanto, conforme Mendes (1994), a adesão da população não se fará nem pela via do discurso político-ideológico, nem pelas prescrições jurídico-legais, mas, fundamentalmente pela percepção fenomênica que se expressa na concretude de melhores serviços prestados e recebidos e pela possibilidade de uma inserção cidadã no controle desses serviços.

Ainda para Mendes (1994), o Distrito de Saúde tem uma dimensão política, dado que busca a transformação do Sistema Nacional de Saúde, atuando na sua base operacional de nível local numa situação de poder compartilhado, onde se manifestarão diversos interesses de distintos atores sociais. Esse processo de transformação exige que seu bojo ocorra, *pari-passu*, uma mudança cultural, na medida em que a sociedade civil organizada passa a intervir nas deliberações sobre saúde, na tomada de decisões que tem a ver com a satisfação de suas necessidades, no controle dos processos, assim como na assunção de responsabilidades e observação de obrigações derivadas do desempenho de suas faculdades decisórias.

Partilha-se das idéias de Mendes (1994), quando este diz que ingênuo seria pensar que o Distrito de Saúde seja capaz de, em curto prazo possa reverter o quadro de saúde, pois as mudanças efetivas na saúde, exigem um visão estratégica de longo prazo, paciência histórica, intenso trabalho, diuturno, não se constituindo como um campo de “milagres” e “milagreiros”, nem para soluções imediatas.

Scherer (2005) ao refletir sobre o modelo técnico-assistencial, ainda hegemônico, de origem flexneriana, centrado na clínica e no biologicismo, diz que este é o paradigma que se quer ver substituído pelo SUS, na medida em traz respostas aos problemas não solucionados por aquele e reorienta as pesquisas sobre os problemas.

A distritalização aconteceu na cidade de Manaus, não exatamente da forma como foi planejada, porque a mudança de paradigmas é um processo demorado e segundo Kuhn (1996), o processo de transição de um paradigma a outro define um período de crise, que pode ser bastante longo, não sendo um processo cumulativo, mas uma reconstrução do campo de investigação a partir de novos fundamentos.

Dessa forma, entende-se que o novo modelo de saúde proposto pelo Programa Saúde da Família e sua articulação com os Distritos de Saúde, constituem-se em momentos de mudanças que se constroem e reconstroem na dinâmica da sociedade e que podem trazer mudanças efetivas na área da saúde à medida que os sujeitos históricos envolvidos participem ativamente desse processo na busca por melhorias na qualidade da saúde da população de Manaus.

CAPÍTULO III

O DISTRITO DE SAÚDE LESTE E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

3.1 A Zona Leste de Manaus e os Serviços de Saúde

Neste último capítulo faz-se uma caracterização da zona leste da cidade de Manaus, apresenta-se de forma breve o Distrito de Saúde Leste e o Programa Saúde da Família, bem como os serviços de saúde oferecidos naquela área, dando ênfase porém, a saúde no âmbito municipal onde estão localizadas as Casas de Saúde, o *lócus* da pesquisa.

O terceiro capítulo tem como foco central analisar os dados empíricos coletados junto aos profissionais das Casas de Saúde acerca das ações de saúde desenvolvidas e sobre as condições de trabalho dos servidores das equipes de saúde da família. O viés analítico da pesquisa avalia também o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pelos profissionais do Programa Saúde da Família. Finaliza-se o capítulo com reflexões analítico-críticas sobre os limites e os avanços da política de saúde enquanto um bem comum no contexto dos direitos sociais.

A caracterização da zona leste remete para o resgate do processo histórico que a originou. Segundo dados da SEMSA (2005)⁷, a primeira informação sobre ocupação na zona leste que se tem notícia data da década de 1920, quando o exército brasileiro ocupou a área geográfica banhada pelo Lago do Aleixo, algumas casas e dezoito pavilhões foram construídos para abrigar os militares que se retiraram na década de 1930 após um surto de malária, que ocasionou várias mortes naquela área, onde hoje se localiza o bairro Colônia Antônio Aleixo.

Com o passar dos anos, os soldados da borracha, formados em sua maioria por nordestinos foram ocupando aqueles espaços que eram disputados também por hansenianos advindos de Paricatuba, município do interior do estado do Amazonas.

⁷ Plano de Gestão para o Distrito de Saúde Leste da Cidade de Manaus, 2005.

A partir de 1942, o Governo Estadual destinou a área para a instalação de uma Colônia para os hansenianos que ficou conhecida como “leprosário”, este fato provocou a saída dos soldados da borracha daquele local. Em 18 de dezembro de 1978, foi a colônia foi desativada pelo Decreto nº 4.464, dando surgimento a várias comunidades denominadas Nova Esperança, Comunidade da Fé e outras.

As ocupações desordenadas foram crescendo sem nenhuma infra-estrutura, forçando o poder público a investimentos ainda que mínimos, porém sem nenhum planejamento urbano. Dessa forma, surgiram bairros como São José Operário, Zumbi dos Palmares, Tancredo Neves, Jorge Teixeira e outros.

Para organizar as áreas limítrofes da cidade, o Instituto Municipal de Planejamento Urbano através da Lei Municipal nº 287 definiu também os limites do Distrito de Saúde Leste que são:

A oeste limita-se da Avenida André Araújo com a rotatória do bairro Coroado; A leste vai do encontro do Lago do Puraquequara com a margem esquerda do Rio Amazonas; Ao sul vai da confluência do Rio Negro com a rodovia BR-319 (Avenida Ministro João Gonçalves de Souza) e ao norte vai da confluência do Igarapé do Mindu com a Avenida Autaz Mirim (popularmente conhecida como Grande Circular).

A zona leste possui em seu território áreas de reservas florestais que são: Universidade Federal do Amazonas, reserva Duck e Bosque da Ciência ambos sob a responsabilidade do INPA, Sauim de Coleira, área verde do Puraquequara.

Destaca-se que apesar de possuir a floresta com maior biodiversidade do mundo, a cidade de Manaus não reflete essa realidade. Possui poucas áreas arborizadas e na zona leste a situação torna-se mais agravante por intensas devastações das áreas verdes para dar lugar as ocupações desordenadas.

Diante desse quadro há que se fazer investimento na educação ambiental por parte do poder público e de toda a sociedade no sentido de incentivar atitudes de pertencimento a esse lugar que é cobiçado pelo mundo inteiro e que precisa estabelecer novas formas de relacionamento entre homem e natureza, entendendo que os recursos naturais são finitos e precisam ser utilizados de forma racional e sustentável.

Conforme dados do (IMPLAM, 2005), a zona leste cobre uma área de 68,20 Km² e é composta por 09 (nove) bairros e 01 (uma) área de expansão sendo : Antônio Aleixo, Armando Mendes, Coroadó, Jorge Teixeira, São José Operário, Mauzinho, Zumbi, Tancredo Neves, Puraquequara e Distrito Industrial II (área de expansão).

Quanto aos serviços públicos e privados existentes na zona leste destacam-se:

Na área da educação pública- as Escolas da SEMED⁸ de nível elementar Pequeno Príncipe, Alfredo Linhares, Raimunda Almeida, Leonor Uchôa de Amorim, Honorina de Vasconcelos, Antonina Borges de Sá, Maria do Carmo, Cleonice de Menezes, Maria Auxiliadora, CEMEJA, Francisco Guedes, D. Jackson Damasceno, Themístocles Gadelha, Paulo Pinto Nery, Helena Walcot e outras.

No ensino fundamental da rede particular, a Instituição de Ensino de maior expressão é o SESI cat 03 (Unidade do Aleixo) que disponibiliza 80% de vagas para os filhos dos industriários e 20% para a comunidade da zona leste, oferece educação infantil e ensino elementar do 1º ao 9º ano (SESI, 2009)⁹.

Escolas Públicas de Ensino Médio: GM Isaac Werner (SEDUC)¹⁰, Escola Agrotécnica Federal do Amazonas.

Registra-se também a presença de Escolas Particulares de Ensino Médio de maior expressão: Adventista e a Escola Salesiana Dom Bosco Leste.

Quanto ao Ensino Superior Público: Universidade Federal do Amazonas, localizada no bairro do Coroadó e duas Instituições de Ensino Superior Particulares, Tahrriri e Ulbra.

O que se percebe por essa exposição é a ausência de investimento por parte do poder público na educação infantil e no ensino superior, fato este revelado pela ausência

⁸ Informações colhidas pela Secretaria Municipal de Educação, 2009

⁹ Informações colhidas na Secretaria do Serviço Social da Indústria, 2009

¹⁰ Informações colhidas na Secretaria Estadual de Educação, 2009

de creches na zona leste e também de Instituições de Ensino Superior que atenda as reais necessidades dessa população.

A população da zona leste tem poucas opções de lazer, além da televisão. Há na área dois shoppings centers sendo o Manaus Shopping São José e o Shopping Grande Circular.

As crianças não têm opção de lazer oferecido pelo poder público, restando-lhes as brincadeiras de ruas como a pelada nos campos, futebol de rua, papagaio (pipa), queimadas e amarelinhas, o problema, são os riscos a que ficam expostas, como acidentes de trânsito, por exemplo. Os jovens e adultos procuram os shoppings, quadras de esporte, clubes, bares e ruas.

Falta ainda oferta de serviços públicos como os Centros de Convivência da Família que já existem em outras zonas da cidade que ofereçam lazer e esporte com segurança para toda a família.

Para os trabalhadores do Pólo Industrial de Manaus que residem na zona leste há como alternativa o Clube do Trabalhador do Sesi que está bem estruturado com amplas opções de esporte, saúde e lazer para aqueles que contribuem no Distrito Industrial ou podem pagar pelos serviços prestados, ou seja, uma pequena parcela daquela população.

A zona leste possui área comercial em expansão, dispõe de uma grande rede de comércios e lojas de pequeno, médio e grande porte o que movimenta a economia e possibilita inserção no mercado formal de trabalho da população local. Destacam-se como grandes lojas a BEMOL, Ransons, City Lar, Esplanada, TV Lar, Insinuante, Armazém Paraíba, Comepi, Belmiros. Registra-se também a presença dos supermercados DB, Atack, Friller, além de distribuidoras de alimentos no atacado e varejo.

Os meios de transportes mais utilizados são: transporte coletivo, ônibus, expressos, micro-ônibus (alternativo e lotação), Kombis, mototáxis e bicicletas.

Ressalta-se que o transporte coletivo é precário, os ônibus não estão em boas condições de uso e as empresas de transporte coletivo, principalmente da zona leste submetem os trabalhadores (motoristas e cobradores) a condições subumanas de trabalho , com extensivas jornadas de trabalho, desrespeito a legislação trabalhista e o mais agravante, em caso de assalto aos coletivos descontam dos salários dos trabalhadores o valor em espécie que foi furtado, esses fatos resultam em greves constantes ocasionando prejuízos à população que depende desse meio de transporte.

A organização social dos moradores¹¹ ocorre através de Associações de moradores, associação de pais e mestres, associação dos feirantes, Igrejas Católicas de São José Operário, Santa Izabel, Cristo Rei, Santa Maria e Igrejas Evangélicas Universal, Assembléia de Deus, Adventista, Centro Social de Lazer Poliesportivo Zezão, Ligas Esportivas, Escolas Municipais e Estaduais e Associação de Alcoolicos Anônimos, dentre outros.

Quanto aos aspectos culturais¹² têm-se a Escola de Samba A Grande Família, a Escola de Samba Unidos do Coroadó e os blocos de carnaval menores como o bloco do gigante, os safadões, além da presença de grupos de danças folclóricas, de cirandas, de bois bumbás, quadrilhas, dentre outros.

As condições ambientais e sanitárias da população são precárias. O tipo de água é da concessionária para 80% da população , fossa séptica em 70% e o lixo hospitalar e doméstico é coletado por empresa terceirizada contratada pela prefeitura (SEMSA, 2005).

O tipo de poluição preponderante¹³ é a sonora causado por veículos (tráfego intenso, principalmente na Av. Grande Circular), aparelhos de som dos comércios e também dos moradores, vendas em geral por meio de carros com alto-falantes, como carro de peixe, carro da fruta, vendas de roupas. Mas há também outros tipos de poluição oriundas do ar pelas padarias, do solo pelo esgoto aberto e lixeira das feiras livres.

¹¹ Fonte: Plano de Gestão para o Distrito de Saúde Leste da Cidade de Manaus, 2005.

¹² Fonte: Informações colhidas na Associação de Moradores do bairro do São Jose, 2009

¹³ Fonte: Secretaria Municipal do Meio Ambiente, 2009

Quanto aos logradouros existem feiras e mercados, ruas, becos e avenidas, quadra de esporte, sendo que algumas estão em situação regular de conservação e outras em péssimas condições físicas e de higiene.

A projeção de crescimento da população da zona leste a médio e longo prazo foram feitos com base em estimativas adotadas pelo (IBGE, 2005) que é da ordem de 4,97%, por ano entretanto, o crescimento populacional anual dessa zona tem se apresentado na ordem de 7,65% superando as expectativas dos estudos realizados.

Esse dado revela que o processo migratório continua intenso, haja vista que a zona leste ainda possui áreas verdes e que o processo de ocupação desordenada ainda é muito presente nessa zona da cidade, associado a outros fatores como o alto índice de natalidade que apresenta uma taxa 3,55%, e isto faz com que as taxas de estudo projetadas sejam superadas (IBGE, 2005).

Estudos realizados com 34.962 domicílios cadastrados pelo Programa Saúde da Família na zona leste em 2005, revelam que:

Quanto aos aspectos sanitários, das famílias cadastradas e acompanhadas pelo PSF, o (SIAB, 2005) informa que 77,65% tinham banheiro ou sanitário, 21,42% tinham rede geral de esgoto, 56,23% possuíam fossa séptica e 22,35% despejavam dejetos a céu aberto

Em relação a abastecimento de água: dos 34.962 domicílios 63,23% possuíam rede geral de abastecimento, 33,62% utilizavam poço ou nascente de sua propriedade e 3,15% utilizavam outras formas de abastecimento. No que se refere à energia elétrica, cerca de 98,95% dos domicílios possuem energia elétrica e o restante faz uso de ligações clandestinas (SIAB, 2005).

Dados do (SIAB, 2005) informam que a coleta de lixo em 90,03% dos domicílios era realizada pelo serviço público, 7,44% do lixo era queimado ou enterrado na propriedade e 2,44% era jogado a céu aberto.

Quanto ao tipo de casa foi informado pelo (SIAB, 2005) que dos 34.962 domicílios cadastrados, cerca de 53,28% são construídas de alvenaria, 43,89% são feitas de madeira e 2,83% são de taipa alternada com outros materiais.

Esses dados revelam que a população ainda não tem condições financeiras de construir suas residências em alvenaria, por isso não tem outra alternativa a não ser construir suas habitações com o material que for mais acessível ao seu poder aquisitivo.

Outro viés de análise permite verificar que não há investimento por parte do Estado em políticas habitacionais para a população de baixa renda, isso faz com a mesma fique sempre excluída dos programas de habitação que são oferecidos somente para aqueles que estão no mercado formal de trabalho e com renda superior a três salários mínimos, fora da realidade da população menos favorecida.

Após essa caracterização contextualizada da zona leste, apresentam-se os serviços de saúde, informando os dados populacionais que é o parâmetro utilizado pelo Ministério da Saúde para avaliar a cobertura dos serviços de saúde oferecidos.

A Zona Leste possui uma população estimada em 418.731 (IBGE/2006) habitantes e possui uma rede de serviços aquém da necessidade de cobertura, considerando-se quantidade e modalidade dos serviços de saúde. Existe maior oferta de serviços básicos de saúde, de serviços de urgência e de serviços hospitalares, embora estes últimos atendam a uma população diferenciada, especificamente, do bairro Colônia Antônio Aleixo, conforme mostra a tabela 14.

Tabela 14: Rede Assistencial do Distrito de Saúde Leste, por tipo de unidade de saúde.

Tipo de unidade	Nível de hierarquia	Qtd e
Hospital Geral	6 - MÉDIA M2 e M3	02
Hospital e Pronto Socorro João Lúcio	8 - ALTA HOSP AMB	01
Pronto Socorro Infantil Joãozinho Lúcio	7 - MÉDIA M3	01
Maternidade Ana Braga e Chapot Prevost	6 - MÉDIA M2 e M3	02
Centro de Atenção Integral à Criança	2 - M1	03
Policlínica Comte Telles e Ivone Lima - SEMSA	2 - M1	02
Policlínicas Zeno Lanzini e Colônia Antônio Aleixo	3 - M2 e M3	02
Serviço de Pronto Atendimento Platão Araújo e Coroadó	3 - M2 e M3	02

Tipo de unidade	Nível de hierarquia	Qtd e
UBS/PA – Alfredo Campos e Gebes de Medeiros	2 - M1	02
Unidade Básica de Saúde	1 - PAB - PABA	13
Módulos de Saúde da Família	2 - M1	03
Casa de Saúde da Família	1 - PAB - PABA	34
TOTAL		67

Fonte: Plano Municipal de Saúde– 2006/2009

O Distrito de Saúde Leste carece de serviços especializados de média complexidade. É área de grande expansão populacional e, freqüentemente, necessita de ampliação da rede de serviços devido a ocupação desordenada (invasão). Onze estabelecimentos dispõem de serviços de laboratório, cinco de serviços de radiologia e quatro de ultra-sonografia.

Ressalta-se ainda que há paralelismo de ações entre a política municipal e estadual de saúde, com investimento duplo por parte das duas esferas governamentais na atenção básica e pouco investimento na média complexidade o que compromete o bom funcionamento do Sistema de Saúde e o atendimento das necessidades da população.

Essa situação pode ser exemplificada com a existência de CAICs na mesma área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde e de Casas de Saúde da Família, ou seja, serviços de atenção básica, desenvolvidos pelo Governo do Estado e do Município, ver tabela 15.

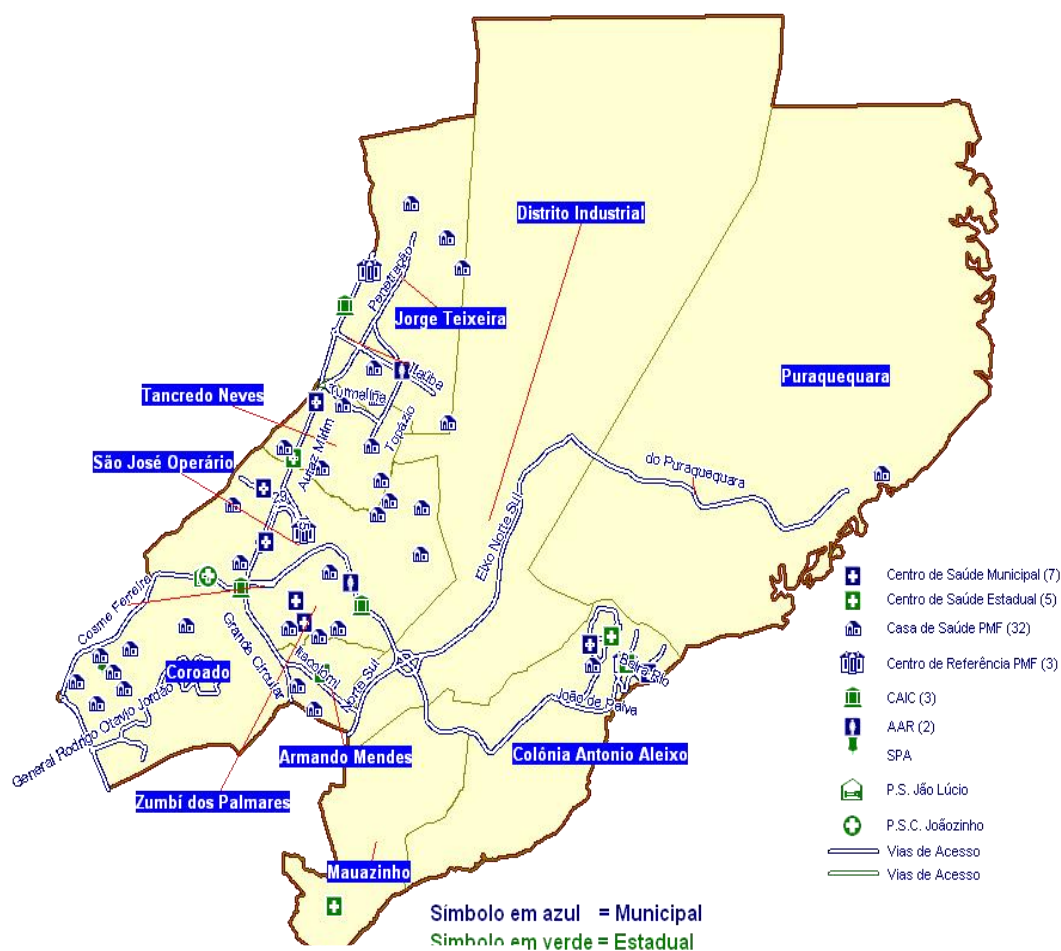
Tabela 15: Estabelecimentos de Saúde por bairro e nível de hierarquia do Distrito Leste.

Bairro	Pop 2006	Prestador	Tipo	Nível de hierarquia	Qtde	Estabelecimentos de Saúde
ARMANDO MENDES	24.028	SEMSA	UBS	2 - M1	1	UBS Geraldo Magela
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	3	UBS/Casa de Saúde da Família
COLÔNIA ANTÔNIO ALEIXO	14.984	SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	1	UBS/Casa de Saúde da Família
			UBS	2 - M1	1	UBS Nova Esperança
			UBS	1 - PAB-PABA	1	UBS Lago do Aleixo
		SUSAM	POLI	2 - M1	1	Policlínica Antônio Aleixo
			HOSP – MAT	6 - MÉDIA M2 e M3	1	Hospital Chapot Prevost

Bairro	Pop 2006	Prestador	Tipo	Nível de hierarquia	Qtde	Estabelecimentos de Saúde
			HOSP	6 - MÉDIA M2 e M3	1	Hospital Geraldo da Rocha
COROADO	54.185	SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	7	UBS/Casa de Saúde da Família
			POLI	3 - M2 e M3	1	Policlínica Enf. Ivone Lima dos Santos
		SUSAM	SPA	3 - M2 e M3	1	SPA Coroadó
DISTRITO INDUSTRIAL I E II	18.579	SEMSA	SOS		1	SAMU - CENTRAL
			UBS	2 - M1	1	UBS Bianca Aguiar de Carvalho
JORGE TEIXEIRA	94.444	SUSAM	CAIC	2 - M1	1	CAIC Dr. José Contente
		SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	6	UBS/Casas de Saúde da Família
			POLI	3 - M2 e M3	1	Policlínica Avelino Pereira
			Clínica especializada	3 - M2 e M3	1	Clínica Especializada de Saúde da Mulher Dr. Waldir Bugalho
			UBS/PA	2 - M1	1	UBS/PA Gebes Medeiros
MAUAZINHO	18.050	SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	1	UBS/Casa de Saúde da Família
			UBS	2 - M1	1	UBS Mauazinho
			UBS	2 - M1	1	UBS Luiza do Carmo Ribeiro
PURQUEQUARA	3.767	SEMSA	MSF/PSF	1 - PAB-PABA	1	Módulo de Saúde da Família Platão Araújo
SÃO JOSÉ OPERÁRIO	101.480	SUSAM	HOSP - PS	8 - ALTA HOSP AMB	1	Hospital Pronto Socorro João Lúcio P. Machado
			MAT	6 - MÉDIA M2 e M3	1	Maternidade Ana Braga
			CAIC	2 - M1	1	CAIC Dra. Corina Batista
			PS	7 - MÉDIA M3	1	PS da Criança da Zona Leste
		SEMSA	POLI	3 - M2 e M3	1	Policlínica Dr. Antonio Comte Telles
			UBS	2 - M1	1	UBS José Amazonas Palhano
			UBS	1 - PAB-PABA	1	UBS Cacilda de Freitas
			UBS	1 - PAB-PABA	1	UBS Guilherme Alexandre
TANCREDO NEVES	42.964	SEMSA	UBS/PSF	1 - PAB-PABA	4	UBS/Casas de Saúde da Família
			UBS	2 - M1	1	UBS Leonor Brilhante
		SUSAM	POLI	3 - M2 e M3	1	Policlínica Zeno Lanzini
ZUMBI DOS PALMARES	36.432	SUSAM	CAIC	2 - M1	1	CAIC Dr. Edson Melo
		SEMSA	UBS/PA	2 - M1	1	UBS/PA Alfredo Campos
			UBS	2 - M1	1	UBS João Nogueira da Mata
			UBS	2 - M1	1	UBS Gilson Moreira
			UBS/PSF	1 - PAB-PABA	3	UBS/Casas de Saúde da Família

Fonte: Plano Municipal de Saúde– 2006/2009

FIGURA 5: MAPA DESERVIÇOS DE SAÚDE DO DISA LESTE



Fonte: IBGE 2005.

O mapa de serviços de saúde do Disa Leste apresenta a cobertura de serviços oferecidos na área da saúde e aponta para necessidade de fazer estudo de territorialização para organizar os serviços de saúde, ampliar a rede para ofertar os serviços necessários e com mais qualidade.

3.2 As Casas de Saúde da Família o Lócus da Pesquisa

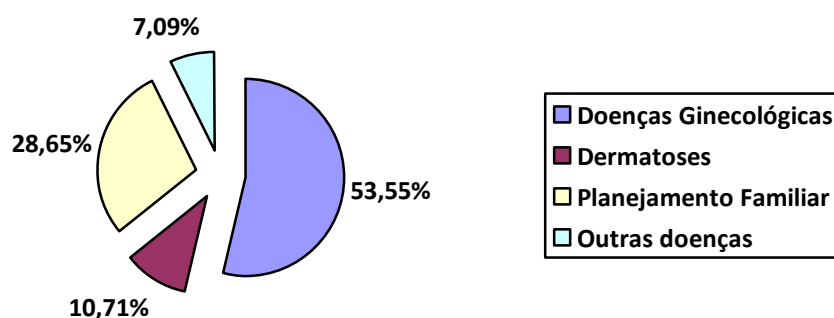
O presente estudo tomou como base de referência empírica o Distrito de Saúde Leste, com sede localizada à Rua das Rosas s/n, bairro Jorge Teixeira primeira etapa, destaca-se que a escolha por esse Distrito deve-se ao fato de situar-se na zona leste uma das zonas periféricas da cidade de Manaus onde pretende-se analisar o alcance do poder público através dos serviços oferecidos pelas Casas do Programa Saúde da Família.

O primeiro questionamento realizado às equipes de saúde da família foi sobre os programas desenvolvidos pelas Casas de Saúde da Família de forma geral, em ordem decrescente os profissionais responderam que 74,97% desenvolvem ações de combate à hipertensão e diabetes; 60,69% fazem ações de atenção à saúde da criança, saúde da mulher e saúde do idoso; 46,41% realizam planejamento familiar e 32,13% cuidam de hanseníase e tuberculose.

Esse dado revela que o perfil epidemiológico das áreas em estudo, apresenta um quadro significativo de pessoas portadoras de hipertensão e diabetes o que aponta a necessidade de estudos mais aprofundados sobre as possíveis causas dessas doenças e se as ações da atenção básica desenvolvidas estão sendo efetivas.

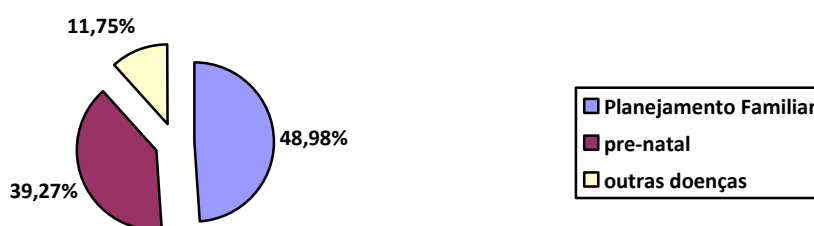
Quanto aos serviços oferecidos às mulheres, de forma geral 100% responderam que fazem assistência ao pré-natal e puerpério, além de planejamento familiar; 96,93% fazem orientações sobre DST/AIDS; 92,82% realizam educação em saúde através de palestras e orientações individuais e coletivas e 39,27% fazem consultas ginecológicas. Ressalta-se que nesse último item somente os médicos e enfermeiros fazem esse procedimento.

Outra questão abordada foi sobre os problemas de saúde que mais acometiam as mulheres quando as Casas de Saúde foram implantadas. As equipes responderam que 53,55% apresentaram problemas ginecológicos como as infecções causadas por doenças sexualmente transmissíveis; 28,65% procuravam a Casa de Saúde para fazer planejamento familiar para evitar gravidez precoce ou indesejada; 10,71% buscavam os serviços para tratar de dermatoses e 7,09% apresentaram outras doenças, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 3: problema de Saúde Acometidos pelas mulheres

Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

No que concerne aos cuidados com a assistência à saúde das mulheres, perguntou-se que ações de saúde são desenvolvidas pelas equipes de saúde da família e que benefícios trouxeram à população feminina. Os profissionais responderam que 48,98% das mulheres fazem planejamento familiar e buscam orientações sobre a saúde da mulher; 39,27% fazem assistência ao pré-natal, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e realizam o exame de preventivo e 11,75% tratam outras doenças.

Gráfico 4: Ações de Saúde desenvolvidas para a população feminina

Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Esses dados revelam que o planejamento familiar está sendo efetivo nessas áreas, evidenciando a queda no índice de natalidade de 4,55% para 3,55%, no período de dez anos (SIAB, 2009), índice considerado ainda alto para outros padrões de sociedade. No contraponto das ações, está a assistência ao pré-natal e puerpério com

baixos resultados, o que implica em elevado índice de mortalidade materno-infantil no município de Manaus.

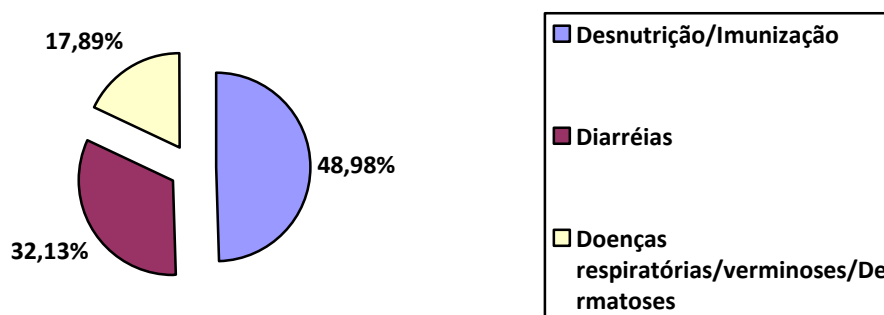
Quando perguntados sobre os serviços oferecidos para atenção à saúde da criança, as equipes responderam que 100% fazem tratamento de doenças diarréicas; 96,39% fazem acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de peso/altura; 82,25% realizam orientação sobre saúde da criança; 82,11% fazem consultas pediátricas e 57,12% cuidam da imunização (vacinas).

O fio condutor de análise dessa questão centra-se no processo de avaliação dos princípios da atenção básica que visa trabalhar com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, conforme Ministério da Saúde (1994). Através da análise das respostas percebe-se que 100% das ações desenvolvidas estão voltadas para o curativismo de doenças e que ações de caráter preventivo como a imunização apresenta o menor índice 57,12% das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, ocasionando um paradoxo na filosofia da Estratégia Saúde da Família.

A partir desse enfoque analisa-se também as condições das casas de saúde da família que não possuem sala de vacina por ter estrutura inadequada para essa atividade, isso explica o baixo índice de atividades de imunização que ocorrem apenas por ocasião das campanhas, levando à reflexão da necessidade de substituir as casas de saúde por outro modelo de estrutura que ofereça condições para a realização de ações preventivas.

Em relação aos problemas de saúde mais acometiam as crianças dessas comunidades por ocasião da inauguração das casas de saúde. As respostas foram: 48,98% apresentavam desnutrição e problemas de imunização; 32,13% procuravam o serviço para o tratamento de diarréias e 17,89% das crianças apresentavam doenças respiratórias, verminoses e dermatoses.

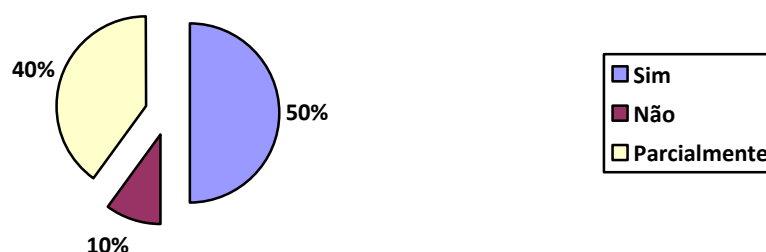
Gráfico 5: Doenças que acometiam as crianças na época da implantação do PSF



Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Foi perguntado às equipes se a presença dos profissionais das Casas de Saúde modificou essa situação. As equipes responderam que em 50% dos casos houve modificação; 40% disseram parcialmente; e 10% informaram que não, essa situação permanece da mesma forma que há dez anos atrás, conforme ilustração do gráfico 6.

Gráfico 6: O Programa Saúde da Família modificou a saúde das crianças



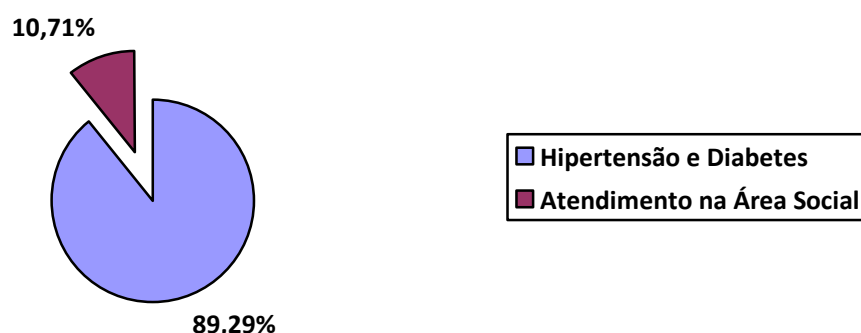
Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Ao analisar essa questão partilha-se das idéias de Franco & Merry (2000) quando estes afirmam que os resultados do PSF não dependem somente das equipes de saúde, mas também de um conjunto de fatores que implicam em mudanças estruturais, inclusive no modelo econômico que proporcionem melhor distribuição de renda, tendo em vista que a maioria das doenças apresentadas pelas crianças dessas áreas periféricas ocorrem pelas condições de vida em que se encontram, são as chamadas doenças sociais. Nesse sentido, os autores concluem que o PSF por si só não tem poder para reverter tal situação.

As equipes foram questionadas sobre que serviços oferecem aos idosos, os profissionais responderam que 100% fazem consultas clínicas e tratam problemas de hipertensão e diabetes e 64,26% disseram que fazem imunização.

No que se refere aos problemas de saúde que mais acometem os idosos dessas comunidades, as equipes responderam que 89,29% apresentam problemas de hipertensão e diabetes e 10,71% carecem de atendimento na área social.

Gráfico 7: Problemas de Saúde que mais acometem os idosos e problemas sociais

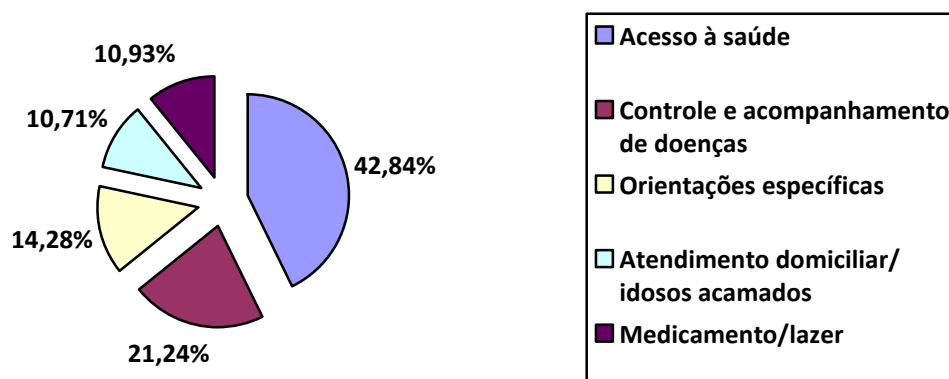


Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Essa variável permite reafirmar que o perfil epidemiológico da área de estudo aponta para a hipertensão e diabetes como problema prioritário de saúde a ser enfrentado por meio de estudos mais aprofundados e ações de saúde mais efetivas. Destaca-se também que 10,71% dos idosos apresentaram a necessidade de atendimento na área social que demandam a presença do profissional de Serviço Social que não é contemplado no PSF de Manaus, ocasionando atendimento parcial das necessidades dos usuários, como os idosos, por exemplo, dentre outros.

Para finalizar as ações de assistência à saúde dos idosos questionou-se sobre os benefícios que o PSF trouxe para a população idosa. Os profissionais responderam que 42,84% têm acesso à saúde; 21,24% fazem controle e acompanhamento das doenças; 14,28% recebem orientações específicas para essa população; 10,71% são idosos acamados que recebem atendimento domiciliar e 10,93% têm acesso a medicamento e promoção de lazer, conforme gráfico 8.

Gráfico 8: Benefícios que o PSF trouxe para a população idosa



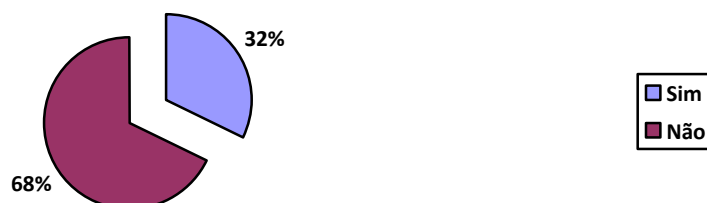
Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Ao proceder a análise das atividades desenvolvidas à pessoa idosa mais uma vez se observa que as ações curativas se sobressaem em detrimento das ações de prevenção, o que remete à reflexão do resgate das ações preconizadas para a atenção básica.

O que se percebe é ainda falta muito investimento que contemple a saúde dos idosos não somente na zona leste, mas em todas as zonas da cidade como atividades de lazer, orientação previdenciária, assistência social, o conhecimento do Estatuto do Idoso, bem como o conhecimento a outros instrumentos que possibilitem o acesso a bens e serviços.

Ao passar para a variável **condição de trabalho** das equipes de saúde, foi questionado se a casa de saúde é um ambiente favorável para o trabalho. As respostas foram 68% disseram que não e 32,% responderam que sim, como ilustra-se no gráfico 9.

Gráfico 9: Opinião sobre casa de saúde enquanto ambiente favorável ao trabalho



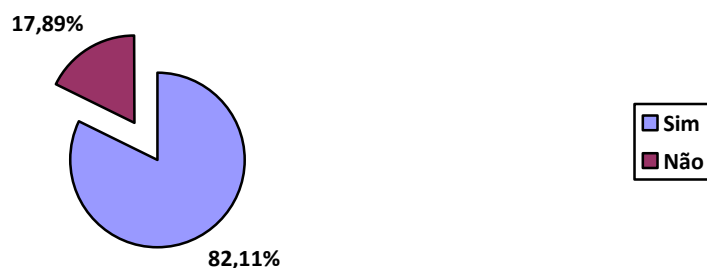
Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Os que disseram *não* informaram que o ambiente é pequeno, desconfortável, inadequado, e afirmaram também que falta material para realizar os procedimentos e as atividades.

Quanto ao tempo de inauguração das Casas de Saúde. A UBSFL – 01 localizada no bairro Valparaíso foi inaugurada há dez anos, a UBSFL – 02, situada no bairro João Paulo II também há dez anos, a UBSFL 35 do bairro Gilberto Mestrinho foi inaugurada há seis anos e a UBSFL – 36 localizada no bairro Grande Vitória há oito anos.

Um questionamento importante foi à época da inauguração foi realizado algum trabalho com a comunidade sobre o funcionamento do PSF, 82,11% dos profissionais responderam que sim e 17,89% disseram que não.

Gráfico 10: Trabalho realizado na comunidade sobre PSF



Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

O eixo de análise do gráfico 10 permite afirmar que o PSF foi uma ação implementada de forma verticalizada, na qual a população não foi consultada e nem devidamente informada sobre o Programa Saúde da Família enquanto estratégia do SUS para a reorientação do modelo de atenção à saúde.

Numa tentativa de proporcionar uma auto-avaliação do trabalho, perguntou-se como você avalia seu trabalho com a comunidade, 14,28% responderam que consideram seu trabalho como ótimo; 49,92% avaliam seu trabalho como bom e 35,80% avaliam seu trabalho como regular.

Em suas falas os profissionais disseram que o trabalho se constrói no dia-a-dia e que é um constante desafio. Ressalta-se que os profissionais que avaliaram seu trabalho como regular disseram que faltam melhores condições de trabalho para apresentarem melhores resultados.

Ao considerar que o Programa Saúde da Família tem como objetivo a promoção de saúde e a prevenção de doenças, perguntou-se aos profissionais se estes desenvolvem atividades educativas com a comunidade. Para essa questão 92,86% responderam que sim e 7,14% disseram que não.

Completando essa questão perguntou-se com que frequência as atividades educativas são desenvolvidas. Os profissionais responderam que 39,27% são realizadas mensalmente; 17,85% disseram duas vezes por semana, 10,71% informaram que diariamente fazem essas atividades e 32,17% disseram que fazem atividades educativas conforme a necessidade, como mostra a tabela 16.

Tabela 16: Frequência de realização de atividades educativas

Ações desenvolvidas	Frequência	Percentual (%)
Atividades educativas	Mensal	39,27%
	Conforme a necessidade	32,17%
	Duas vezes por semana	17,85%
	Diariamente	10,71%
	TOTAL	100,00%

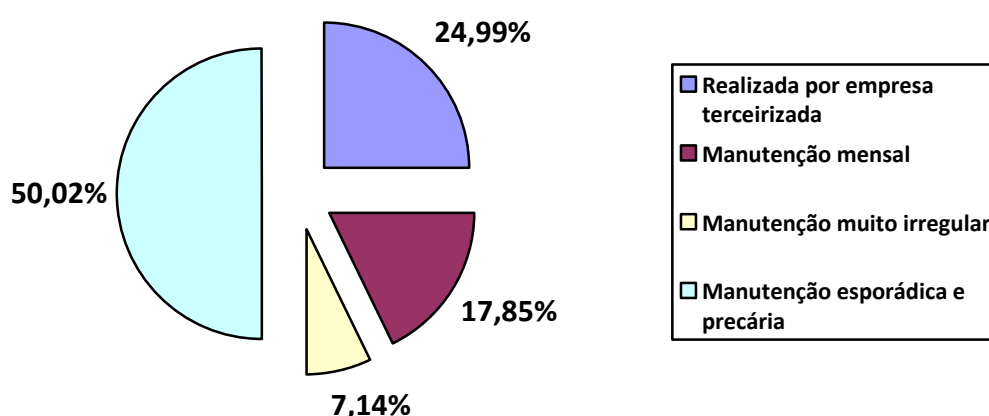
Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Essas respostas se contrapõem à realidade, esse fato é observado quando se realizam visitas às comunidades e estas revelam que as atividades são esporádicas, isso quando não são desenvolvidas.

Durante as entrevistas perguntou-se às equipes sobre manutenção da infraestrutura da Casa de Saúde os profissionais disseram que após a inauguração, a unidade de saúde passou por uma única reforma que compreendeu pintura, armário embutido para a farmácia, forro e climatização apenas do consultório médico. Segundo depoimento dos profissionais a manutenção da casa de saúde ocorreu assim: *“Durante nós estarmos aqui a casinha passou por uma única reforma que não atendeu nossas reais necessidades, pareceu mais uma ‘maquiagem’ para camuflar os problemas existentes”* João dos Santos – médico¹⁴.

Ainda tentando identificar as condições de trabalho questionou-se sobre a manutenção das casas de saúde se é realizada e com que frequência é oferecido esse suporte. As equipes responderam em 24,99% que é realizada por empresa terceirizada contratada pela prefeitura; 17,85% disseram que a manutenção é feita mensalmente, 7,14% informaram que a manutenção é muito irregular e 50,02% responderam que a manutenção é esporádica e precária.

Gráfico 11: Frequência da manutenção das casas de saúde



Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

¹⁴ Nome fictício para preservar a identidade do sujeito da pesquisa, conforme compromisso assumido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi perguntado se a estrutura da casa e o adequado funcionamento dos aparelhos interferem na qualidade dos serviços prestados, 82,15% disseram que sim e 17,85% disseram que não. Os profissionais que disseram sim afirmaram que condições de trabalho interferem de forma direta na qualidade dos serviços oferecidos à população.

Conforme informações sobre a frequência da manutenção aos equipamentos das Casas de Saúde os profissionais informaram que: *“Os aparelhos da nebulização e de aferir pressão arterial quebram constantemente e demoram muito para consertar o que leva a população a ficar prejudicada”* Maria das Dores Corrêa – Técnica de Enfermagem.¹⁵

Quando questionados sobre os equipamentos necessários para o desenvolvimento do trabalho, 67,83% responderam que precisam de uniformes; 14,28% disseram que faltam materiais educativos de apoio para as palestras; 10,71% sentem falta de sombrinhas e 7,18% precisam de otoscópios e jalecos.

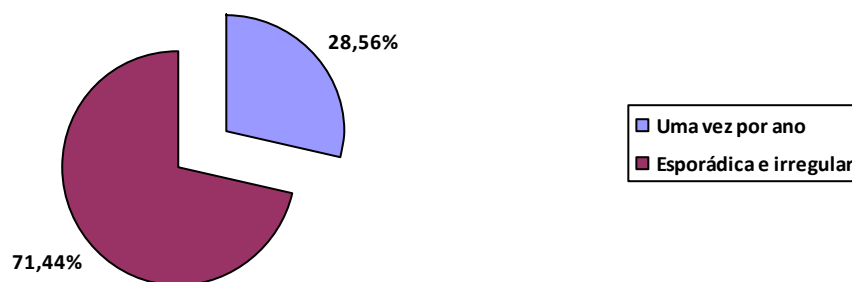
Segundo os Agentes Comunitários de Saúde: *“Queremos dizer que em dez anos de trabalho estamos recebendo pela primeira vez uniformes completos sendo a calça, camisa e mochila. Em outros anos deram só a blusa, mais ou menos de três em três anos”* Suely Pereira.¹⁶

Visando completar a questão anterior perguntou-se com que frequência recebem esses materiais. As respostas foram 28,56% uma vez por ano e 71,44% disseram que recebem esse material de forma esporádica e irregular, não há data fixa.

Sobre as informações do gráfico 12, informa-se que cobranças são realizadas constantemente para que os profissionais estejam uniformizados e identificados para que possam entrar nos domicílios dos usuários, entretanto não são oferecidas condições haja vista que a entrega desses uniformes são muito demoradas.

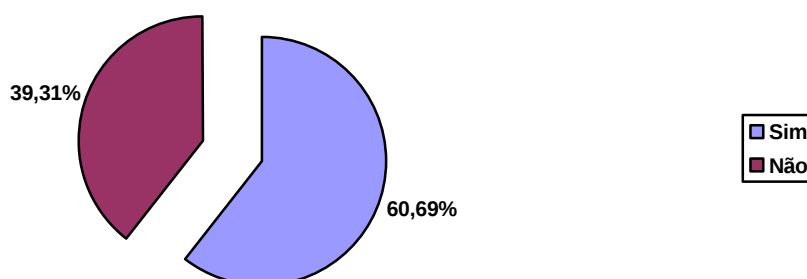
¹⁵ Nome fictício para preservar a identidade do sujeito da pesquisa, conforme compromisso assumido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

¹⁶ Idem.

Gráfico 12: Frequência de recebimento de materiais

Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Quanto à saúde do trabalhador, questionou-se se a equipe recebe apoio e orientação nesse sentido, 60,69% dos profissionais responderam que não e 39,31% disseram que sim. Essa informação evidencia que o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador é inoperante para com os servidores da Secretaria Municipal de Saúde.

Gráfico 13: Recebimento de orientação sobre saúde do trabalhador

Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Quando questionados se já adquiriram alguma doença em função do trabalho, os profissionais responderam 57,16% não e 42,84% sim. As doenças mais citadas foram gripe, dor de coluna, pneumonia, diabetes, hipertensão, manchas na pele, alergia a poeira, streese, escabiose, viroses. Quanto ao apoio da Secretaria Municipal de Saúde, em caso de doença, os profissionais responderam por unanimidade (100%) que não recebem nenhum tipo de apoio nesses casos, a orientação é levar atestado médico para justificar as ausências ao trabalho.

Para finalizar as entrevistas com os profissionais perguntou-se quais as sugestões das equipes para melhorar o Programa Saúde da Família, 24,99% responderam que a Secretaria Municipal de Saúde precisa oferecer melhores condições de trabalho; 7,14% disseram que precisam de mais apoio nas ações de saúde e 67,87% não opinaram.

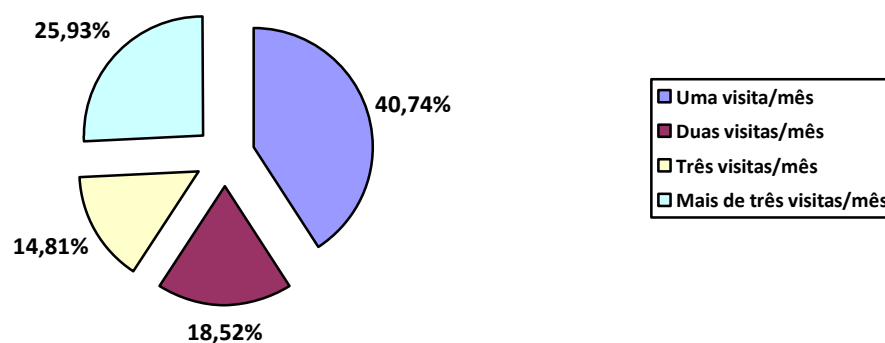
Quanto aos formulários aplicados aos usuários que utilizam os serviços de saúde das Casas de Saúde da Família destacam-se as variáveis: grau de satisfação do usuário sobre o trabalho do agente comunitário de saúde, os serviços de enfermagem, os serviços médicos, serviços odontológicos, se houver naquelas comunidades e dispensação de medicamentos.

Para mensurar o grau de satisfação dos usuários perguntou-se aos mesmos se conhecem o agente comunitário de sua área, 100% dos usuários de todas as Casas de Saúde entrevistadas foram unânimes em dizer que conhecem o ACS. Perguntou-se ainda se sabem o endereço do agente comunitário de saúde, 71,44% responderam que sim e 28,56% disseram que não.

Essa informação é importante porque demonstra que os agentes comunitários de saúde conseguiram estabelecer vínculo com a comunidade conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde (1994).

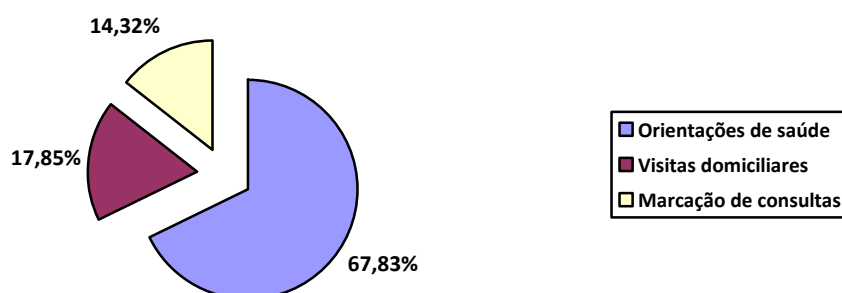
No que se refere ao número de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde, os usuários disseram em, 40,74% que o ACS faz uma visita por mês; 25,93% responderam que mais de 3 (três) visitas mensais; 18,52% disseram 2 (duas) visitas/mês e 14,81% responderam 03 (três) visitas/mês.

Essas respostas evidenciam que o quantitativo populacional para cada ACS não permite que o mesmo acompanhe de forma adequada através da visita domiciliar todas as famílias cadastradas e que estão sob sua responsabilidade. Faz-se necessário um estudo de territorialização para distribuir melhor a área de abrangência do PSF.

Gráfico 14: Frequência das visitas dos ACS's

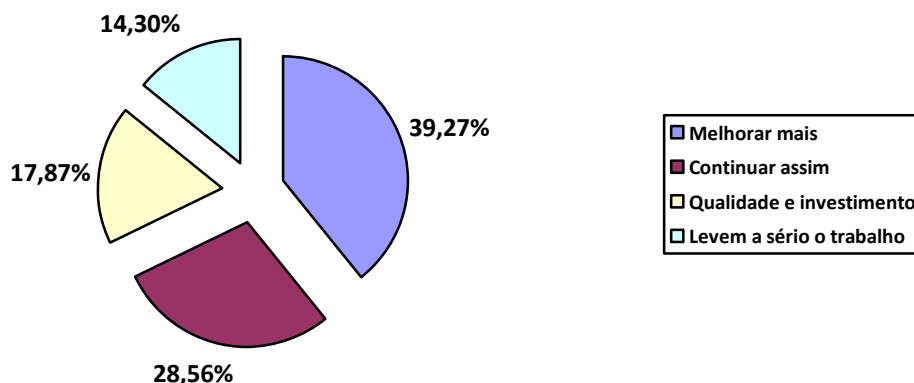
Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Quanto ao papel do agente comunitário de saúde, 96,43% dos usuários responderam que sim e 3,57% disseram que não. Quando perguntados sobre as atividades de saúde que o ACS já desenvolveu para sua família, 67,83% responderam orientações de saúde, 17,85% falaram que os ACS realizam visitas domiciliares e 14,32% disseram marcação de consultas.

Gráfico 15: Atividades desenvolvidas pelos ACS's

Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

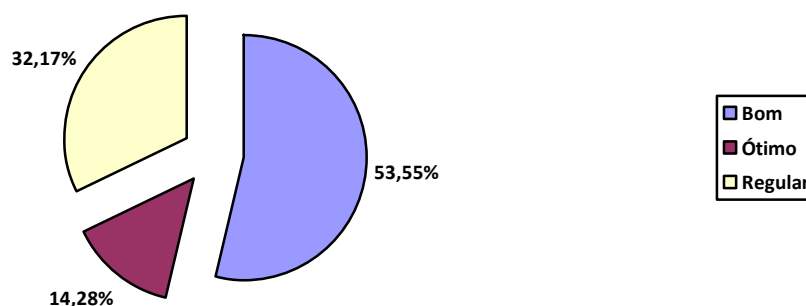
Sobre o que se espera do trabalho do ACS, 39,27% dos usuários disseram que melhore cada vez mais; 28,56% esperam que continue assim; 17,87% responderam que esperam qualidade e investimento nos ACS e 14,3% esperam que levem mais a sério o seu trabalho.

Gráfico 16: O que os usuários esperam do trabalho do ACS

Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

O que se evidencia com esses dados é que os ACS conseguiram desenvolver um bom trabalho com a comunidade, estabeleceram vínculo haja vista que são moradores da área e possuem uma identificação com a comunidade, porém, fica claro na visão dos usuários a necessidade de maiores investimentos nestes profissionais visando qualificá-los cada vez mais para as atividades que desempenham.

Para verificar o grau de satisfação dos usuários sobre os serviços de enfermagem, perguntou-se aos mesmos se já receberam algum serviço de enfermagem em casa, 57,16% responderam que sim e 42,84% disseram que não. Quando questionados sobre o atendimento do enfermeiro e/ou técnico de enfermagem 53,55% disseram que foi bom; 14,28% responderam que foi ótimo e 32,17% falaram que foi regular.

Gráfico 17: Grau de satisfação dos usuários sobre os serviços de enfermagem

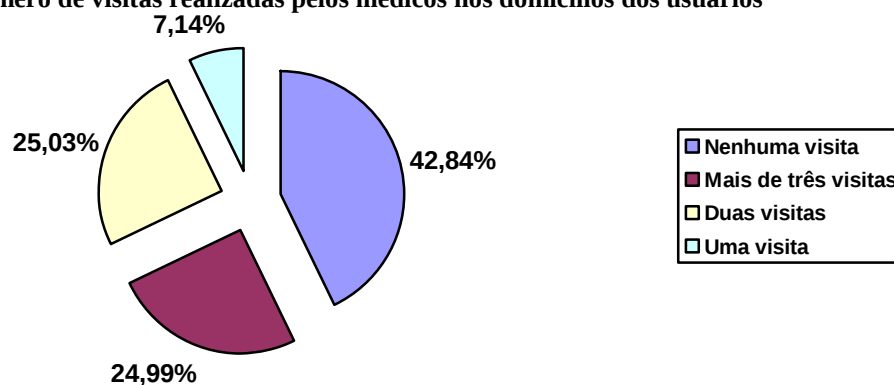
Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Ressalta-se que existem casas de saúde que só tem um técnico de enfermagem e que nesses casos, o técnico de enfermagem não realiza visitas domiciliares, exceto em

situações solicitadas por casos específicos como acamados, idosos impossibilitados de ir à Casa de Saúde, ou situações extraordinárias. Encontram-se nessa situação a Casa de Saúde do bairro Valparaíso, Gilberto Mestrinho e Grande Vitória.

Quanto aos serviços médicos, 92,86% disseram que conhecem o médico da família e 7,14% disseram que não. Sobre o número de visitas que o médico já fez nos domicílios dos usuários, a pesquisa aponta que 42,84% não fizeram nenhuma visita; 24,99% realizaram mais de 03 (três) visitas; 25,03% fizeram 02 (duas) visitas e 7,14% apenas uma visita.

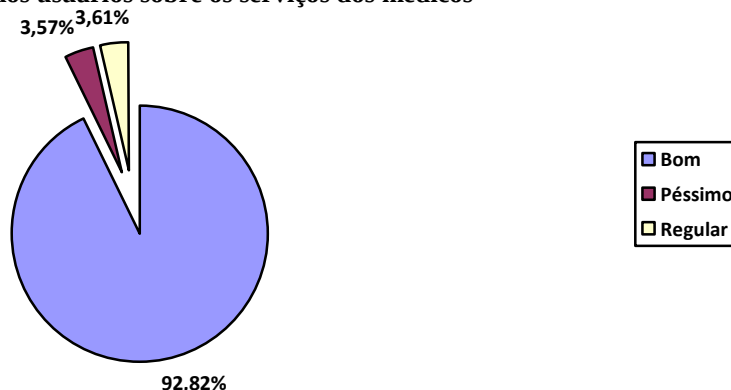
Gráfico 18: Número de visitas realizadas pelos médicos nos domicílios dos usuários



Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Destaca-se que esse número de visitas abordado não se refere a visita mensal e sim durante todo o período de existência do PSF nas comunidades. Esse dado revela que apesar de se apregoar que o Programa Saúde da Família vem aproximar a saúde da população, o profissional médico tem dificuldade de deixar o consultório e fazer as visitas domiciliares.

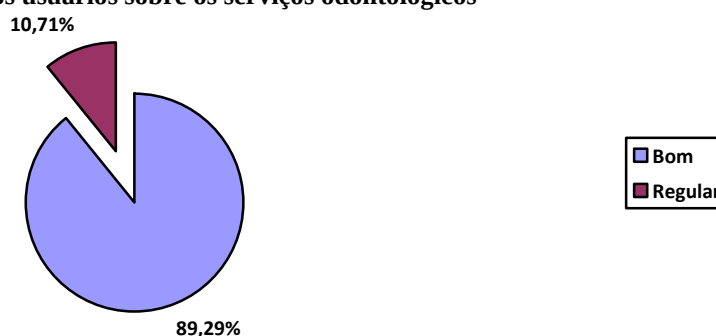
Foi perguntado aos usuários se eles sabem o papel do médico da família e que conceito atribuem ao atendimento desse profissional, 96,39% responderam que sim e 3,61% disseram que não sabem qual é o papel do médico da família. Sobre o conceito dado ao atendimento dos médicos 92,82% disseram que foram bem atendidos, 3,57% responderam péssimo atendimento e 3,61% disseram que receberam atendimento regular.

Gráfico 19: Grau de satisfação dos usuários sobre os serviços dos médicos

Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

O eixo visível de análise revela que os profissionais médicos avançaram no sentido de buscar estabelecer um vínculo com a comunidade, mas ainda apresentam limitações que apontam para a necessidade de realização de novas formas de capacitação desses profissionais em nível de graduação e pós-graduação.

Para mensurar o grau de satisfação dos usuários sobre os serviços de odontologia, perguntou-se aos usuários se já receberam atendimento de dentistas 64,3% disseram que sim e 35,7% responderam que não. Sobre o conceito do atendimento dos profissionais da odontologia 89,29% consideram bom e 10,71 não gostaram do atendimento que receberam, classificaram o atendimento como regular.

Gráfico 20: Grau de satisfação dos usuários sobre os serviços odontológicos

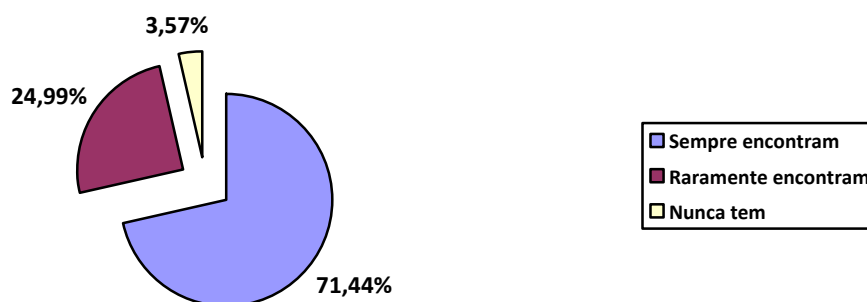
Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Informa-se que a saúde bucal no Disa Leste está implantada somente em 16 equipes de saúde da família sinalizando para possibilidades de ampliação para todas as casas de saúde da família. Para sanar essa deficiência alguns atendimentos foram realizados por ônibus odontológicos itinerantes, mas esse atendimento é paliativo e não atende as necessidades da população.

Quanto aos serviços de dispensação de medicamentos nas casas de saúde da família 71,44% dos usuários referiram que sempre tem medicamentos quando procuram; 24,99% responderam que raramente encontram os medicamentos que precisam e 3,57% disseram que nunca tem os remédios que necessitam.

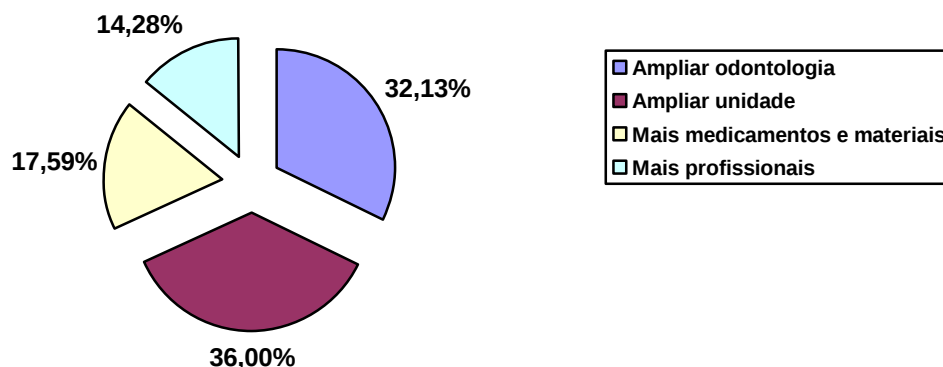
Os dados obtidos a partir da entrevista com os usuários mostraram também que apenas a medicação para tuberculose e hanseníase é disponibilizada em quantidade suficientes. Os hipoglicemiantes orais, insulina, analgésicos e antitérmicos, antibióticos, broncodilatadores, suplementos minerais e vitamínicos, os anti-hipertensivos e pomada de corticóide são disponibilizados de forma insuficiente e com falta eventual.

Gráfico 21: Informação sobre a dispensação de medicamentos



Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Para finalizar a entrevista com os usuários perguntou-se quais as propostas dos usuários para melhorar o Programa Saúde da Família, 32,13% responderam que é preciso ampliar os serviços da odontologia; 36% disseram que é preciso a ampliação da unidade; 17,59% disseram que precisa haver maior abastecimento de medicamentos e materiais para curativos e 14,28% reivindicaram mais profissionais de saúde.

Gráfico 22: Sugestões dos usuários para a melhoria do PSF

Fonte: Pesquisa de Mestrado realizada no período de janeiro a junho/2009.

Após a análise e discussão dos resultados da pesquisa, torna-se pertinente dizer que as ações desenvolvidas pelos profissionais do Programa Saúde da Família contribuíram com avanços na área da saúde, entretanto precisa de investimentos por parte do poder público no sentido de oferecer melhores condições de trabalho, proporcionar capacitação permanente aos profissionais para que estes possam oferecer serviços de mais qualidade à população.

Torna-se imperativo dizer da necessidade da participação da comunidade junto ao poder público para que estes contribuam de forma concreta na elaboração de políticas públicas mais efetivas, principalmente na área da saúde.

3.3 A Saúde em Manaus: limites e avanços no contexto dos direitos sociais

Ao proceder a análise acerca dos avanços e limites na área da saúde destacam-se: a tendência ao declínio da taxa de mortalidade infantil no período de 2000 a 2004, caindo de 30,1 para 16,5 por mil nascidos vivos. Segundo os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2000), o município de Manaus, migrou do estrato médio (20-49) para baixo (menos de 20- mortes por mil).

Ao se comparar a distribuição percentual dos nascidos vivos com baixo peso entre os anos de 2000 a 2004, verifica-se que houve uma oscilação entre 7,4% e 8,6% neste indicador, durante o período considerado. Embora, não alcance os percentuais

recomendados pelo Ministério da Saúde (2000), se reconhece que houve uma redução importante da mortalidade infantil, ainda que essas percentagens sejam superiores aos valores encontrados na região norte como um todo.

Quando se analisa o rendimento das pessoas, recorreu-se ao PNUD (2000), através do qual verificou-se que em 1991, o percentual de crianças com renda domiciliar *per capita* abaixo de R\$ 37,75 em Manaus era de 10,7% o mais baixo encontrado entre as capitais brasileiras, tendo inclusive um valor abaixo da média nacional (28.7%). Em 2000, o país de forma geral apresentou uma pequena melhora neste indicador, que reduziu para o nível de 25,2%. No mesmo período, Manaus apresentou o mais elevado percentual (22,6%), ficando bem próximo ao da média nacional. Tal evolução indica uma piora nas condições de vida das crianças, a qual ocorreu num contexto de importante crescimento econômico do município, indicando um incremento da concentração da riqueza e da iniquidade na distribuição de renda, afetando uma população especialmente vulnerável aos agravos à saúde como as crianças.

Outro programa analisado na pesquisa foi a saúde da mulher, no qual informa-se que no período de 2000 a 2004, a proporção de gestantes que fizeram mais 4 (quatro) consultas de pré-natal passou de 74,3% para 82,5%, enquanto a proporção de gestantes com 7 (sete) ou mais consultas de pré-natal passou de 23,3% para 35,5% no mesmo período. Apesar do desenvolvimento destas ações, informa-se que o resultado final mostra uma cobertura de pré-natal ainda muito abaixo do programado (FIOCRUZ, 2006)

A taxa de mortalidade materna, no período de 2000 a 2004, ficou em torno de 65 óbitos por causas maternas por 100.000 nascidos vivos. No entanto, observou-se uma queda significativa no ano de 2001, provavelmente relacionada a problemas na declaração dos óbitos, provocando uma sub-enumeração dos mesmos, Relatório (SEMSA, 2006).

O estudo permitiu observar uma tendência declinante das taxas de fecundidade total das mulheres de 15 a 49 anos residentes em Manaus, passando de 3,0 filhos por

mulher para 2,6 filhos. A redução verificada ficou em torno de 16%, inferior aos demais municípios.

Ao analisar o Relatório Anual da SEMSA (2006), observa-se que a queda da fecundidade já se mostra visível quando analisa-se a pirâmide etária do município. Verifica-se uma redução na faixa etária de 10 a 14 anos, porém nas faixas de 0 a 4 e 5 a 9 anos observa-se uma retomada do aumento dos nascimentos que provavelmente está associada a uma fase passageira de inércia demográfica, na qual os grupos etários nascidos em período anterior ao início da queda da fecundidade estão entrando em sua fase reprodutiva, por representarem grandes contingentes populacionais, provocam um aumento no número de crianças nas primeiras faixas etárias.

Outro indicativo de limitações das políticas direcionadas à saúde da mulher foram os dados fornecidos pela SUSAM (2005) no que se refere à ocorrência de gravidez na adolescência entre jovens abaixo de 18 anos. As jovens manauenses com idade de 15 a 17 anos apresentaram um percentual médio de gravidez de 7,4% em 1991, passando para 12,1% em 2000. Tais valores representam níveis mais elevados que os apresentados pela média nacional para os dois anos avaliados 6,0% e 5,8% respectivamente.

Quanto à esperança de vida ao nascer, Manaus, vem despontando como o município que apresenta o maior número médio de anos a serem vividos pela população (65,9 anos em 1991 e 67,7 anos em 2000), com um ganho de 1,8 ano. Ressalta-se porém, que Manaus ainda apresenta uma esperança de vida inferior à média nacional que é de 68,6 anos.

Ao focar a análise para a saúde da população idosa verifica-se que Manaus ainda apresenta serviços insuficientes para esse segmento da população. Na área da saúde a atenção ainda é predominante nas ações curativas como o controle e acompanhamento das doenças crônico-degenerativas como a hipertensão e diabetes. Sente-se a falta de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde.

Essa realidade foi identificada no *lócus* da pesquisa onde verificou-se que o espaço das Casas de Saúde é precário para a realização de atividades educativas. Esta

situação é agravada pela falta de articulação com os espaços institucionais existentes no território. Falta apoio institucional para que as equipes de saúde da família proporcionem ações coletivas e de lazer para a população idosa.

Outros avanços e limites que destacam-se principalmente no Distrito de Saúde Leste dizem respeito às ações e atendimento de grupos prioritários da atenção básica como: os indígenas urbanos que passaram a ser atendidos através do programa de assistência à saúde indígena, o qual já identificou até a presente data (2009) 19 etnias residentes no perímetro urbano da zona leste e que recebem atendimento de saúde vinculados às unidades de saúde mais próximas das suas residências.

Outra ação que merece destaque e maior atenção por parte do poder público é a saúde mental que visa atender pessoas com transtornos mentais, e dependentes de álcool e drogas em geral. Ressalta-se que Manaus, passa pelo redirecionamento da atenção à saúde mental com a descentralização dos serviços do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro para o atendimento nos Distrito de Saúde, porém os serviços e os profissionais são insuficientes para atender essa demanda.

Faz-se necessário a criação dos Centros de Atendimento Psico-sociais para atender a população acometida pelos transtornos mentais e/ou dependência química.

No contraponto dos direitos sociais encontram-se os deficientes físicos que têm o amparo legal assegurado, mas que na prática as ações não se efetivam. Os profissionais de saúde desenvolvem ações voltadas para o curativismo como as consultas médicas, a fisioterapia, mas faltam mais ações que vislumbrem a prevenção das incapacidades.

Falta ainda maior compromisso por parte dos gestores no sentido de proporcionar melhores condições de atendimento através da adequação das unidades de saúde para este atendimento. No entanto, o que se observa é que várias unidades de saúde encontram-se em reformas (físicas) e as adequações não estão sendo realizadas como a construção de banheiros específicos para os deficientes, portas adequadas para a passagem das cadeiras de rodas e construção de rampas de acesso.

Destaca-se, porém, que os profissionais da secretaria municipal de saúde e órgãos afins comprometidos com essa causa, que militam nessa área junto com os movimentos sociais lutam pela aprovação do Plano Municipal das ações de atenção à pessoa com deficiência na busca pela concretização dos direitos sociais dessa população.

Outros grupos prioritários preconizados pelo Ministério da Saúde (2005), são os adolescentes e os escolares que fazem parte das prioridades da agenda municipal que vêm recebendo atenção através da implantação do Programa Saúde na Escola que prevê o atendimento de crianças e adolescentes por meio da parceria saúde e escola, visando o atendimento integral desse público alvo.

Em síntese, pode-se dizer que os serviços oferecidos de saúde têm apresentados avanços significativos para a população Manauara, entretanto ainda apresentam limites que precisam ser superados e que há muito ainda que se investir para reduzir principalmente os índices de mortalidade materna e infantil, compromissos prioritários da atual gestão municipal.

Torna-se imprescindível, a participação da população através da criação dos Conselhos Locais de Saúde para que se apropriem do conhecimento e junto com o Conselho Municipal de Saúde lutem pela elaboração de políticas públicas que atendam as reais necessidades da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu verificar várias dimensões dentro da Estratégia Saúde da Família que precisam ser consideradas como: acessibilidade, sistema de referência e contra-referência, cobertura populacional, resultados apresentados.

Como aspectos facilitadores destacam-se as disciplinas trabalhadas em sala de aula articuladas aos objetos de estudos que contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento da pesquisa. E de forma relevante a participação no Grupo de Pesquisa Inter-ação da Universidade Federal do Amazonas que fez toda a diferença possibilitando a pesquisadora aproximação direta com o conhecimento científico e o amadurecimento intelectual visível em produções acadêmicas de reconhecimento nacional e internacional.

A pesquisa permitiu verificar que a existência de Unidades de Saúde da Família é de forma inquestionável um aspecto facilitador para o acesso das pessoas à saúde. Por outro lado, há dificuldades geográficas enfrentadas por usuários como idosos e mulheres em gestação avançada para chegar a algumas Casas de Saúde da Família.

Essas dificuldades poderiam ser reduzidas através de realização de visitas domiciliares pelos profissionais de nível superior. Entretanto, a pesquisa mostrou que as visitas aos domicílios realizadas principalmente pelos médicos são realizadas somente aos pacientes acamados.

A análise das situações apresentadas mostrou também que a implantação de Unidades de Saúde da Família em áreas mais desassistidas favoreceu o acesso da população aos serviços de saúde, mas a falta de investimentos concomitantes em infraestrutura urbana (como asfaltamento, sistema de esgotos, transportes coletivos, etc) mantém barreiras de acesso dificultando os avanços obtidos com a implantação do Programa Saúde da Família com rebatimento direto na qualidade de vida das pessoas.

A pesquisa possibilitou identificar a percepção dos usuários sobre o conceito de saúde o qual não limita-se exclusivamente ao aspecto físico da pessoa. A população compreende saúde dentro de uma integralidade que envolve os aspectos físico, mental e social. O estudo evidenciou que a população articula saúde com os elementos primordiais para ter uma vida saudável como habitação, educação, lazer e demonstrou através de conversas informais que sente faltas desses serviços.

Esta pesquisa visa contribuir com a elaboração de políticas públicas de saúde que levem em consideração a opinião dos usuários que solicitaram a ampliação dos serviços odontológicos, a ampliação das unidades de saúde da família, o investimento na qualificação dos profissionais de saúde e maior abastecimento de medicamentos nas casas de saúde.

A baixa cobertura do programa no município que apresenta uma taxa de 42,2% tem como consequência, a designação de extensas áreas para cada unidade de saúde da família, e revela que ainda há população desassistida na área da saúde.

A estratégia saúde da família facilita o acesso das pessoas ao programa de distribuição de renda do governo federal “o bolsa família” porque faz o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, uma das condicionalidades para participar do programa bolsa família.

Outra dificuldade verificada foi o não estabelecimento de referência e contra-referência dentro da estratégia saúde da família. Durante o estudo não se identificou a garantia efetiva do acesso dos usuários da rede básica aos níveis mais complexos de assistência.

A esse respeito, o município recentemente lançou em caráter experimental o SISREG, que é o sistema de regulação que funciona como uma central de marcação de consultas e exames especializados por telefone ou internet, o qual vem sofrendo duras críticas por parte dos profissionais de saúde e da população em geral, visto que foi mais uma ação verticalizada que foi imposta sem discussão coletiva sobre o seu funcionamento, além de não ter ocorrido a estruturação adequada da rede para a implantação de tal serviço.

De modo particular, os usuários das casas de saúde da família foram os mais atingidos com essa medida do governo municipal visto que as unidades de saúde da família não estavam equipadas com telefones e não tem computador para acessar a internet e fazer a marcação das consultas e dos exames especializados. Essa dificuldade faz com que os profissionais levem essas demandas para o Distrito de Saúde para realizar o agendamento e isso tem ocasionado mais demora no atendimento das necessidades dos usuários.

Por ocasião da pesquisa verificou-se ainda que o incentivo às práticas promocionais de saúde são muito tímidas e permanece no nível do discurso, sem que se busquem alternativas para sua realização. Esse fato, contradiz os princípios da estratégia saúde da família que ao agir dessa forma, enfatiza os aspectos curativistas da saúde em detrimento de ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças.

No plano concreto das ações que visem contribuir com a Estratégia Saúde da família, criou-se de forma institucionalizada as sub-gerências de Monitoramento e Avaliação com o objetivo de planejar, monitorar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica nas unidades de saúde e nas casas de saúde da família.

Espera-se que os profissionais do monitoramento e avaliação possam contribuir junto à atenção básica para que sejam oferecidos serviços mais qualificados à população usuária dos serviços de saúde.

A pesquisa aponta para a necessidade de realizar um estudo de territorialização no município de Manaus, visando organizar os territórios e a criação de mais unidades de saúde, com intuito de ampliar os serviços de saúde e possibilitar uma maior cobertura à população.

O estudo realizado permitiu a verificação de que a Estratégia Saúde da Família contribuiu com a melhoria da qualidade de vida da população, entretanto, os resultados apresentados em uma década ainda são pequenos frente às questões cruciais que precisam ser enfrentadas com ações mais efetivas, como a mortalidade materna e infantil.

Ressalta-se que as discussões sobre a Estratégia Saúde da Família devem ser cada vez mais ampliadas, nesse sentido, essa pesquisa pretendeu apenas fomentar cada

vez mais o debate sobre as políticas públicas de saúde tanto no âmbito da universidade, como também da sociedade.

Por fim, não se pode perder de vista que todos os avanços na área da saúde foram frutos de lutas dos sujeitos coletivos envolvidos nesse processo, portanto, deve-se incentivar cada vez mais a participação da sociedade através da criação dos conselhos locais de saúde na perspectiva do controle social para que estes continuem na luta por políticas públicas mais efetivas que visem realmente o bem estar da população.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Jorge Luiz Gama de. Projeto de PIBIC intitulado: A Espacialidade do Programa Médico da Família – uma abordagem da Geografia Médica. Universidade Federal do Amazonas, 2003.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Distritos Sanitários: Concepção e Organização, volume 1, série Saúde e Cidadania, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2ª ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec, 2007.

BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o desenvolvimento mundial/1995. Rio de Janeiro: FGV, 1995.

BARVALHO, Célia Regina Simonetti & MORAES, Suely Oliveira. Guia para normalização de teses e dissertações. Manaus:UFAM, 2003.

BRASIL, Constituição Federal de 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1998.

BRASIL, Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 1994.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000-a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil, 2002.

BRAVO, Maria Inês Souza (et al). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais, 2ª edição, São Paulo: Cortez, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Análise Crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde. In Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

_____. Saúde Pública e a Defesa da Vida, São Paulo: Hucitec, 1994.

CARTA DE OTTAWA. Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, 1986.

CARVALHO, A.I. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1997.

COHN, Amélia & Elias Paulo Eduardo. Saúde no Brasil: Políticas e organização de Serviços, 6ª ed. , São Paulo: Cortez, 2005.

CORREIA, A. L. Qualidade de vida urbana na Amazônia: os casos de Marapanim e Vila dos Cabanos. Belém: Unama, 2001.

COSTA, Nilson. Lutas urbanas e controle sanitário. Petrópolis: Vozes, 1996.

FRANCO T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

GRAMSCI, Antônio. Os intelectuais e a organização da cultura. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

_____. Concepção dialética da história. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

IANNI, Otávio. A ditadura do grande capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2005.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem populacional demográfica para os anos intercensitários, 2007.

KALOUSTIAN, Silvio Manoug. Família Brasileira à Base de Tudo. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNICEF, 2004.

KUHN, Thomas. Categorias Kuhnianas. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Vol 9, nº 16, 1996.

LOAS, Lei Orgânica da Assistência Social. Lei 8.742 de 7/12/1993. Sancionada pelo Presidente Itamar Franco. Brasília: 1993.

LUZ, Madel Terezinha. Instituições Médicas no Brasil: Instituições e Estratégias de Hegemonia, Rio de Janeiro, 1979.

MARX, Karl. “Salário, Preço e Lucro” *in* Marx, São Paulo: Abril Cultural (Col. Os Pensadores), 1978a.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). Distrito Sanitário – o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: ABRASCO/HUCITEC, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Coordenação de Saúde da Comunidade, 1997.

MISHRA, Ramesh. O Estado-Providência na sociedade capitalista: estudo comparativo das políticas públicas na Europa, América e Austrália. Oeiras/Portugal: Celta Editora, 1995.

MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 1ª edição, São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social; uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 2002.

OLIVEIRA, Raquel Paiva de. Dissertação de Mestrado intitulada: Ambiente e Saúde na cidade de Manaus – Percepção no bairro Jorge Teixeira, UFAM, 2005.

RUEDA, S. Habitabilidad y calidad de vida: aproximación al concepto de calidad de vida, 1ª edição, 1997.

SANTOS, A. R. A. Programa de Saúde da Família de Manaus: Um paradigma em Saúde Pública. Dissertação de Mestrado, Santa Catarina, Departamento de Administração: UFSC, 2002.

SEMSA. Relatório Anual, 2000.

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

_____, Relatório de Gestão, 2006.

SEMSA. Plano Municipal de Saúde, 2006-2009.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a Estratégia Saúde da Família com base nas categorias Kuhnianas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Vol. 9, 2005.

SLIWIANY, R.M. Sociometria: como avaliar a qualidade de vida. Petrópolis: Vozes, 1997.

SPOSATI, Aldaíza et alii. Cidadania e Comunidade Solidária. *Serviço Social & Sociedade*, nº 48. São Paulo: Cortez, 1995.

SUFRAMA, Superintendência do Estado do Amazonas, 2008.

SUSAM, Superintendência da Saúde no Amazonas. Programa cobertas por equipes de saúde da família, 2009.

_____. “Sociedade Civil e construção de espaços públicos” *In* DAGNINO, E. (org.). *Anos 90: Política e Sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

TEIXEIRA, Sônia Fleury, (org). GALO Edmundo Nascimento, Paulo César. *Reforma Sanitária: em Busca de uma Teoria*, 2ª ed., São Paulo, Cortez, 1995.

UNGLERT, C.U.S, Territorização em Sistemas de Saúde: *In* Eugênio Vilaça (org.) *distrito sanitário. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1999.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 2ª edição, São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, E.M. *Educação Popular e a atenção à Saúde da Família*. São Paulo: HUCITEC/Ministério da Saúde, 1999.

WILHEIM, J. *O substantivo e o adjetivo*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

APÊNDICES

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

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DAS CASAS DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISA LESTE**

- Identificação das ações desenvolvidas nos programas saúde da criança, da mulher e do idoso.
- Verificação de quais os problemas mais recorrentes na saúde das crianças, das mulheres e dos idosos usuários dos serviços das Casas de Saúde da Família.
- O rebatimento das ações desenvolvidas pelos profissionais do Programa Saúde da Família nas condições de saúde dessas populações.
- Condições de trabalho dos profissionais das casas de saúde da família.
- Contextualização do Programa Saúde da Família em Manaus.
- O trabalho desenvolvido pra informar a comunidade sobre o funcionamento do programa saúde da família.
- A realização de ações preventivas de educação em saúde.
- A relação profissional e os usuários dos serviços da casa de saúde da família.
- A periodicidade de manutenção da infra-estrutura das casas de saúde da família.
- A manutenção dos equipamentos necessários na prestação dos serviços.
- O fornecimento dos equipamentos necessários para desenvolver as ações com segurança no trabalho.
- A saúde do trabalhador e o tratamento dispensado pela Secretaria Municipal de Saúde aos servidores.
- As doenças adquiridas pelos servidores em função do trabalho no programa saúde da família no Disa-Leste.
- A relação entre os próprios profissionais e as chefias imediatas em caso de doença.
- Os limites e as possibilidades de atuação nas Casas de Saúde do Distrito de Saúde Leste.

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

**FORMULÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NAS
CASAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO PFS DISA LESTE**

I. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____

PROFISSÃO: _____

CASA DE SAÚDE: _____

DATA:-----/-----/-----

II. PROGRAMAS DE SAÚDE DA CRIANÇA, DA MULHER E DO IDOSO:

2.1 Quais os programas de saúde que essa casa desenvolve? _____

2.2 Quais dos serviços abaixo são oferecidos para atenção à saúde da mulher?

() Assistência ao pré-natal e puerpério () Orientação sobre DST/AIDS

() Planejamento familiar () Exame preventivo

() Consultas ginecológicas () Palestras e/ou orientações sobre saúde

() Outros, citar _____

2.3 Que problemas de saúde mais acometiam as mulheres dessa comunidade? _____

2.4 Que resultados as ações de saúde desenvolvidas por essa casa de saúde trouxeram para a população feminina? _____

2.5 Quais dos serviços abaixo são oferecidos para atenção à saúde ?

() Consultas pediátricas () Acompanhamento de peso/altura

() Imunização/vacina () Tratamento de doenças diarreicas

() Orientação sobre saúde () Outros, citar _____

2.6 Que problemas de saúde mais acometiam as crianças dessa comunidade por ocasião da inauguração dessa casa de saúde?_____

2.7 A casa de saúde mudou essa situação? () Sim () Não () Parcialmente

2.8 Quais dos serviços abaixo são oferecidos à saúde do idoso?

() Programa de Hipertensão e Diabetes () Consultas clínicas

() Imunização () Outros, citar_____

2.9 Que problemas de saúde mais acometiam os idosos dessa comunidade?_____

2.10 As ações de saúde trouxeram que benefícios para população idosa?_____

III.CONDIÇÕES DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE:

3.1 A casa de saúde é um ambiente favorável para o trabalho?_____

3.2 Há quanto tempo essa casa de saúde foi inaugurada?_____

3.3 À época da inauguração foi realizado algum trabalho com a comunidade sobre o funcionamento do Programa Saúde da Família? () Sim () Não

Em caso positivo. Qual_____

3.5 Considerando que o Programa Saúde da Família tem como objetivo a promoção de saúde e a prevenção de doença, você desenvolve palestras educativas com a comunidade? () sim () Não

3.6 Com que frequência?_____

3.7 Após a inauguração da casa foi feita alguma manutenção? Como é feito esse trabalho?_____

3.8 Em caso positivo. Quando?_____

3.9 Os equipamentos utilizados na prestação dos serviços de saúde (aparelho de nebulização, tensiômetro, autoclave) funcionam? () Sim () Não

3.10 Esses aparelhos passam por manutenção?_____

3.11 Em caso positivo, com que frequência?_____

3.12 Você considera que a estrutura da casa e o adequado funcionamento dos aparelhos interferem na qualidade dos serviços prestados? () Sim () Não

3.13 Quais os equipamentos necessários para o desenvolvimento de suas atividades (batas, blusas, uniformes em geral)?_____

3.14 Com que frequência recebem esse material?_____

3.15 Quanto à saúde trabalhador, a equipe tem recebido orientação e apoio nesse sentido? () Sim () Não

3.16 Você já adquiriu alguma doença em função do trabalho?

() Sim () Não Qual (is)_____

3.17 Quando você adoece que apoio você recebe da Secretaria Municipal de Saúde?_____

3.18 E em seu trabalho como é essa relação?_____

3.19 Qual sua sugestão para a Secretaria Municipal de Saúde para melhorar a saúde do trabalhador?_____

3.20 Quais suas maiores dificuldades para realizar um bom trabalho nessa casa de saúde?_____

3.21 Quais os pontos positivos dessa casa de saúde?_____

3.22 Quais suas sugestões para melhorar o Programa Saúde da Família?_____

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

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS USUÁRIOS DAS CASAS DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISA LESTE**

- Mensuração do grau de satisfação do usuário.
- As visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde ao domicílio do usuário.
- O papel dos agentes comunitários de saúde.
- As atividades dos agentes comunitários de saúde.
- A avaliação dos agentes comunitários na ótica do usuário.
- Perspectivas sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde.
- As visitas realizadas pela enfermagem à família do usuário.
- O atendimento dos serviços de enfermagem junto ao usuário.
- As visitas realizadas pelo (a) médico (a) à residência do usuário.
- Aferição do conhecimento sobre o papel do médico da família.
- A avaliação do atendimento médico pelo usuário da casa de saúde da família.
- Identificação do atendimento odontológico.
- Avaliação dos serviços odontológicos pelo usuário.
- Verificação se a distribuição de medicamentos nas casas de saúde atendem as reais necessidades.
- Propostas do usuário para contribuir com a melhoria dos serviços oferecidos à comunidade.

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

**FORMULÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS DAS CASAS DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO PSF DO DISA LESTE**

I. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

TEMPO DE MORADIA: _____

CASA DE SAÚDE: _____

DATA: ____/____/____

**II. GRAU DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O TRABALHO
DO ACS:**

2.1 Você conhece o seu Agente Comunitário de Saúde? () Sim () Não

2.2 Sabe o seu endereço? () Sim () Não

2.3 Quantas visitas o Agente Comunitário de Saúde faz ao mês em sua casa?

() 1 () 2 () 3 () Mais de 3 () Nenhuma

2.4 Você sabe qual o papel que o ACS desempenha na comunidade?

() Sim () Não

2.5 Que atividade o ACS já fez em sua família? _____

2.6 Como você avalia o trabalho do ACS em relação à comunidade? _____

2.7 O que você espera do trabalho do ACS?_____

III. GRAU DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE OS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM:

3.1 Você já recebeu algum serviço de enfermagem na sua casa?_____

3.2 Você já foi convidado a participar de alguma atividade de educação em saúde promovido pela equipe da casa de saúde? () Sim () Não

3.3 Como foi atendido (a) pelo (a) enfermeira (o) e/ou técnico (a) de enfermagem da casa de saúde quando precisou de atendimento? Avalie o atendimento._____

IV. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O SERVIÇO MÉDICO:

4.1 Você conhece o (a) médico (a) da sua casa de saúde?

() Sim () Não

4.2 Quantas visitas o (a) médico (a) já fez em sua residência?

() Uma () Duas () Três () Mais de três () Nenhuma

4.3 Você sabe qual o papel do médico da família?

() Sim () Não

4.4 Como você foi atendido (a) pelo médico (a) da casa de saúde quando precisou de atendimento?

() Bem () Mal () Péssimo

Por

quê?_____

V.SATISFAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O SERVIÇO ODONTOLÓGICO:

5.1 Você já recebeu atendimento odontológico dessa casa de saúde?

() Sim () Não

5.2 Como você foi atendido?

() Bem () Mal () Péssimo

Por

quê_____

VI. OS SERVIÇOS DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

6.1 Quanto a medicamento na casa de saúde:

() Sempre tem () Raramente () Nunca tem

6.2 Quais suas sugestões para melhorar o Programa Saúde da Família?_____

Manaus, 21/10/2008

Ao

Prof. Dr. Plínio José Cavalcante Monteiro

Ilmo. Sr. Coordenador do CEP/UFAM.

Senhor coordenador,

Através da presente, eu FRANCICLÉIA DOS SANTOS AZEVEDO, estou encaminhando o Projeto de Pesquisa envolvendo seres humanos, intitulado “*Uma análise do Programa Saúde da Família no Distrito de Saúde Leste da cidade de Manaus*” para que possa ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta instituição de ensino superior. Junto estão os documentos exigidos pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Na expectativa de desfecho favorável, apresento votos de consideração.

Atenciosamente,

Pesquisadora Responsável

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PROFISSIONAIS DE SAÚDE)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar do Projeto de Pesquisa “Uma análise do Programa Saúde da Família no Distrito de Saúde Leste da cidade de Manaus”, das pesquisadoras Francicléia dos Santos Azevedo e Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira que será realizado na Universidade Federal do Amazonas e tem como objetivo geral analisar os resultados das ações desenvolvidas no Programa Saúde da Família e sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população. A pesquisa envolverá 28 (vinte e oito) profissionais de 04 (quatro) equipes do Programa Saúde da Família e 28 (vinte e oito) usuários dos serviços de saúde, com um total de 56 (cinquenta e seis) participantes. A coleta de dados será feita através da aplicação de formulários com perguntas abertas e fechadas orientados por um roteiro de entrevista com os sujeitos da pesquisa. Assegura-se que o sujeito pode se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum ônus, de acordo com a Resolução 196/96.

Fui informado sobre o que as pesquisadoras querem fazer e porque precisam de minha colaboração e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto. Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras pelo telefone (92) 3647-4379 e no endereço à Av. Gal. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000 – Aleixo.

Manaus,...../...../.....

Assinatura do participante

Pesquisadora

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(USUÁRIOS)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar do Projeto de Pesquisa “Uma análise do Programa Saúde da Família no Distrito de Saúde Leste da cidade de Manaus”, das pesquisadoras Francicléia dos Santos Azevedo e Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira que será realizado na Universidade Federal do Amazonas e tem como objetivo geral analisar os resultados das ações desenvolvidas no Programa Saúde da Família e sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população. A pesquisa envolverá 28 (vinte e oito) profissionais de 04 (quatro) equipes do Programa Saúde da Família e 28 (vinte e oito) usuários dos serviços de saúde, com um total de 56 (cinquenta e seis) participantes. A coleta de dados será feita através da aplicação de formulários com perguntas abertas e fechadas orientados por um roteiro de entrevista com os sujeitos da pesquisa. Assegura-se que o sujeito pode se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem nenhuma despesa, de acordo com a Resolução 196/96.

Fui informado sobre o que as pesquisadoras querem fazer e porque precisam de minha colaboração e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto. Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras pelo telefone (92) 3647-4379 e no endereço à Av. Gal. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000 – Aleixo.

Manaus,...../...../.....

Assinatura do participante

Pesquisadora

ANEXOS

REGISTRO FOTOGRÁFICO DA PESQUISA



Foto 1: Casa de Saúde da Família 01 – bairro Valparaíso



Foto 2: Farmácia das Casas de Saúde da Família



Foto 3: Casa de Saúde da Família 02 – bairro João Paulo II



Foto 4: Casa de Saúde da Família 35 – bairro Gilberto Mestrinho



Foto 5: Casa de Saúde da Família 36 – bairro Grande Vitória



Foto 6: Equipe da Casa de Saúde da Família 35