

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

Campinas, 30 de Julho de 2001.

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

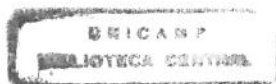
HUDA FARAH SIQUEIRA CUNHA

**GESTÃO LOCAL PLENO COM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
Um Estudo de Caso**

Tese apresentada para obtenção do grau de
Mestre em Saúde Coletiva, à Comissão Julgadora
da Universidade Estadual de Campinas sob a
orientação do Prof. Dr. Emerson Elias Merhy.

Universidade Estadual de Campinas
Campinas - 2001

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE



200123659

UNIDADE BC
 N.º CHAMADA TI UNICAMP
C914g
 V. Ex.
 TOMBO 96754
 PROC. 16.392/01
 C ☐ D ☒
 PREC. R\$ 11,00
 DATA 27/10/01
 N.º CPD

CM00161012-9

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
 BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
 UNICAMP**

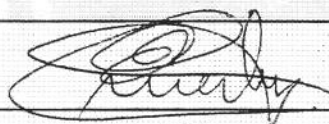
C914g Cunha, Huda Farah Siqueira
 Gestão local pleno com programa de saúde da família e aplicação dos princípios do sistema único de saúde : um estudo de caso / Huda Farah Siqueira Cunha. Campinas, SP : [s.n.], 2001.
 Orientador : Emerson Elias Merhy
 Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
 1. Política Governamental. 2. Planejamento. 3. Gestão. I. Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

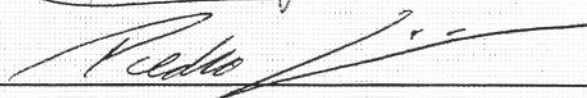
Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

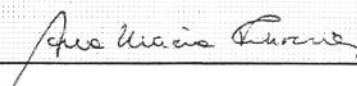
1. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy



2. Prof. Dr. Pedro Dimitrov



3. Profa. Dra. Ana Maria Franklin de Oliveira



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 30/07/2001

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

“... não perder a capacidade de indignação com as injustiças do dia a dia, ter sempre esperança em um futuro melhor para a humanidade, manter acesa a chama da ousadia e da coragem de correr riscos que se teve no passado, para ajudar a construir um mundo melhor ...”, meu pai me ensinou. Pena que ele não saiba.

Dedico aos homens de minha vida: Toufic, meu pai; Ricardo, meu marido; Pedro e Oswaldo, meus filhos; Emerson, meu orientador.

AGRADECIMENTOS

À equipe técnica do Distrito de Saúde Sé que o gerenciou com competência apesar de minhas freqüentes ausências neste complicado início de ano e de governo municipal.

Ao Secretário Municipal da Saúde de São Paulo e Deputado Federal, Eduardo Jorge, que no momento que mais precisava que seus diretores estivessem investindo integralmente seu tempo e saber na administração e organização da política de saúde municipal, permitiu que me dividisse entre a SMS e UNICAMP.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Emerson Elias Merhy, que soube, como só ele saberia, me conduzir na transformação de um texto “épico” para um trabalho com a lógica científica que os estudos acadêmicos devem necessariamente ter.

Por último, há que se declarar que tudo que foi feito e aqui apresentado, em prol da transparência, lisura, competência e eficácia só foi possível com os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Cerquilha. Todos,

indiscriminadamente, merecem moção honrosa de dedicação, responsabilidade e afinco. Tudo que foi realizado está atrelado a estes trabalhadores co-partícipes e co-responsáveis pelo processo e sucesso dessa empreitada.

SUMÁRIO

	página
RESUMO	08
APRESENTAÇÃO	09
CAPÍTULO PRIMEIRO	
CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CERQUILHO	53
CAPÍTULO SEGUNDO	
DESCREVENDO O PERCURSO DE IMPLANTAÇÃO	63
CAPÍTULO TERCEIRO	
POSSIBILIDADES E LIMITES	79
CAPÍTULO QUARTO	
RESULTADOS E CONCLUSÕES	97
SUMMARY	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	139

RESUMO

Trata-se da análise de uma experiência de gestão em saúde no município de Cerquilha/SP, no período de agosto de 1999 a outubro de 2000.

Nesta experiência foi construído e desenvolvido um projeto denominado R.A.I.S. – Reorganização da Atenção Integral à Saúde objetivando testar a aplicação dos princípios da universalidade, integralidade, equidade e controle social constantes da Lei Orgânica da Saúde e, para tanto, foram utilizados três eixos estratégicos: Construção de Gestão Local Pleno, Implantação de Equipes de Programa de Saúde da Família e Organização de Espaços de Controle Social.

APRESENTAÇÃO

Em “Pensamento Estratégico e Lógica de Programação – O Caso da Saúde:” *... uma colaboração para colocar (...) a ciência social nas mãos do povo, única maneira de se fazer dela algo útil e necessário no longo e tortuoso caminho para a liberação..”* (Testa, 1993:13).

A autora é natural do Líbano naturalizada brasileira no ano de 1972, hoje com cinquenta e um anos de idade. Geógrafa pela Fundação Dom Aguirre, com cursos de especialização em: Educação em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo – USP; Recursos Humanos Para a Saúde, curso internacional pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP; Psicodrama Pedagógico pela Oficina de Maria Alícia Romanã - OMAR e Gestão Pública Municipal pela Fundação Armando Álvares Penteado - FAAP. Foi da primeira turma de profissionais não médicos a comporem o quadro de alunos do curso de mestrado do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. A partir daí, a vida profissional da autora traçou um percurso que lhe permitiu um certo modo de acumular experiência e ordenar algumas observações.

O primeiro estudo proposto pela autora, denominado “Matizes do Fracasso”, pretendia refletir sobre a Política de Saúde Pública e o pensar de um conjunto de profissionais engajados na reforma administrativa da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, sob o comando do Professor Walter Lezer, no governo do Dr. Paulo Egydio Martins quando, então, a autora passou a atuar na área. Nos governos subseqüentes, Dr. Paulo Maluf e Professor Dr. Franco Montoro deram continuidade à Reforma tendo como Secretários: Professor Adib Jatene e Professor João Yunes, respectivamente. Porém, o Professor José Aristodemo Pinoti, ao assumir a pasta na gestão do Governador Orestes Quécia, trouxe um desarranjo na vida profissional de muitos destes atores, visto que encerrou a carreira de médicos sanitaristas e transferiu à revelia, mais de noventa destes profissionais que foram distribuídos pelos vários municípios do Estado. Esta situação provocou tal desalento, que aquele momento histórico mereceria registro. No entanto, com a criação da Lei Orgânica da Saúde, a conjuntura se alterou rapidamente e outras questões surgiram.

Por esta ocasião, a cidade de São Paulo estava sob a administração da Prefeita Luiza Erundina, período em que a autora vinculou-se à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Posteriormente, na gestão do Prefeito Paulo Maluf, a Secretaria iniciou um processo de desestruturação em função da implantação do PAS - Plano de Atendimento à Saúde. A forma encontrada para resistência e sobrevivência profissional foi criar um curso de Biossegurança para quarenta monitores e dois mil alunos, na ARS1 - Administração Regional de

Saúde do Centro de São Paulo. O curso pretendia a investigação do ensino pelo afeto através do psicodrama pedagógico, sobretudo com a obra “Construção Coletiva do Conhecimento”, de Maria Alícia Romanã. Quando o PAS se instalou na ARS1, o curso já havia sido concluído e os alunos diplomados. Entretanto, os profissionais mais engajados se dispersaram, os registros do curso se perderam e o estudo foi abandonado.

A autora volta para a Secretaria Estadual da Saúde, desta vez, como membro do Corpo Técnico do Conselho Estadual da Saúde. Um novo estudo se configura com a organização da Segunda Conferência Estadual da Saúde. A indagação sobre o grau de representatividade e legitimidade dos delegados participantes desta conferência foi objeto da nova pesquisa. A dissertação estava próxima da finalização, quando um vírus potente se instala no micro computador destruindo todos os programas, inclusive, os arquivos de cópia de segurança, inviabilizando a finalização do trabalho.

Nova oportunidade surge quando a autora assume da Secretaria Municipal de Saúde de Cerquilha. As características pré-existent de urbanização e infra-estrutura sanitária do município apontaram a necessidade e oportunidade (viabilidade política, econômica e técnica) de reordenamento dos recursos de saúde que poderiam provocar um impacto, político e epidemiológico significativo. A pergunta ficou óbvia: quanto se poderia avançar na implementação dos princípios do SUS em municípios com características específicas como, por

exemplo, infra-estrutura sanitária adequada, urbanização suficiente e com possibilidade de construção de gestão local pleno? Foi, então, criado e desenvolvido o Projeto R.A.I.S. - Reorganização da Atenção Integral à Saúde, objeto de estudo e análise do presente texto. Aqui, a autora deixa uma recomendação aos colegas e alunos de pós-graduação: sua experiência com a leitura do livro de Umberto Eco – “Como Se Faz Uma Tese”. Nesta obra, é impossível destacar qual capítulo é mais importante. Porém, no capítulo sobre o “plano de trabalho e fichamento”, o item 4.2.4. *“A humildade científica: Não se deixe impressionar pelo título deste parágrafo. Não se trata de uma discussão ética, mas de métodos de leitura e fichamento ...”* (2000:111) deve ser lido ao se iniciar um estudo e, sobretudo, deve ser relido após a prova de qualificação. A clareza do autor iluminou e destacou as recomendações, sugestões e críticas dos membros da banca de avaliação.

Aqui está se propondo um estudo que visa submeter à análise da política de saúde (modelo, acesso e resolutividade), através do projeto de intervenção técnico assistencial, o possível resultado obtido e considerados avanços na implementação dos princípios do SUS, desenvolvido no município de Cerquilha/SP, no período de primeiro de agosto de 1999 a trinta de outubro de 2000.

O projeto denominado R.A.I.S. – Reorganização da Atenção Integral à Saúde, teve por objetivo a reestruturação da atenção básica através do Programa

de Saúde da Família - PSF, bem como, desenvolveu um modelo de gestão que propiciou a aplicação dos princípios do SUS, com enfoque centralizado na participação.

A investigação foi engendrada e desenvolvida pela mesma autora que procede a análise. Esta situação, em algum momento, pode ter levado a uma certa tendenciosidade analítica, porém, sabe-se que toda a análise tem sua subjetividade, como afirma o saudoso Betinho – Herbert José de Souza, em seu livro – “Como se Faz Análise de Conjuntura”. Segundo o autor, *“a análise da conjuntura é uma mistura de conhecimento e descoberta, é uma leitura especial da realidade e que se faz sempre em função de alguma necessidade ou interesse. Nesse sentido não há análise de conjuntura neutra, desinteressada: ela pode ser objetiva mas estará sempre relacionada a uma determinada visão do sentido e do rumo dos acontecimentos.”* (2000:8). Apesar do risco da subjetividade, as categorias de análise de conjuntura apontadas por Betinho foram exatamente às utilizadas neste trabalho ou seja, acontecimentos, cenários, atores, relação de forças e articulação entre estrutura e conjuntura que, de certa forma, deu legitimidade às observações apontadas neste trabalho.

O objeto de estudo e pesquisa pareceu pertinente nesse momento devido aos debates nacionais de políticos, cientistas, escritores, sanitaristas, entre outros, na indagação da viabilidade de implantação do SUS dez anos após sua criação (Lei Federal 8.080 de 19/09/1990 e 8.142 de 28/12/1990). Tanto é, que Carlos Botazzo, em seu livro “Unidade Básica de Saúde - A Porta do Sistema Revisitada”,

questiona a viabilidade do Sistema Nacional de Saúde quando diz que “O movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a partir dos anos 70 e sobretudo nos 80, produziu significativa obra teórico-política na qual o reordenamento do Sistema Nacional de Saúde é analisado/criticado por variados enfoques e metodologias, mas em nenhum momento esta racionalidade da hierarquia sistêmica deixou de ser ratificada como modelo organizativo necessário. Isto pelo lado dos que desejam reformas e mudanças profundas em nossa sociedade atual; do mesmo modo, igualmente os setores conservadores jamais se pronunciaram em contrário. A diferença, e há, é que os conservadores imaginam a atenção primária como universal e gratuita, e apenas ela, enquanto o Movimento Sanitário pensou estender os princípios gerais do sistema público ao conjunto da população. Assim, para os conservadores a atenção primária seria garantida pelo poder público a quem dela necessitasse, mas os demais níveis do sistema seriam acessados consoante cláusulas e regulamentos de contratos particulares (...) os experimentos localizados que ocorreram nos anos 70 e as tentativas de reordenamento do sistema de seguridade social, o perfil clássico da Saúde Pública começou a ser mudado e se iniciou a trajetória que culminaria com a consagração na Constituição Federal dos princípios organizativos do SUS, (...) imaginou-se este sistema, antes de mais nada democratizado, seria parte de um projeto de sociedade radicalmente transformada na qual o controle dos trabalhadores, forma de exercício de poder sobre o Estado, orientaria o sentido dessa transformação. (...) A Reforma Sanitária, sob controle social e com participação popular, deveria gerar um sistema único, estatal, gratuito,

universalizado, descentralizado, hierarquizado, regionalizado e onde as ações produzidas tivessem a marca da integralidade. (...) A promulgação dos diplomas legais que se sucederam à Constituição de 1988 deu a impressão de vitória do movimento sanitário e que agora o SUS marcharia. Já se verá que as coisas não se passaram exatamente desta maneira: nem a Constituição vem sendo integralmente cumprida, nem a Lei da Saúde foi implementada, nem a descentralização produziu a desconcentração de poder que se havia imaginado, nem a municipalização colocou o usuário mais próximo dos serviços e, fundamentalmente, a rede de unidades básicas construída nas últimas décadas está longe de assegurar atendimento minimamente resolutivo na escala proposta.” (1999:18).

Este estudo de caso trouxe a possibilidade de contracenar com Botazzo, pois, dadas certas circunstâncias, a Lei da Saúde pode ser implementada, a descentralização pode produzir a desconcentração de poder, a municipalização pode colocar o usuário mais próximo dos serviços e, fundamentalmente, a rede de unidades básicas pode assegurar atendimento minimamente resolutivo. Portanto, os princípios do SUS não são meramente retóricos.

Reafirma-se, portanto, que a Lei Orgânica da Saúde, ou seja, as Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90 consagraram os princípios de que a saúde é um direito inerente à cidadania devendo seu provimento ser de responsabilidade do Estado, de forma a garantir o atendimento equânime e integral à totalidade da

população e a utilização de estratégias para alcançar tais objetivos através das diretrizes de hierarquização, regionalização e gestão social dos serviços, num contexto de efetiva participação e descentralização administrativa e programática.

A experiência apontou para a possibilidade de avaliar a capacidade de implantação de um projeto de intervenção técnico assistencial em um período de dois meses, com desenvolvimento e acompanhamento por um ano sobre o grau de reificação dos princípios da Lei Orgânica da Saúde (Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação) através de um sistema capaz de dimensionar resultados. Para tanto, foram utilizados três eixos estratégicos:

Construção de Gestão Local Pleno

Implantação de Equipes do Programa da Saúde da Família

Organização de Espaços de Controle Social.

Construção de Gestão Local Pleno:

Através da gestão financeira com ampliação dos repasses de recursos gerenciados pelo Fundo Municipal de Saúde; criação de comissão de compras; reversão na aplicação dos recursos que emigrou da atenção terciária para a primária.

Gestão de recursos humanos com demissão e contratação de pessoal com perfil adequado à nova política; elaboração de quadro mínimo de recursos humanos; seleção de profissionais com compromisso social; elaboração e aplicação de provas de seleção; política de capacitação e treinamento; criação de Colegiado Gestor.

Gestão da política de saúde com priorização de investimento na rede básica; estabelecimento da rede secundária e terciária planejados para a necessidade da demanda real; encerramento do convênio com o sindicato rural patronal; investimento no Pronto Socorro da Santa Casa local através de contratação de recursos humanos e na organização dos serviços; rompimento do Convênio SUS e estabelecimento de Convênio para projeto R.A.I.S. com a Santa Casa de Misericórdia de Cerquilho; comunicação sistemática e transparente com a comunidade.

Implantação de Equipes do Programa da Saúde da Família:

Através de adstrição de clientela, cadastramento, territorialização, unidades básicas de saúde equipadas para serem resolutivas, ampliação das equipes para além das mínimas, estabelecimento de protocolos de atendimento e fluxo; criação de política de medicamentos com padronização revista trimestralmente; sistema de referência e contra-referência na retaguarda dos ambulatorios da rede básica; organização da agenda do cotidiano de trabalho com espaços planejados para ações programáticas, acolhimento e atendimento da

demanda espontânea, visitas domiciliares, trabalhos de grupos educativos, reuniões técnicas e administrativas e educação continuada.

Trabalho em equipe multidisciplinar com explicitação do processo de trabalho e trocas de experiência com integração dos serviços de retaguarda e vigilância à saúde.

Relação com a comunidade através de projetos locais de acordo com a realidade e necessidade de cada área e micro-área.

Equipes complementares com a criação de serviços de atenção e vigilância à saúde com a inclusão do enfoque à saúde do trabalhador.

Organização de Espaços de Controle Social:

Através da reorganização do Conselho Municipal de Saúde; convocação da Conferência Municipal; audiências públicas; criação de Conselhos Gestores de Unidades; criação do serviço de ouvidoria; Conferência Intermunicipal de Saúde para a micro-região.

A escolha dessas estratégias, pela amplitude e densidade pareceu ser competente para caracterizar os atributos do SUS:

Universalidade do Acesso da população aos serviços de saúde para os três níveis do sistema municipal, regionalizados, hierarquizados e descentralizados.

Integralidade da Atenção onde o cliente é visto por inteiro e em seu contexto de vida familiar, social e ambiental seja na baixa, média ou alta complexidade e custo.

Equidade através da racionalidade com resolutividade sem exclusão, otimização e redirecionamento dos gastos em saúde, além das prioridades de investimentos com utilização de critérios de risco epidemiológicos, ambientais e sociais.

Controle Social através dos canais oficiais das Conferências Municipais de Saúde, conselhos municipais de saúde e da participação popular através de Conselhos Gestores, audiências públicas, trabalhos conjuntos (Colegiado Gestor) e serviços de ouvidoria descentralizados.

A experiência apresenta de inovador, a radicalidade da mudança em 100% do município saindo do modelo tradicional de oferta de serviços de saúde para um modelo estruturado no estudo de realidade epidemiológica, social e ambiental através de métodos participativos, planejamento ascendente e momentos estratégicos. Utilizou-se como critério para as prioridades, o enfoque de risco e a

mudança voltada para os três níveis de atenção (complexidade) hierarquizados em instâncias de referência e contra referência.

A reestruturação da atenção básica através do Programa de Saúde da Família visou atender mais prontamente a necessidade de organizar um sistema de oferta de serviços preventivos e curativos de saúde de forma planejada, com base em indicadores epidemiológicos, sociais e econômicos. A otimização e integração dos recursos atenderam a demanda programada com adscrição de clientela e cadastramento.

Para reestruturação do sistema de saúde municipal se incorporaram as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para o Programa de Saúde da Família, a exemplo de adscrição de clientela, cadastramento, prontuário familiar e educação continuada, complementada com valores e ações específicos do projeto R.A.I.S. destacando-se os seguintes preceitos: Trabalho em equipe; Planejamento ascendente; Resolutividade local; Territorialização; Prontuário familiar/atendimento personalizado; Conselhos locais/gestores; Enfoque de risco/critérios de risco (epidemiológico, social, ambiental); Integração com demais equipamentos sociais; Responsabilização/vínculo com a área e as famílias acompanhadas; Atenção individual, familiar e coletiva; Humanização/ética/sigilo/acolhimento e; Racionalidade na utilização dos recursos.

INTRODUÇÃO AO PROBLEMA

Está expresso na Carta Constitucional de 1988 que Saúde é Direito do Cidadão e Dever do Estado. Com o incremento da Municipalização, a responsabilidade do Poder Público Municipal no atendimento à demanda se amplia, exige competência e lisura no trato administrativo e gerencial dos recursos, sejam eles financeiros, materiais ou humanos. Desse modo, entende-se que a tomada de decisão deva ser ágil sem deixar de ser criteriosa.

O estudo para a construção do Plano Municipal de Saúde apontou para esta necessidade. Observou-se que o modelo de Saúde vigente trazia em seu bojo questões estruturais de difícil reversão senão, através de uma política de mudança de impacto.

A seguir serão apresentadas algumas situações “problema” que levaram a tomada de decisão, como por exemplo:

Política de Recursos Humanos indefinida, desestruturada, dispendiosa, com profissionais de mesma categoria e função contratados em jornada de

trabalho diferentes (jornada de 20, 30 e 40 horas semanais), ausentes do serviço, sem vínculo com a população, colegas ou serviço, carecendo de frequência, assiduidade e pontualidade, muitos com práticas desumanas; denúncias de cobranças “por fora” relativas a atendimentos prestados, inclusive, com documentos comprobatórios justificando demissão sumária; contratos de especialistas além da necessidade como, por exemplo, pediatria super dimensionada em detrimento de clínicos e gineco-obstetras.

Política de Saúde construída sem estudos demográficos, populacionais, epidemiológicos, financeiros; sem ações programáticas estruturadas; sem protocolos ou normas de atendimento e condutas; com centralização do atendimento de odontologia, fisioterapia, farmácia, coleta de material de laboratório; sem ambulatório de especialidades médicas; sem sistema de referência e contra-referência estruturado. Não se utilizava nenhum instrumento de planejamento, nem mesmo a pirâmide populacional, para dimensionamento das necessidades de cobertura programática básica ou qualquer preocupação com resolutividade do sistema ou racionalização/otimização dos recursos existentes. Embora constituído, o Conselho Municipal de Saúde não era paritário, não exercia o caráter deliberativo e era acionado somente quando algum documento carecia de assinatura e referendo.

Todas as Unidades executavam atendimento primário nas clínicas básicas de pediatria, gineco-obstetrícia e clínica geral e nas especialidades de

oftalmologia, gastroenterologia, infectologia, dermatologia, urologia, cardiologia, neurologia e psiquiatria. Devido à falta de ambulatório de referência para atenção secundária, estas especialidades eram executadas nas Unidades Básicas de Saúde. Na realidade, se limitava a prestar atendimento médico chamado pronto/atendimento ou queixa/conduta, sendo poucos os profissionais que realizavam atividades programáticas. A lógica do modelo estava desenhada pela oferta de serviços (demanda espontânea) sem análise das necessidades da população e preocupação com a resolutividade.

População desinformada e omissa quanto à política de saúde; consultas médicas por vezes quadruplicadas, com diagnósticos similares e indicação de tratamentos diferentes, muitos iniciados e não concluídos gerando falta de adesão a tratamento; acesso reprimido para uma parcela e facilitado para outra; população “médico-dependente”; população adulta e idosa sem diagnóstico e controle de doenças crônicas, a exemplo de diabetes e hipertensão; gestantes sem acesso ao pré-natal; alto índice de gravidez precoce; tuberculosos em abandono de tratamento; hansenianos curados e em tratamento, sem alta por mais de três anos.

Portanto, concluiu-se que a oferta de Serviços Públicos de Saúde, da forma como vinha operando, onerava o sistema e reprimia o acesso da população. Não reduzia a quantidade nem a diversidade de moléstias, gerando maior absenteísmo no trabalho e nas escolas, bem como, consumo exagerado de

medicamentos e internações recorrentes, quando não, incapacidades, mutilações e óbitos, que poderiam ser evitados, se não em sua totalidade, ao menos reduzindo o índice de ocorrências a níveis aceitáveis para um município do porte e características de Cerquilha.

O quadro acima descrito, por si só, não justificaria tamanha mudança uma vez que, muitas administrações reordenaram a assistência sem alterar o modelo. Optaram por uma gerência comprometida com a saúde pública, investindo na organização e participação social, com política de recursos humanos adequada tanto em seu quadro de contratações, como, na valorização através de cursos de capacitação e desenvolvimento, a exemplo do Município de São Paulo na gestão da Prefeita Luiza Erundina.

Considerando que Cerquilha contava com infra-estrutura sanitária adequada, população com razoável qualidade de vida, território com área rural mínima e com investimento em torno de quinze por cento de sua receita no setor da Saúde carecia apenas de reorganização estrutural, realocação dos recursos financeiros, redimensionamento dos trabalhadores e Unidades de Saúde. Portanto, a alternativa apresentada possibilitaria a organização planejada de acordo com a realidade local, além de ampliação da receita através de verba adicional do Ministério da Saúde como forma de incentivo ao PSF. Cabe salientar que quanto maior a cobertura populacional maior o valor do repasse, conforme Portaria número 1329/GM de 12/11/99, de acordo com a tabela a seguir:

Cobertura Populacional e Repasses Federais Constante da Portaria 1.329/GM

Faixas de cobertura	Cobertura pop. em %	Incentivo/equipe/ano/R\$1,00
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360
4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160
8	60 a 69,9	50.472
9	70 e mais	54.000

Fonte: Portaria 1329/GM de 12/11/99

Complementa a tabela, o valor de R\$ 10.000,00 pagos em duas parcelas como incentivo adicional na implantação de cada equipe.

Para captar o máximo do “recurso de incentivo” seria necessário abranger a totalidade da população. Tomando-se por base o número de habitantes de Cerquilha, em torno de trinta mil, seriam necessárias oito equipes para alcançar a média de novecentos a mil famílias conforme preconiza o Ministério da Saúde para aprovação do repasse. Se, para cada equipe de PSF implantada, o repasse varia de R\$ 28.008,00/ano a R\$ 54.000,00/ano, o cadastramento de 100% dos habitantes significaria um teto de R\$ 432.000,00/ano divididos em doze parcelas iguais.

MARCO CONCEITUAL

A busca eterna e constante da Medicina Social para desenvolver mecanismos metodológicos de validação científica visando aferir a qualidade dos Serviços de Saúde, para a prática da medicina de boa qualidade, aponta a necessidade de discussão de modelos, mesmo que de forma rudimentar, ou incipiente.

Cabe esclarecer que não existe a pretensão de aprofundar tal temática, porém, há que ser tangenciado.

Afirmou Emerson Elias Merhy por ocasião da XI Conferência Nacional de Saúde/2000, que *“O tema de qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos ou grupos”*. (mimeo – Brasília, 2000).

Gastão Wagner de Sousa Campos, já explicava em 1989, no capítulo 4, Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate em seu livro “Planejamento Sem Normas”, “... *que a noção de Modelo Assistencial, (...) não deveria mais ser entendida como um conjunto petrificado de normas e de regras que, abstratamente, condicionariam certo desenho organizacional e técnico. Isso, mesmo contrariando a maioria dos manuais de Saúde Pública que ainda adotam tal perspectiva. Modelo Assistencial deveria ser conceituado como o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las. Esse novo conceito tem duas utilidades imediatas : uma analítica, na medida em que permite identificar um determinado modo de produção existente; e outra operacional que possibilita a construção de novas políticas para além da anunciação de diretrizes gerais, ou seja, permite pensar modelos assistenciais novos, imaginados enquanto objetivos estratégicos a serem atingidos.*” (1989:53).

Neste capítulo, Gastão Wagner afirma a existência de vários modelos assistenciais decorrentes de políticas de saúde e exemplifica com três tipos: O modelo liberal–privatista, onde o mercado organiza a produção e distribuição de serviços de saúde; O modelo racionalizador/reformista, que de certa forma desenvolveu-se em função da crise financeira, de eficácia e de legitimidade do modelo liberal privatista, porém traz grande contribuição ao introduzir a prática do planejamento em saúde e exemplifica com as Ações Integradas de Saúde e com o

SUDS – Sistema Unificado de Saúde; e por último, O Modelo SUS – Sistema Único de Saúde, e explica este modelo da seguinte forma: *“Nesta alternativa o mercado não seria mais o principal critério para organizar e distribuir serviços; será substituído pelo planejamento. Realizado não a partir do poder aquisitivo das pessoas mas de suas necessidades de saúde – saúde passa a ser considerado um direito. O atendimento será universal – todos poderiam utilizar o sistema - , gratuito e organizado, a partir de uma racionalidade técnica e política; hierarquizado segundo a complexidade da atenção e regionalizado conforme a distribuição populacional e do quadro de morbimortalidade das comunidades.*

É claro que essa alternativa é antagônica à medicina de mercado, que poderia existir apenas enquanto prática alternativa custeada diretamente apenas pelos que optassem por tal modalidade da assistência.

Esse modelo exige para sua implantação o desenvolvimento de uma ampla rede básica que garanta, junto com os serviços de pronto-socorro, o primeiro atendimento às pessoas. Daí a importância da discussão desse ponto. As considerações que faremos a seguir, sobre o modo de organização da rede de centros de saúde, devem ser tomadas como um OBJETIVO ESTRATÉGICO. Ou seja, como uma orientação para o planejamento, para a gerência, para o investimento de recursos; mais que como um desenho que necessariamente vai transformar-se em realidade em um piscar de olhos ou após a aprovação de não sei quantas portarias bem intencionadas e repletas de bons propósitos. Nesse

modelo, a REDE BÁSICA DE UNIDADES, distribuídas geograficamente segundo os aglomerados populacionais, deveria agora realizar duas tarefas principais: PROVER O ATENDIMENTO AMBULATORIAL BÁSICO ÀS INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DE TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS E CONCOMITANTEMENTE DESENVOLVER AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA. Essas duas áreas de atendimento devem, no entanto, ser organizadas de forma integrada. Ou seja, através do atendimento da demanda espontânea, da que apresenta algum problema imediato, organizar práticas preventivas individuais e coletivas. Ao mesmo tempo que, a partir da identificação de algum problema coletivo e que exija ações consideradas de saúde pública, atender os casos individuais que necessitem de atendimento ambulatorial (...). A organização das unidades a partir dessa lógica exige uma radical alteração dos mecanismos de gestão e de financiamento da rede básica. Assim, há que se investir mais – tal modelo é incompatível com a idéia de que tudo que é básico é também barato, pobre e primário. Em regiões urbanas e industrializadas, nas quais o padrão de morbidade é complexo, há que se garantir uma incorporação de tecnologia, de recursos humanos, de apoio diagnóstico e terapêutico e uma estrutura física capaz de resolver pelo menos oitenta por cento dos problemas de saúde.

Para tanto, essas unidades devem contar com equipes capacitadas para realizar, pelo menos, atenção à CRIANÇA, à MULHER e ao ADULTO EM GERAL. Nesse sentido, o perfil dos recursos humanos deve alterar-se: ao invés do médico generalista seriam necessários o pediatra, o clínico e o ginecologista. Generalistas

ficariam reservados para as regiões isoladas e fracamente povoadas nas quais a adoção dessa alternativa é inviável.

A equipe de enfermagem também deve mudar – da auxiliar de saúde, sobrecarregada com o que a demagogia dos tecnocratas lhe empurrou pensando em economizar, para a incorporação de enfermeiros e de investimento na capacitação profissional do restante da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem. Devido à ampliação das atividades a serem desenvolvidas nas unidades haveria que se pensar em profissionais da área administrativa com treinamento em saúde para colaborar na coleta de informações, organização de almoxarifados, farmácias, prontuários etc. Outros profissionais e especialistas podem ser necessários, além desse pessoal básico, dependendo dos problemas de saúde da região do tamanho da população a ser atendida: equipes de odontologia de saúde mental, do trabalhador etc. Para que esta equipe trabalhe com sua capacidade máxima é necessário reorganizar a área de apoio diagnóstico e terapêutico. O PACIENTE DEVE SAIR O MÍNIMO POSSÍVEL DE SUA REGIÃO; assim a coleta do maior número possível de exames deve ser realizada na Unidade, assim como a devolução do resultado, no mínimo três vezes por semana e – como meta – todos os dias. Para isso, as secretarias municipais devem possuir rede própria de laboratórios e Centros de Diagnóstico por imagem e de equipamentos para exames gráficos, organizando um sistema de transporte compatível com a demanda da rede. (...) Esse modelo implica a progressiva descentralização de uma série de programas hoje oferecidos à população de

forma centralizada, que deverão ser incorporados na rotina das equipes que atendem o adulto ou a criança, não mais enquanto programas mas talvez enquanto atividades que obedecem a normas específicas – atendimento ao tuberculoso, à esquistossomose, aos casos de risco de raiva etc. O mesmo pode ser dito das ações, hoje centralizadas ou não realizadas adequadamente, de vigilância sanitária e epidemiológica. Faz parte essencial desse modelo tanto a preocupação com a consciência sanitária dos usuários e da comunidade como com a humanização do atendimento. É tarefa da unidade o intercâmbio com a população de informações médicas, epidemiológicas e de política de saúde, tanto individualmente, no dia-a-dia, durante o atendimento, como coletivamente através de grupos, discussões etc. Nesse caso particular é necessário saber combinar o interesse e a preocupação das pessoas com o interesse técnico do serviço. (...) Quanto a humanização há um longo caminho a ser percorrido. O paciente deve sentir-se respeitado, apoiado, ajudado, informado, protegido e estimulado pelo serviço de saúde. As medidas para efetivar esse objetivo vão desde o respeito à intimidade do paciente (fechando a porta durante o atendimento, por exemplo) até o reconhecimento por parte da equipe de que as pessoas têm o direito à informação. Podem e devem ser informadas do resultado de seu exame, medicação, do seu problema, da organização do serviço, etc.

A efetiva implantação desse modelo depende muito de um adequado sistema de gerência, tanto no aspecto técnico como no político, ou seja, na democratização dos processos de decisão e controle. Nesse sentido, a

consolidação do espaço de COORDENADOR de cada unidade é um elemento decisivo, bem como a criação de Comissões de Gestão, com funções técnicas e administrativas, nas quais estejam representados desde a administração, através do coordenador e do enfermeiro, até os trabalhadores de saúde, através de representantes eleitos, e ainda a população, com representantes indicados pelo movimento popular organizado. (1989:53-60).

Gastão Wagner de Sousa Campos, visionário, já antevia um sistema organizado pelo modelo SUS, embora ainda duvidasse, naquele tempo, que o médico generalista poderia substituir o clínico, o pediatra e o ginecologista na rede de unidades básicas, quando diz *“Generalistas ficariam reservados para as regiões isoladas e fracamente povoadas nas quais a adoção dessa alternativa é inviável.” (1989:57).*

E nos diz, também François Laplantine, em obra intitulada “Antropologia da Doença”: - *“Ao lado das pré-compreensões implícitas da doença, que são mais vivenciadas que pensadas e que não se apresentam sob a forma de sistema, existem em todas as sociedades modelos interpretativos construídos, teorizados, configurados ou, como diz Lévi-Strass, “feitos em casa” por diferentes culturas.”(1991:03).*

Neste caso, não se discorrerá sobre modelos no sentido estrito mas, de normas interpretativas que funcionam em vários aspectos como justificativas que vem sancionar uma ordem social.

Daí, fica mais evidente a importância da fala de Emerson Elias Merhy: *“... para um modelo que quer se pautar pelo lugar central que os usuários ocupam, e pela maneira como isto força a expressão de um contrato que se pautará pela defesa da vida individual e coletiva, deve-se procurar entender, abstratamente, os potenciais que cada ator pode colocar em cena. Sabendo-se explorar as tensões que os mesmos contém, pode-se impor linhas de produção de contratualidades que modifiquem o sentido dos modelos de atenção que hoje são hegemônicos.”* (mimeo – Brasília, 2000)

Por isso, a necessidade da construção de uma taxionomia que dê conta da análise de resultados de gestão, há que se definir Modelos de Gestão em Saúde através de critérios, como: valores, vontades, desejos, capacidades, necessidades, interesses, além dos recursos tecnológicos, humanos, financeiros, econômicos, políticos, de comunicação, de poder, de autonomia, dentre outros (materiais e não materiais), a disponibilidade existente, forma e modo de captação, administração e redistribuição.

Portanto, aí vai um desafio: será possível responder favoravelmente a estas perguntas sugeridas por Emerson Elias Merhy em seu texto “Modelo de Atenção à Saúde como Contrato Social”- apresentado na XI CNS- Brasília – 2000 ?

“Financiamento:

O SUS altera o financiamento e o gasto do sistema?

Há aumento de investimento através de recursos municipais?

Há maior comprometimento da riqueza em benefício da vida?

Altera-se a relação entre o gasto hospitalar e ambulatorial?

Acesso:

Há aumento da capacidade instalada?

Aumentou o número e a qualificação dos trabalhadores?

E a cobertura?

Universalizou a Atenção?

Incorpora novas necessidades ou seleciona aquelas de maior impacto?

Publicização:

Como se dá a construção da participação popular?

Há o comprometimento com os fóruns de decisão coletiva?

Há espaços de construção coletiva com os trabalhadores?

Produz novos coletivos de trabalho e novas formas de governar a organização?

Novas Tecnologias de Trabalho:

Quais as novas ferramentas tecnológicas introduzidas no trabalho?

Essas ferramentas são incorporadas no cotidiano das equipes?

Tem abrangência sobre os diferentes tipos de necessidades que o modelo tem que responder?

Há novas formas de se produzir a política?

Equidade:

O projeto traz que resultados positivos?

Impacta os diferentes tipos de necessidades?

Inclui cada vez mais indivíduos ou grupos sociais?

Sustentabilidade do Projeto:

Quem o sustenta, o projeto?

Qual o grau de institucionalização?

Ela é suficiente para garantir a sua continuidade?

Produz novos atores políticos consolidados que o protagonizam?

Qual o grau de sustentabilidade nos microprocessos de trabalho?

Só a direção do executivo garante os projetos?

Será possível a criação de estruturas técnicas permanentes?" (mimeo – Brasília, 2000).

O Projeto R.A.I.S. talvez tenha podido responder favoravelmente a maioria destes questionamentos, pelo mérito de reorganizar os serviços e a concepção de gestão enquanto preocupação com a reificação dos princípios do SUS em defesa da vida quando optou pelo Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Porém, PSF/PACS sozinhos não carregariam a potencialidade de projetos capazes de alterar modelos, mas foi uma alternativa perfeitamente viável para complementar a instituição de Sistema de Saúde, principalmente no que tange a atenção primária, fundamentalmente, porque foram inseridos em uma política de Saúde mais abrangente.

Tal afirmação se pautou nos documentos e planilhas que foram apresentados, em forma de projeto, para aprovação da CIR – Conselho Intergestores Regional, da Bipartite (câmara de representantes da secretaria estadual da saúde e representantes das secretarias municipais da saúde) e da Tripartite (comitê de representantes do ministério da saúde, das secretarias estaduais da saúde e das secretarias municipais da saúde) para aprovação do

repassse do recurso de incentivo que o Ministério da Saúde destinava aos municípios que implantaram o PSF.

De acordo com o Ministério da Saúde, o projeto de implantação do Programa de Saúde da Família deveria conter a população abrangida e o percentual de cobertura populacional; o quantitativo de equipes contratadas com jornada de quarenta horas semanais, cuja composição mínima seria de um médico generalista, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem para atender a uma população em torno de 2.400 a 4.000 pessoas, ou seja, correspondente a 600 até 1.000 famílias ou espaço domicílio por equipe. Caso se quisesse agregar o PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o dimensionamento ficaria em torno de quatro a seis agentes por equipe contratada. Os Agentes Comunitários de Saúde deveriam residir na área de sua atuação.

O Ministério da Saúde também exigiu que a produção dos programas de controle da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, pré-natal, tuberculose e hanseníase fosse informada em boletins próprios e repassados mensalmente através do SIAB – Sistema de Informação Ambulatorial.

O projeto R.A.I.S. implantou, inicialmente, oito equipes de PSF com quatro agentes comunitários de saúde por equipe, significando cobertura de cem por cento da população.

O médico deveria ser generalista e caso não o fosse, a Secretaria Municipal de Saúde se comprometeu a provê-lo de treinamento adequado para atender as clínicas básicas (pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica, geriatria). Suas atribuições incluíam, também, visitas domiciliares a clientes sem condição de se locomoção para a Unidade, realização de pequenas cirurgias até o limite de algumas internações domiciliares, conforme critérios preestabelecidos. Foi imperativo contar com retaguarda ambulatorial de especialidades e de laboratórios de análises clínicas e radiológicas, pronto socorros e leitos hospitalares, além de equipamentos e medicamentos capazes de dar resolutividade ao serviço local. Receberam treinamento e supervisão continuada e salários condizentes com carga horária de quarenta horas semanais. Atenderam a demanda programada e agendada conforme as necessidades de saúde e priorizaram intervenções através de enfoque de riscos epidemiológicos, sociais e ambientais.

O enfermeiro tinha a função de realizar consultas de enfermagem, fazer visitas domiciliares, coordenar as atividades da área e coordenar o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Dispôs, também, de quarenta horas semanais distribuídas em oito horas/dia, o que deveria ter implicado em salários atraentes. Porém, pelo comparativo com os municípios da região e de acordo com a lei de oferta e procura, não foi possível atender a este quesito, embora justificado pela complexidade das funções.

Os auxiliares de enfermagem aplicaram vacinas e administraram medicamentos, inclusive em domicílio, fizeram curativos e acompanharam inalações.

Os agentes comunitários de saúde residiam na mesma área das famílias por eles cadastradas. Visitaram as famílias, no mínimo, uma vez por mês, para orientações de higiene no trato dos alimentos, do domicílio e pessoal, orientações para o autocuidado, orientações para minimizar riscos de acidentes domésticos e prevenção de doenças, além de visitas com maior frequência a famílias indicadas pela equipe responsável onde, um ou mais membros estivessem recebendo algum tratamento de saúde específico.

Para transporte das equipes e clientes foi providenciada viatura cujo quantitativo foi calculado com base no total de famílias cadastradas e distância da área com os equipamentos de Saúde de maior complexidade constituídos como referência.

As atividades administrativas e burocráticas foram desempenhadas por, no mínimo, dois agentes administrativos para cada Unidade de Saúde.

O servente, igual aos demais, cumpriu jornada de quarenta horas semanais e recebeu treinamento específico no desempenho de seu papel e da responsabilidade na manutenção da higiene do local de trabalho.

A equipe odontológica desenvolveu atividades educativas, preventivas, curativas e reabilitadoras da cavidade bucal.

Todos os membros da equipe de Saúde desenvolveram trabalhos de grupo educativos, participaram das reuniões da comunidade e do Conselho Local de Saúde além de terem promovido campanhas de esclarecimento ou de prevenção de doenças programadas de acordo com o grau de morbidade e riscos eminentes à saúde. Também levantaram os recursos sociais existentes na área e promoveram programas integrados e complementares.

No geral, uma equipe foi composta por um profissional médico generalista, um enfermeiro consultante, dois auxiliares de enfermagem visitantes, quatro agentes comunitários de saúde e dois recepcionistas orientadores, desenvolvendo papel de acolhimento.

Portanto, as diretrizes do Programa de Saúde da Família preconizadas pelo Ministério da Saúde serviram de eixo norteador para organização da rede de unidades básicas de saúde.

Entretanto, o presente momento histórico-conjuntural traz questionamentos como a discussão sobre a paternidade do PSF/PACS do Ministério da Saúde, reivindicada por determinada corrente política ou de algum

alinhamento partidário. Esta questão está evidenciada pelo condicionamento ao repasse de recursos federais sob a forma denominada de “incentivo” aos municípios cujos projetos de implantação atendam aos critérios pré-estabelecidos no dimensionamento de área e na composição de equipe. Significa, que sem a contratação do médico generalista ou agente comunitário de saúde, os projetos, por melhor estruturados que estejam não importando a abrangência, resolutividade ou modelo a que se agregam, não farão jus ao recurso adicional. É prerrogativa de governo, a decisão de direcionar os recursos de incentivo aos projetos alinhados de acordo com os modelos desenhados pela gestão pública vigente, porém, fica a sugestão de se pensar mais abertamente nas propostas alternativas que comprovem ser competentes para cumprir a lei do SUS.

Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários não devem ser considerados a panacéia dos modelos para dar resposta a atenção básica, e uma proposta alternativa serviria como contraponto para comparações e análises de adequação. O projeto R.A.I.S. não pôde contribuir para este saudável antagonismo mas, talvez, o modelo circular de Volta Redonda/RJ apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde em Conferência Nacional de Saúde On-Line (datasus.gov.br/cns) talvez pudesse, quando afirma: *“Pensar o sistema de saúde como um círculo é, em primeiro lugar, relativizar a concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais, em ambos os sentidos, nos moldes que a figura do trapézio só faz sentido, no senso comum, quando vemos sua base mais larga voltada para baixo e a mais estreita para cima. A imagem contrária, do trapézio*

invertido, dá idéia de instabilidade e transmite a sensação de que algo está errado. Assim, associar o modelo assistencial ao trapézio nos coloca em uma armadilha dos sentidos, que fatalmente nos faz pensar em fluxos hierarquizados de pessoas dentro do sistema. E, com tal concepção há que se romper com radicalidade. O círculo se associa com a idéia de movimento, de circularidade, de múltiplas alternativas de entrada e saída. O círculo não hierarquiza. O círculo abre possibilidades. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS. Trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada. O centro de saúde é uma boa entrada para o sistema, assim como também o são os prontos-socorros hospitalares, as unidades especializadas do pronto - atendimento e tantos outros serviços. A escola pode ser uma boa porta de entrada, assim como a farmácia do bairro, a creche, o quartel e qualquer outro equipamento social. A primeira estratégia nossa há de ser então a de qualificar todas estas portas de entrada no sentido de serem espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população, mais sujeitos a fatores de risco e portanto com mais possibilidade de adoecimento e morte e, a partir deste reconhecimento, organizá-los no sentido de garantir o acesso de cada pessoa no tipo de atendimento mais adequado para o seu caso.” (mimeo, 2000). A atuação dos agentes comunitários de saúde, nessa proposta, poderia ficar desqualificada embora contemple a garantia do acesso, acolhimento e resolutividade.

No entanto, a situação agravante do condicionamento dos critérios propostos pelo Ministério da Saúde para municípios que se defrontam com a

escassez de receita e não se atrevem a custear autonomamente seus projetos, porém buscam atender as necessidades sentidas de seus munícipes, tendem a adequar seus quadros de pessoal, salários, jornadas e vínculos empregatícios aos pressupostos do PSF/PACS e, por vezes, acabam por construir projetos de abrangência medíocre e de baixíssima resolutividade. Tende-se a afirmar que PSF/PACS só foram implantados porque, através deles, o município drenaria mais receita.

Certamente, este não foi o caso de Cerquilho. O Projeto R.A.I.S. teve o cuidado e a pretensão de estruturar uma proposta que foi muito além do condicionamento imposto pelo Ministério da Saúde. Certo que atendeu, também, todas as premissas federais, porém elas se adequavam a um conjunto de fatores, que foram fundamentais para a complementação da idéia de Sistema.

Alguns pressupostos do PSF/PACS serviram de eixo estruturante da lógica da captação das necessidades sentidas pelos usuários, trabalhadores e administradores, organização dos serviços, dimensionamento de recursos e abrangência do acesso e cobertura, porém, não foram suficientes nem capazes, de definir modelo, até porque *“um programa de intervenção é sempre uma tecnologia específica de ação em saúde, que pode impactar certas necessidades, mas não todas, e um modelo não pode ser reduzido a ele, por melhor que ele seja, como muitos confundem.”* (Merhy, mimeo – Brasília, 2000).

Retomando a discussão de modelo, a sua concepção, no tocante a sua construção e análise, está intrinsecamente vinculada ao conceito de resolatividade. Francisco Eduardo de Campos, em sua tese intitulada “Resolutividade – Uma Aproximação à Avaliação Qualitativa dos Serviços de Saúde” traz importante contribuição quando considera que *“resolutividade seja equivalente à conjugação entre os indicadores de efetividade (entendida como o produto entre eficácia e eficiência) e a satisfação.”* (1988:96)

Francisco Eduardo Campos reconhece a dificuldade em dar um tratamento metodológico a estes conceitos, mas não se furta buscar uma aproximação ao seu entendimento, se não, vejamos: *“Eficácia é entendida, por Sonis e Paganini, como o poder de produzir um efeito. Pelo Comitê da OMS, citado por Kerr White, é entendida como ‘o benefício, ou utilidade, para o indivíduo, obtido com o serviço, tratamento, regime, droga, medida preventiva ou controle aconselhado ou aplicado’. Esta definição diz respeito à utilidade dos ‘atos’, das ‘ações’ realizadas pelo serviço de saúde em relação ao conjunto dos atos produzidos. Logo, traz maior eficácia aquele tipo de ato que atingir o objetivo final a que se propôs. Em relação aos processos de morbidade, tanto em suas manifestações individuais quanto no aspecto mais coletivo, terá maior eficácia o serviço que melhor tiver prevenido o surgimento de doenças e, no caso destas já existirem, promovido a diminuição, remissão dos sintomas, cura do processo ou, se for o caso, a prevenção das seqüelas supervenientes ao processo. Portanto, a eficácia de um serviço de saúde deve ser entendida como uma relação entre um comportamento*

esperado para determinado(s) processo(s) patológico(s), no caso de não haver serviços de saúde ou de não haver 'aquele' serviço, e o que se observa em sua presença. Seria difícil, desse modo, entender a existência de um valor absoluto de eficácia. O mesmo Comitê anteriormente citado entende por eficiência 'os efeitos ou resultados finais obtidos em relação ao esforço realizado em termos de dinheiro, recursos e tempo' e não simplesmente a relação entre os atos produzidos e o custo envolvido nesta produção. Neste caso, não se trata apenas dos custos diretos envolvidos, mas também do total dos componentes despendidos para levar a cabo as ações realizadas. No caso específico da saúde incluem-se aí, além dos custos diretos dos serviços de saúde (investimentos + custeio), os assumidos pelo paciente, por exemplo, a aquisição de medicamentos, a realização de exames subsidiários e outros. A eficiência deve ser levada em conta porque ela representa o reverso da possibilidade de cobertura, ou seja, pode existir uma ação eficaz, porém ineficiente, dada a sua restrição pelo alto custo. Pode haver também ações que sejam eficientes, na medida em que o custo envolvido em sua produção seja baixo, porém de pouca eficácia. O desafio que hoje se coloca a todos os países é a busca das ações mais eficazes ao menor custo possível. Há que se trabalhar, então, o conceito de **efetividade**. Apesar de eficácia e efetividade freqüentemente serem usados como sinônimos, entenda-se por eficácia a qualidade ou estado de ser efetivo. Ser efetivo, por sua vez, implica algo capaz de produzir um certo efeito. Efeito é definido como resultado. Em última instância, efetividade significa a obtenção de um resultado. Uma das propostas que vem sendo trabalhada ultimamente é o entendimento da efetividade

como o produto dos dois indicadores: eficácia (ações úteis/ações totais) e eficiência (ações totais/custo) obtendo-se a efetividade, que pode ser resumida na relação entre as ações úteis e o custo envolvido para sua produção, tal como será mostrada a seguir:

$$EFETIVIDADE = EFICÁCIA \times EFICIÊNCIA$$

$$EFETIVIDADE = AÇÕES \text{ ÚTEIS} / AÇÕES \text{ TOTAIS} \times AÇÕES \text{ TOTAIS} / CUSTO$$

$$EFETIVIDADE = AÇÕES \text{ ÚTEIS} / CUSTO$$

O segundo conceito envolvido é o da **satisfação**. Ele se atém mais à percepção subjetiva por parte do usuário, se o serviço resolveu as suas expectativas e em que níveis ou graus. Trata-se mais uma vez, de um indicador que relativiza uma expectativa face a uma realização. Quando a clientela usuária busca um serviço de saúde, existe uma expectativa prévia da solução de um problema que lhe molesta. O referido serviço poderia, no caso, atingir ou não a expectativa. Isso gerará ou não satisfação. Apesar de se esperar que satisfação e resolatividade se confundam, para o usuário pode ser que em situações particulares nem sempre isso seja verdadeiro. Podem, então, estar diferencialmente distribuídas por parte do usuário a percepção de sua satisfação e da resolatividade dos serviços.” (1988:95-98). Daí, porque, uma das interpretações

para resolutividade utilizadas pelo projeto R.A.I.S. tenha sido o não retorno do cliente à unidade de saúde pela mesma causa-queixa.

METODOLOGIA

Maria Cecília de Souza Minayo, em seu livro “O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde”, capítulo quatro, aponta diferentes formas, métodos de análise ou, tratamento do material de pesquisa ou, do trabalho empírico: 1- Análise de Conteúdo, 2- Análise do Discurso e 3- Análise Hermenêutico-Dialética. A autora não esconde sua predileção pela terceira opção quando afirma ser “... *uma metodologia de abordagem da comunicação, a hermenêutico-dialética supera o formalismo das análises de conteúdo e do discurso, indicando ‘um caminho do pensamento.’ (...) essa escolha se fundamenta na busca de um instrumental que corresponda às dimensões e a dinâmica das relações que apreendemos numa pesquisa que toma como objeto a Saúde em suas mais diversas facetas: concepções, política, administração, configuração institucional entre outras, enquanto representações sociais e análise de relações.*” (1993:199).

A experiência teve a pretensão de transformar os princípios do Sistema Único de Saúde em ações concretas e passíveis de dimensionamento e avaliação, por um período de quatorze meses. Pela complexidade da análise, se recorreu à

hermenêutica (explicação e interpretação de um pensamento) e a dialética (contextualização, historicidade e totalidade) devido a capacidade que estas categorias têm de realizar, necessariamente, uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da "práxis". Aproxima-se a uma experiência de reflexo epistemológico - tratando da teoria do conhecimento dos princípios do SUS.

Portanto, coerentemente ao método proposto, a análise se guiará pelo roteiro de desenvolvimento da experiência, historicizando, contextualizando e submetendo à análise crítica os documentos, comunicados, discursos, dados de registro e de produção que foram criados, desenvolvidos, proferidos ou publicados durante a vigência dessa intervenção.

Deve-se ressaltar que não são passíveis de generalização, tanto os métodos como os resultados, visto que, a experiência empírica, descrita e analisada, é um estudo de caso na perspectiva da pesquisa qualitativa, porém, poderá servir de subsídio para outras investigações similares. Foi um estudo na linha da pesquisa participante ou pesquisa-ação como quer Carlos Rodrigues Brandão, organizador das obras, "Pesquisa Participante" (1981) e "Repensando a Pesquisa Participante". (1984).

Na sequência, a análise proposta será dividida em quatro capítulos:

O primeiro, denominado - **Contextualização do Município de Cerquilha** – descreve os recursos públicos municipais como uma maneira de caracterizar o grau de urbanização e infra-estrutura existentes.

O segundo, intitulado - **Descrivendo o Percorso de Implantação** – demonstra a complexidade da estratégia adotada para reversão radical e repentina do modelo, analisa algumas das facetas que a gestão comprometida com o SUS abordou e os passos percorridos para a construção de gestão local pleno, sem os quais, os resultados estariam completamente comprometidos.

O terceiro - **Possibilidades e Limites** - abre uma análise do desenvolvimento do projeto propriamente dito, aponta certas dificuldades e formas adotadas para superação. Foram denominados “limites”, os obstáculos não vencidos neste ano de experimento e, “possibilidades”, as alternativas encontradas para superação de alguns deles.

O quarto - **Resultados e Conclusões** – apresenta os resultados obtidos para cada uma das estratégias utilizando três categorias de análise: modelo SUS de atenção à saúde, acesso e resolutividade. Por ser um estudo de caso a conclusão é despretensiosa, porém, dadas às circunstâncias, estas estratégias serviram como facilitadoras para aplicação e implementação dos princípios do SUS.

CAPÍTULO PRIMEIRO

CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CERQUILHO

Neste capítulo serão descritos os recursos de urbanização e infra-estrutura existentes em Cerquilho, considerando que este panorama foi fundamental para a caracterização do trabalho como um **“estudo de caso”**. As características específicas do município constituíram-se em variáveis de sustentação para o desencadeamento do projeto, como por exemplo, coleta de lixo, água tratada, tratamento do esgoto, ou seja, a infra-estrutura sanitária. Esse descritivo contribui para comprovar que a questão saúde está eminentemente vinculada às condições de vida da comunidade. Entretanto estas características são insuficientes no enfrentamento da morbi-mortalidade, carecendo de atenção específica do setor na garantia da prevenção contra doenças e na promoção, proteção e recuperação da saúde. Há que se instituir uma política com abrangência sistêmica como estratégia para construção da gestão local pleno.

O município é de território plano, quase todo arborizado, asfaltado, ajardinado, sem semáforos, com infra-estrutura sanitária quase perfeita, com uma das mais baixas taxas de desemprego do Estado, área rural mínima, casas construídas respeitando-se as normas sanitárias, população participativa, festiva e religiosa, com forte descendência de clã italiano, com acessos viários asfaltados para com todos os municípios de fronteira, de população não tão pequena que obrigue busca de serviços fora da municipalidade, nem grande, a ponto de perder a característica de cidade do interior. Município de localização próxima a auto estrada - Rodovia Castelo Branco.

Cerquilho é um município “sui-gênere” em sua origem, história, administração, população e localização.

Originário do desmembramento do município de Tietê, o bairro de Cerquilho teve sua emancipação para município há cinquenta anos atrás. Os então moradores se destacavam da “mãe” Tietê pela descendência européia, mais especificamente, italiana. Até hoje alguns desses valores ainda estão visíveis pelo amor à terra e pela preocupação de se saber filho de quem é, cada passante de rua. A sensação é a de que todos têm o dever de saber de todos, quem é quem. Isso tem permitido uma solidariedade tendenciosa, por vezes, até arrogante ou preconceituosa. Mas, de qualquer forma, este estilo de vida abre espaço para algumas práticas mais próximas da cidadania no sentido de se exigir do administrador público, do poder executivo, um tratamento, próximo à relação

condômino e síndico. Ao longo dos anos, esta “interferência” - pois não chega a ser consciência política visto não valorizar a fidelidade partidária nem extrapolar esta mesma cobrança para outros níveis de governo - fez com que cada prefeito eleito se esmerasse em seus feitos, em suas obras, na aparência do município e, até, na infra-estrutura sanitária. Os prefeitos, em sua maioria empresários, trouxeram sua organização e métodos que, aliados ao conceito de grande família fez desse município o que ele é hoje.

O município originou-se da passagem dos tropeiros que seguiam o caminho da feira de Sorocaba onde iam vender seus animais. Muitos gostaram do lugar e acabaram por constituir residência local. Mais tarde, com a Estrada de Ferro Sorocabana, vieram os primeiros imigrantes portugueses, italianos e espanhóis para trabalhar nas fazendas intensificando o povoamento da região. A economia foi formada por pequenas e médias indústrias, sendo as principais: Siderúrgica, Tingimento, Química e Tecelagem, além da cultura da cana-de-açúcar que, por muito tempo, foi importante geradora de emprego.

Em 1914, Cerquilha passou a Distrito de Paz pertencendo a Tietê e emancipada no dia 03/04/1949.

Cerquilha é um município de aproximadamente 30.000 habitantes (com 92% de população urbana e 8% rural). Pelo IBGE/1999, a população estava estimada em 27.684 habitantes. O censo 2000 apontou um total de 29.508 habitantes, sendo, 14.725 homens e 14.783 mulheres; população urbana de 27.996 e rural de 1.512 habitantes, com uma taxa de crescimento anual de 4,26%.

Sua área territorial é de 128 km², com noventa por cento de território urbano e dez por cento, rural tendo como municípios limítrofes: Tietê, Tatuí, Cesário Lange, Laranjal Paulista, Jumirim e Boituva.

Está localizado no sentido sudoeste do Estado de São Paulo e tem a seguinte proximidade com os pólos regionais: São Paulo - 143 Km; Sorocaba - 70 Km (onde está sediada a Divisão Regional de Saúde - DIR XXIII, a qual pertence); Piracicaba - 50 Km; Botucatu - 70 Km; Campinas - 90 Km e Tatuí - 20 Km.

Latitude em 23.15915 e Longitude em 47.7396. A altitude é de 595 m; com uma topografia de centro de depressão periférica e ondulações suaves; o clima é subtropical e o rio Sorocaba, afluente do rio Tietê, atravessa o município passando pela área de limite com a cidade de Tatuí.

A atividade econômica predominante é industrial, com empresas grandes como a Pirelli, Celene, Cipatex, Caucho Metais, Clik, Terlize, Globotex, Empatex, Usina Santa Maria, Cheniltex e várias pequenas e médias empresas.

O município conta com noventa e oito por cento de ruas asfaltadas, com exceção de dois novos bairros (São Luiz e Residencial Sebastiani) que estão com a infra-estrutura sanitária pronta. Segundo o setor de obras municipal, o asfaltamento consta do planejamento de 2001.

A distribuição e execução do serviço de água e esgoto é realizado pelo Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Cerquilha - SAAEC, com tratamento convencional da água, qual seja, fluoretação, decantação e cloração, com cobertura de cem por cento das residências. O esgoto recebe tratamento para oitenta por cento do total coletado, distribuído em duas estações de tratamento.

O Serviço Municipal de Coleta de Lixo executa a coleta de cem por cento do lixo doméstico. Nos bairros mais novos como o São Luiz e o Residencial Sebastiani é realizado através de caçambas que são esvaziadas duas vezes por semana. Nos demais bairros a coleta é feita, no mínimo, três vezes por semana e seu destino é o lixão a céu aberto.

A coleta de lixo hospitalar é feita em dias alternados nos Serviços de Saúde Públicos e Privados e, diariamente, na Santa Casa de Misericórdia, Unidades Básicas de Saúde e Laboratórios. Este lixo é incinerado em Tietê.

A coleta do lixo seletivo (reciclável) é feita através da distribuição de sacos plásticos diferenciados fornecidos pela prefeitura para oitenta por cento da população e o sistema de coleta e destino é terceirizado.

O Serviço Municipal de Coleta de Lixo é responsável, também, pela varrição das ruas da cidade, limpeza das "bocas de lobo" duas vezes por ano e recolhimento da sobra do material aproveitável (têxtil) que é utilizado por particulares no mercado informal para confecção de tapetes.

Existem, ainda, treze caçambas colocadas em pontos estratégicos da cidade, facilitando a coleta de materiais domésticos provenientes da limpeza dos quintais, jardins e casas (móveis e eletrodomésticos).

A retirada dos entulhos das ruas, praças e áreas verdes também são terceirizados. Somente os lotes onde os proprietários não efetuam a limpeza e conservação, passam por fiscalização municipal. Na zona rural o lixo é recolhido das caçambas ou pontos fixos, uma vez por semana.

Os resíduos industriais são de responsabilidade das indústrias, não sendo feito nenhum tipo de controle por parte da prefeitura.

A área verde corresponde a vinte por cento da área total do município. Possui quinze praças públicas e oito mil e seiscentas árvores distribuídas entre as calçadas e canteiros centrais da cidade. O serviço de urbanização e jardinagem da Secretaria Municipal de Obras oferece, também, mudas para arborização externa das casas e executa a manutenção de todos os logradouros públicos - corte, poda e reparos.

A Secretaria de Educação tem buscado parcerias com o SENAI e o SESI oferecendo à população, acima de dezesesseis anos, cursos de capacitação profissional. No ano de 1998 e o primeiro semestre de 1999 foram capacitadas seiscentas pessoas, nos seguintes cursos:

Corte e Costura Industrial - turmas tarde e noite;

Manutenção de Eletrodomésticos - turmas tarde e noite;

Mecânica de Reparo de Motores à Diesel - turmas tarde e noite;

Padeiro e Confeiteiro - turmas tarde e noite.

As duas últimas turmas estão tendo aulas no vagão da FEPASA.

Ainda com relação ao ensino, a Secretaria Municipal de Educação dispõe dos seguintes dados para efeito de estatística:

CENSO ESCOLAR – 1998

Escola Municipal			Escola Estadual			Escola Particular		
Quantidade de matrículas			Quantidade de matrículas			Quantidade de matrículas		
Até 05 anos	698 alunos		13 à 16 anos	2.212 alunos		Até 05 anos	80 alunos	
06 anos	409 alunos		16 à 20 anos	1.196 alunos		Até 06 anos	39 alunos	
07 à 14 anos	1.843 alunos		Total	3.408 alunos		1ª à 8ª série	722 alunos	
Educação especial	72 alunos					Cooperativa	56 alunos	
Telecurso 2º grau	180 alunos					SESI Supletivo	70 alunos	
Curso de capacitação	48 alunos					Total	976 alunos	
Parceria com SENAI	48 alunos					Creche Filantrópica		
Total	3.298 alunos		Nível Universitário - 497			Até 05 anos	103 alunos	
						06 anos	12 alunos	
						Total	115 alunos	
Promoção	Evasão	Retenção	Promoção	Evasão	Retenção	Promoção	Evasão	Retenção
90,70%	1,20%	8,70%	97,20%	2,30%	4,50%	93,20%	2,30%	4,50%

Fonte: Secretaria Municipal da Educação de Cerquilha/SP

A Secretaria mantém, ainda, uma Escola Municipal de Atenção aos Portadores de Deficiência. Com capacidade para 90 alunos oferece atendimento psicológico, fonoaudiológico, pedagógico, odontológico e terapia ocupacional. Conta com profissionais especializados na área objetivando a educação, reabilitação e socialização dessa parcela populacional.

Com relação aos meios de locomoção viários, foram levantados os seguintes dados: 5.014 Automóveis; 823 Veículos utilitários e motocicletas; 1.396 Veículos de carga; 170 Reboques e 75 Ônibus. O Município se jacta de não possuir nenhum semáforo. Tem boa sinalização através de placas e pinturas nas ruas e calçadas.

O Departamento de Transportes da Prefeitura se encarrega de destinar as conduções de acordo com as solicitações dos setores correspondentes: transporte de alunos da zona rural para as escolas e aulas de reforço escolar; clientes em hospitais fora do município (Central de Vagas); transporte da equipe administrativa das secretarias; população; documentação das Unidades entre outros serviços.

No período de 1996 a 2000, estava prefeito o Dr. Alcides De Nadai, advogado e empresário.

As informações acima são fundamentais, para complementar a visão de conjuntura. Esta visão foi necessária para a elaboração do plano municipal de saúde, no dimensionamento das necessidades e recursos existentes para a criação de gestão local pleno, implantação de equipes do programa de saúde da família e organização de espaços de controle social.

CAPÍTULO SEGUNDO

DESCREVENDO O PERCURSO DE IMPLANTAÇÃO

Gastão Wagner de Sousa Campos, em seu livro “A Saúde Pública e a Defesa da Vida”, escreve: *“Construir Mecanismos de Gestão e um estado de espírito, que tornem inadmissível o desempenho de um médico que não esteja voltado para a defesa do paciente e da saúde; intolerável a permanência de uma instituição que não produza benefícios à saúde das pessoas ou da coletividade, enquanto atividades assistenciais, ou de pesquisa de formação de recursos humanos.”* (1991:35).

Este capítulo pretende discorrer sobre o processo de planejamento e implantação do Projeto R.A.I.S., historicizando e contextualizando cada passo e cada documento produzido ao longo dos dois meses utilizados na elaboração de textos, tomada de decisões e reflexão da prática.

Para implantação do projeto foi elaborado um percurso/roteiro de situações elencados como “obstáculos” a serem superados, porém, sem intenção

de utilizá-lo como fórmula ou receita de passos sequenciais. Alguns tópicos foram manipulados concomitantemente e se complementando mutuamente, correspondendo ao momento normativo e tático operacional da teoria de Carlos Matus (ver ANEXO 1).

O primeiro contato com a Secretária Municipal de Saúde de Cerquilha, Sra. Maria José Galvão foi feito em outubro de 1998 e, a seu convite, iniciou-se um estudo de possibilidades para implantação de uma equipe de PSF - Programa de Saúde da Família. Em fevereiro de 1999 ocorreu segundo encontro, quando se contratou a elaboração de um pré-projeto.

Partindo-se da premissa, que para um governante que preza a fama de estar equacionando a questão urbana e de saneamento básico, ficaria sensibilizado com uma proposta de intervenção de cobertura para uma pequena parcela populacional relativamente fora do alcance das benfeitorias municipais foi, inicialmente, projetada a implantação de apenas uma equipe de PSF. Dessa forma, foi escolhido o Bairro de Nova-Cerquilha, local de moradores com menos de três anos de domicílio. A possibilidade de intervenção mais abrangente poderia se delinear, caso a argumentação tivesse suficiente consistência ou, na pior das hipóteses, o projeto seria ampliado, de forma lenta e gradual. Foi elaborada uma dúbia carta de intenções que serviria para implantação de uma só equipe de PSF ou, até, um projeto mais ousado caso a conjuntura se configurasse de forma

positiva. Em março de 1999, foi oficialmente entregue o documento constante em “anexos”.(ver ANEXO 2).

Na semana seguinte, a Secretária Municipal de Saúde sofreu sério acidente automobilístico. Assim, a autora foi recomendada para substituí-la na secretaria durante sua ausência. Após contato e entrevista com o Sr. Prefeito, ficou acordado que pelo prazo de quinze dias ficar-se-ia, graciosamente, encaminhando as demandas gerencias.

Entretanto, devido a impossibilidade da secretária reassumir o cargo dentro do prazo inicial, foi solicitada a permanência da autora por mais três meses.

Neste segundo trimestre (1999) foram realizados estudos sobre a estrutura da Secretaria da Saúde, de seus trabalhadores, do Conselho Municipal de Saúde, da dinâmica do Fundo Municipal de Saúde, dos indicadores epidemiológicos e sanitários, com o objetivo de construir o Plano Municipal de Saúde para o ano em exercício.

Em julho de 1999, após informação prestada pela Sra. Maria José Galvão sobre a prorrogação do período de afastamento superior a doze meses, o Sr. Prefeito formalizou convite para que a autora assumisse interinamente a Secretaria Municipal de Saúde.

Em agosto, após nomeação, se configura a possibilidade de um projeto realmente ousado. Esse foi o ponto de partida que desencadeou o processo de planejamento, com estudos de viabilidade política, econômica e técnica, para implantação do Programa de Saúde da Família abarcando cem por cento da população, aí inclusos, zonas urbana e rural.

Inicialmente, foram feitos levantamentos de dados relativos ao gasto em saúde atual e projeção para gastos na mudança de modelo. Observou-se que o montante do Fundo Municipal de Saúde per capita/mês girava em torno de, aproximadamente, R\$7,00; e o Projeto R.A.I.S. necessitaria de R\$10,00/mês, no mínimo. Os recursos adicionais em forma de incentivo ao PSF/PACS, previstos na NOB/96 completariam essa diferença.

Levou-se essa discussão para a câmara de vereadores em audiência pública, para o Secretariado de Cerquilho e uma reunião específica com a Secretaria de Finanças e o Sr. Prefeito, para estudo de viabilidade e garantia da manutenção da contrapartida municipal e, se fosse o caso, até uma possível verba suplementar. A seguir, a proposta foi apresentada para o Conselho Municipal de Saúde que, após ter confirmado todos os diagnósticos e referendado as percepções de necessidades, aprovou por unanimidade. Será visto adiante, que o CMS constitui-se em importante aliado para a implantação de desenvolvimento do projeto.

Aprovada em todas as instâncias, foi iniciado o estudo comparativo entre o quadro de pessoal existente e o necessário. Realizadas as devidas demissões e contratações, principalmente nas categorias de médico e enfermeiro - lembrando que a rede de Unidades Básicas seria substituída pelas Unidades Básicas de Saúde da Família. Optou-se, também, por implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde vinculados ao PSF.

Na etapa seguinte, foram estabelecidas as atribuições de cada categoria profissional cientes de que o texto seria passível de modificações que a prática do cotidiano se encarregaria de alterar. No entanto, a base do processo de trabalho deveria estar explicitado tanto para organização e planejamento da rotina como para a divulgação junto aos trabalhadores da Saúde e população em geral. Este documento foi fundamental para o processo de recrutamento e seleção dos novos trabalhadores, em especial, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. As atribuições de cada categoria profissional (ver ANEXO 3) podem ser resumidas da seguinte forma:

O médico generalista deveria atender a três clínicas básicas: clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia. A atuação deste profissional permitiria examinar e avaliar os clientes em seu contexto de vida e relações familiares. Assim que obtém uma avaliação ou suspeita diagnóstica, relaciona automaticamente com os demais membros da família, ampliando a investigação e diminuindo riscos. Concomitantemente propõe medidas e ações preventivas para

a família como um todo. Vale ressaltar que o papel do generalista no atendimento das três clínicas não visou economia e sim reforço a resolutividade.

O enfermeiro consultante, também atenderia a três clínicas básicas. Suas consultas diferem das do médico somente em complexidade e tratamento. Atuariam, ainda, no acompanhamento e supervisão de todas as ações de enfermagem da Unidade de Saúde da Família.

Os auxiliares de enfermagem visitantes, desenvolveriam suas funções como tradicionalmente todos de sua categoria, porém complementadas com ações e procedimentos em domicílio.

Os Agentes Comunitários de Saúde formam também uma nova categoria, com o papel de complementar, em domicílio, as orientações dadas em consultas médicas e de enfermagem, além de orientações advindas de suas próprias observações de pertinência e senso de oportunidade. Representam o braço estendido de uma UBSF.

A tônica deste projeto foi tornar comum a todos e não somente a uma determinada categoria profissional, a responsabilidade sobre as famílias de cada equipe/área. O adoecer não era somente problema do cliente mas de toda a equipe. Do tratamento à alta, internação ou inscrição em programas de acompanhamento, prevenção ou doenças crônicas, passaram a ser de

responsabilidade de todo o Sistema Municipal de Saúde. Esse foi o grande diferencial do modelo implantado sobre o anterior.

A organização e abastecimento das Unidades de Saúde de forma eficiente e planejada passaram a ser uma questão importante uma vez que não havia, ainda, dados relativos à série histórica de consumo para medicamentos e insumos em geral. Optou-se, experimentalmente, destacar temas que tradicionalmente eram comemorados ou tinham datas alusivas em determinados meses do ano, bem como, as doenças que tinham sazonalidade climáticas ou transmitidas por vetores que se desenvolvem mais em determinadas épocas do ano. Com este levantamento pôde-se organizar desde treinamentos até folhetos educativos ou eventos que, por envolverem outras entidades, mereceriam organização antecipada. O cronograma temático consta em “anexos” (ver ANEXO 4).

O Conselho Municipal de Saúde, “fórum” máximo de representação popular, deveria sofrer séria revisão na composição, organização e funcionamento. A idéia era de recompor os membros da plenária com representação dos titulares dos Conselhos Locais, razão pela qual, haveria de se dar agilidade na organização e criação dos Conselhos Locais de Saúde.

A criação do serviço de ouvidoria facilitaria uma aproximação aos anseios dos usuários e serviria, também, como uma das formas de avaliação de uma possível insatisfação da demanda.

Para nortear as discussões nos bairros foi elaborado um texto denominado “Proposta de Atribuições e de Regulamento dos Conselhos Gestores” utilizando-se como base, o projeto de lei do Deputado Estadual Roberto Gouveia (ver ANEXO 5).

A seguir, foi desencadeado o processo de recrutamento e seleção de pessoal, concomitante ao estudo de áreas e Unidades de Saúde existentes e necessárias. Constatou-se a necessidade de ampliação de mais uma UBSF, tendo em vista que o entendimento sobre a distância máxima adequada deveria ser de, aproximadamente, mil metros entre as residências e a Unidade Básica de Saúde de referência. Atenderia, também, ao princípio da Universalidade com a diretriz de descentralização do SUS.

Para facilitar o estudo de espaços adequados às condições de trabalho e atendimento a todos os serviços de forma resolutiva, foi previsto um elenco de dependências mínimas para uma Unidade Básica de Saúde da Família. O elenco de dependências consta em “anexos” (ver ANEXO 6).

No que tange ao recrutamento e seleção, cabe ressaltar que para os profissionais de nível Universitário, a avaliação se deu através de análise de currículos e entrevistas. A viabilização da proposta exigiu profissionais, cujo perfil demonstrasse compromisso social, disponibilidade de tempo e experiência prévia como generalistas (médicos e enfermeiros), visto não se dispor de tempo para sua

formação. Das equipes iniciais contratadas, vieram, os enfermeiros do PSF de Assis/SP, Botucatu/SP, Sorocaba/SP e, os médicos, de Santos/SP, Campinas/SP, Rio de Janeiro/RJ e Niterói/RJ. A maioria deles sanitaristas ou homeopatas de formação. Todos com experiência nas três clínicas básicas.

Para as demais categorias foram aplicadas provas com três modalidades de avaliação: a primeira, de múltipla escolha, para determinar o raciocínio lógico abstrato; a segunda, também de múltipla escolha, para identificação de comportamento e visão de mundo mais próximos ao perfil de profissional que se pretendia e, a terceira, com questões abertas, para avaliação de experiências anteriores, conhecimento do bairro de moradia e inserção na comunidade. Prova única, para agentes comunitários, atendentes, serventes, escriturários e auxiliares de enfermagem. Para esta última categoria, houve exigência do número de registro no COREN. Aos demais não foi requerida escolaridade uma vez que a prova, por si só, foi capaz de selecionar os mais aptos, com perfil adequado às pretensões do Projeto R.A.I.S.. Para todos, a classificação se deu por local de moradia. Foram aplicadas, 499 provas e classificados 150 candidatos, divididos em cinco grandes bairros (imediações dos Postos de Saúde). O edital, o modelo da prova e o texto, que foram entregues a todos os fiscais de sala, constam de “anexos” (ver ANEXOS 7.1, 7.2, 7.3).

Dimensionadas as necessidades de recursos humanos, materiais, financeiros, equipamentos e áreas físicas, o passo seguinte foi a busca de

estratégias para as operações de desmanche do modelo tradicional e implantação do PSF. Esse desmanche se fez pela necessidade de realocação de recursos humanos e financeiros. Nesse período se estreitaram os laços com a Santa Casa de Misericórdia de Cerquilho, para garantia de retaguarda hospitalar segura, e reorganização do Pronto Socorro, inclusive, com contratação de médicos ortopedistas e financiamento para pagamento de plantonistas vinte e quatro horas.

Iniciados os processos de recrutamento e seleção de pessoal, partiu-se para a organização de treinamento introdutório, estudo de território, cadastramento e providências de abastecimento de materiais, medicamentos, impressos, programas (ações programáticas) e equipamentos, entre outros.

Ainda neste mês de agosto, duas importantes negociações foram acertadas com a Santa Casa de Misericórdia local: a primeira, organização do Pronto Socorro com financiamento municipal para a equipe de plantonistas, contratação de dois ortopedistas, vinte e quatro horas de ambulância com combustível, manutenção, motorista, pagamento dos salários e horas extras; a segunda, resultou no convênio que garantiu a contratação de pessoal do Projeto R.A.I.S., ampliação de pessoal para o laboratório municipal e contratação de equipes para vigilância à saúde (saúde do trabalhador, médicos auditores, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária). Com a criação de ambulatório de especialidades médicas foi prevista, também, a contratação das equipes do PSF e

agentes comunitários de saúde. Todos, com salário diferenciado, vínculo de contratação pelas Leis Trabalhistas (CLT) e jornada de quarenta horas semanais.

Para operacionalização foi redigida, junto com a assessoria jurídica, a minuta de Lei que autoriza o poder executivo celebrar convênios com entidades sem fins lucrativos que, no caso, seria a Santa Casa de Misericórdia de Cerquilha. Encaminhada a minuta para avaliação dos vereadores, foi votada e aprovada por unanimidade resultando na Lei Municipal número 2.219 de 01/09/1999.

Nesse ínterim, a redação do Projeto e do Plano Municipal de Saúde ficou a cargo do Conselho Municipal de Saúde e trabalhadores do Nível Central, para apresentação junto ao Ministério da Saúde no pleito de recursos de incentivo para Municípios com interesse na implantação de PACS e PSF. Dos documentos encaminhados, destaca-se o elenco de prioridades do biênio 1999/2000, planilhas de custo e plano de metas de impacto epidemiológico para os quatro anos de implantação, cujos textos encontram-se em “anexos” (ver ANEXO 8).

Iniciou-se o mês de setembro com todos os profissionais contratados, já participando do treinamento introdutório e do estudo de território (territorialização) e todos em atividades de concentração e dispersão. As atividades de **concentração** implicaram em estudo de modelos de atenção em Saúde, criação de “folder” explicativo do projeto (ver ANEXO 9), elaboração de itens para composição da ficha de cadastro familiar, mapeamento das áreas e micro áreas,

dimensionamento de material, equipamentos, mobiliário, impressos, medicamentos, material de enfermagem, formas de encaminhamento de clientes para outros níveis de complexidade, estudos da situação epidemiológica do município, filas de espera para especialidades, etc. As atividades de **dispersão** implicaram em cadastramento das famílias em domicílio e contato com as entidades sociais. Todas as categorias profissionais visitaram as residências de suas respectivas áreas objetivando o estudo e conhecimento de sua população. Na apresentação inicial como novos trabalhadores da Saúde promoveram a divulgação do projeto, entrega e explicação do “folder” e preenchimento da ficha cadastral (não houve recusa por parte dos moradores). Atuaram, também, na detecção de acesso geográfico da população às Unidades de Saúde, identificando as entidades sociais existentes e sua função, além do estudo do funcionamento das UBS. Em “anexos”, destacamos, além do “folder”, o envelope do prontuário familiar cujo verso foi impressa a cópia da ficha cadastral (ver ANEXO 10). Esse procedimento facilitaria a identificação do membro da família que estaria naquela Unidade, sua relação familiar e respectiva condição de vida. Dessa forma o processo de vínculo e identidade da equipe com a população poderia se dar rapidamente.

O estudo de território (territorialização) apontou a necessidade de viabilizar o acesso da população aos equipamentos de Saúde de forma a propiciar a racionalização e otimização dos serviços já existentes. Para tanto, o município foi dividido em cinco regiões distritais. Este estudo apontou, também, a necessidade

de criação de mais uma UBSF, resultando em cinco Unidades Básicas de Saúde da Família.

Com base em estudos demográficos, de características populacionais e concentração de moradores foram criadas e nomeadas 09 equipes de Saúde, distribuídas da seguinte forma:

Em Nova Cerquilho -	04 equipes (rosa, marrom, amarelo e grafite)
Parque das Árvores-	02 equipes (vermelho e verde)
Centro -	01 equipe (azul)
Vila Pedroso -	01 equipe (lilás)
Parque Alvorada -	01 equipe (laranja)

A complexidade e diversidade de providências levaram a uma maior meticulosidade na organização. Embora ao final de agosto essa necessidade já se impusesse, ficou mais premente em setembro. Todas as micro-tarefas foram elencadas passo a passo. O envolvimento da equipe ficou demonstrado no dia a dia, na checagem dos itens e cobrança mútua. Por inúmeras vezes o trabalho ia noite afora, em reuniões na sede da Secretaria Municipal da Saúde ou na casa de alguém e até, em bares e pizzarias. Divididos em grupos algumas dessas produções foram sendo construídas, tais como: listagem de impressos (os já utilizados, os novos e os para estudo posterior à implantação); listagem de medicamentos padronizados; resumo do CID 10; listagem do mobiliário;

equipamentos; instrumentais; materiais de consumo em geral (escritório, limpeza, etc.) e materiais de enfermagem. Os itens existentes foram checados e separados, os em falta, requisitados ao setor de compras. A construção da planilha de “equipamentos por salas” agilizou a distribuição destes materiais conforme iam sendo adquiridos. Essa sistemática foi também utilizada para estudo da reorganização do fluxo de clientes nas Unidades de Saúde (Ver ANEXO 11).

Para demonstração do nível de complexidade e capacidade de organização, consta de “anexos” (ver ANEXO 12) o cronograma de implantação que serviu como lista de checagem diária.

Os meses de agosto e setembro de 1999 foram definitivamente improváveis. A correria atingiu tal vulto, que as providências vinham atropelando o tempo. No entanto, a tomada de decisão teria que ser negociada em diferentes instâncias, inclusive com o poder executivo. As comunicações se davam das mais diferentes formas, a ponto de se conversar com o Sr. Prefeito via fax, já que as linhas telefônicas estavam todas congestionadas. Estavam ainda pendentes as decisões relativas ao “folder”, a organização do evento político de inauguração do projeto, a equiparação salarial dos funcionários estaduais com os municipais e a complementação do quadro de pessoal.

A ampla divulgação do projeto, fundamental para sua implantação, requeria a participação de todos os municípios. Como não houve tempo hábil para visita a

todas as entidades sociais que tinham um trabalho conseqüente com a população, a alternativa encontrada foi a publicação de uma matéria nos jornais locais, explicando a proposta e clamando pela participação de todos na composição dos conselhos locais, bem como, para colaboração com as equipes na tarefa de iniciar o projeto (ver ANEXO 13).

Embora o planejamento e participação tenham sido a tônica maior, algumas questões careciam de decisão exclusivamente política, como por exemplo: O estudo de território realizado pelas equipes constatou que cerca de dois mil habitantes dos municípios de Tietê, Cesário Lange e Jumirim freqüentavam os serviços de educação e saúde de Cerquilha. Decidiu-se absorver a referida parcela populacional através de seu cadastramento, embora isso significasse uma possível alteração no estudo de cobertura, produtividade e resolutividade. Desse modo os dados populacionais e alguns indicadores poderão apresentar um pequeno descompasso.

Na data da inauguração do Projeto R.A.I.S. ainda restavam algumas pendências que foram solucionadas com o envolvimento e participação de toda equipe. A garra e criatividade para provar a viabilidade do SUS ajudaram na superação de problemas de última hora. Um fato marcou significativamente esse engajamento: a UBSF, apelidada de “unidade virtual”, que estaria também sendo inaugurada às dezessete horas, não havia recebido o mobiliário nem os equipamentos. Ao meio dia, em reunião de emergência, organizou-se um mutirão

que providenciou, através de empréstimo junto a Santa Casa Local, UBSs e comunidade, equipamentos e mobiliário suficiente para dar início às atividades previstas no cronograma. O evento de inauguração no salão “Telhado Azul”, contou com a presença de várias autoridades municipais (Secretários de várias Pastas, Vereadores, Diretoria Clínica e Provedoria da Santa Casa, Secretários de Saúde e Prefeitos de vários municípios), estaduais (Diretoria da DIR XXIII, COSEMSSP - Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo e Deputados), todos os trabalhadores municipais da Saúde além de, profissionais e empresários da iniciativa privada. No entanto, o impacto mais importante foi a constatação da presença em massa de anônimos da população.

Em primeiro de outubro de 1999, o Projeto R.A.I.S. foi inaugurado, ou seja, Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Serviço de Vigilância à Saúde, Saúde do Trabalhador, Ambulatório de Especialidades Médicas, Laboratório Local Ampliado e Resolutivo, Serviço de Finanças com respectiva comissão de compras além da inauguração de mais uma Unidade Básica de Saúde da Família.

O discurso proferido, traz em seu texto a síntese do processo de implantação. Traduz, também, a emoção e esperança que estes meses de labuta provocaram em todos os envolvidos, razão pela qual está apresentado em “anexos” (ver ANEXO 14).

CAPÍTULO TERCEIRO

POSSIBILIDADES E LIMITES

Originariamente este capítulo seria denominado Limites e Possibilidades. Porém, ao se discorrer sobre o desenrolar do Projeto R.A.I.S. – Reorganização da Atenção Integral à Saúde em Cerquilho percebeu-se, mais nitidamente, que as dificuldades (limites) foram mais fortes que a capacidade (no pouco tempo que se teve) de superá-las. Não significa que se tenha passado ao largo das possibilidades, pelo contrário (ver capítulo quarto), foram esgotadas todas as possibilidades ao alcance no período, a ponto de se poder afirmar que a experiência ímpar, trouxe avanços no modo de pensar “possibilidades” na Saúde Coletiva, pois como diz Gastão Wagner de Sousa Campos, em seu livro “A Saúde Pública e a Defesa da Vida”, citando Marx e Marshall Berman *“Todas as relações fixas, enrijecidas, com seu travo de antigüidade e veneráveis preconceitos e opiniões, foram banidas; todas as novas relações se tornam antiquadas antes que cheguem a se ossificar. Tudo o que é sólido desmancha no ar, tudo o que é sagrado é profanado ...”*. (1991:14).

Voltando ao tema dos limites, a divulgação da implantação do projeto e o impacto da novidade, trouxe questões de equacionamento operativo difícil de se prever. O principal deles foi sentido nos primeiros dias, quando o afluxo da população foi muito além do esperado. Nas visitas domiciliares para apresentação das equipes, da proposta de intervenção e para cadastramento (todos os domicílios foram visitados antes da inauguração do projeto) foram sendo agendadas consultas de acordo com as doenças por eles referidas. No entanto, a repressão da demanda e o hábito do desrespeito para com a consulta agendada, aliado à falta de confiança na manutenção do projeto, levou grande parcela da população a querer consultas médicas de uma só vez. Alguns Médicos e enfermeiros chegaram a atender até setenta consultas cada um, por dia, na ânsia de provar que a nova proposta da Saúde possuía um diferencial. Essa sobrecarga se justifica por ainda não ter sido incorporada a concepção de humanização.

Trabalhar simultaneamente com acolhimento e assistência foi o grande desafio inicial. A ordem se estabeleceu por questão de sobrevivência.

Os primeiros dias demonstraram dificuldade de adaptação da agenda de consultas, visitas domiciliares, reuniões, organização de grupos e discussão entre e inter equipes. Optou-se por reuniões após o expediente pois a troca de experiência e o relato diário eram fundamentais para revisão da prática e auxílio mútuo.

O entendimento de satisfação, ou não, da população naqueles dias estava na capacidade da mesma clamar por atenção e resolução imediata. Trouxe seus preconceitos, medos, temores e, principalmente, seus conceitos de qualidade de serviços: uma boa consulta médica deveria ser rápida, sem exames clínicos, sem anotação em prontuários e, necessariamente, receber receita de antibióticos ou ansiolíticos. Diferente disso era considerado mau atendimento.

No mês anterior à inauguração, a distribuição de talonário azul para receitas de medicamentos controlados passou a ser fiscalizada pelo serviço de Vigilância. Sua substituição foi permitida mediante a troca dos canhotos totalmente preenchidos, de modo a garantir o controle, sobre as farmácias privadas, públicas e conveniadas. Essa rotina foi instituída, com base na constatação da existência de alguns clientes que exerciam a venda ilegal de medicamentos, uma vez que os obtinham gratuitamente pelo serviço público através de receituários idênticos prescritos por diferentes médicos.

A Unidade de Pronto Atendimento, funcionando doze horas/dia, foi transformada em UBSF. Esta Unidade atendia a demanda espontânea sem critério programático ou resolutividade. Denominada de queixa/condução ou "empurroterapia", solicitava para o cliente o mesmo exame laboratorial, indicação do mesmo antibiótico de diferentes laboratórios ou somente indicação de paliativos a cada consulta, criando hábitos na população de dependência médica ou farmacológica. Cerquilho contava com uma legião de "fregueses" dessa prática,

que foram denominados médico-dependentes ou clientes cativos. Essa parcela populacional demandou atenção redobrada.

Problema concomitante foi com relação a plantonistas do pronto-socorro e corpo clínico da Santa Casa onde muitos dos médicos demitidos do quadro da Saúde municipal mantinham vínculo empregatício. O descompasso, a diferença de visão e de princípios fez com que os usuários dos dois serviços fossem utilizados como joguete. A dificuldade de entendimento dos mecanismos que contribuem para fomentar interesses individuais fez com que a população se sujeitasse a esse papel.

Ainda, com relação ao pronto-socorro, cabe lembrar que a população não o diferenciava do pronto-atendimento ou da rede básica criando, também, hábitos que levaram à cobrança do mesmo tipo de procedimento para as Unidades Básicas de Saúde da Família. Nesses primeiros dias, os clientes da rede básica buscavam conferir receitas com os médicos do pronto-socorro e vice-versa. A garantia da ética médica constituiu-se em um “nó crítico”, da teoria de planejamento estratégico situacional de Carlos Matus. Somente ao final de mais ou menos três meses é que se conseguiu drenar para o Pronto-socorro, clientes com problemas típicos de pronto-socorro e intercorrências normais, de tratamento, acompanhamento e diagnóstico, para as unidades básicas de saúde da família.

A alternativa para minimizar os problemas com a Santa Casa e o Pronto Socorro foi buscar respaldo popular para uma proposta de co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde. Para tanto, foi elaborada uma minuta cujo texto compõe os “anexos” (ver ANEXO 1). Porém, a sensibilização da população e seu respectivo apoio seriam fundamentais. Foi, então, divulgado um comunicado junto aos jornais locais, cujo teor consta também de “anexos” (ver ANEXO 2).

Outra dificuldade encontrada pelos profissionais da Saúde e de toda população, foi o entendimento do papel de médico generalista e de enfermeiro consultante. É interessante pontuar que em Cerquilha não se conhecia, ainda, o papel de enfermeiro consultante. A população se incomodava com as consultas julgando, serem os mesmos, auxiliares de enfermagem e não enfermeiros de nível universitário. Após um ano de projeto permanecia, embora minimizado, o hábito de querer consulta médica rápida e não agendada e, principalmente, resistência feroz à consulta de enfermagem. O rol de reivindicações incluía, ainda, retorno dos médicos pediatras e, gineco-obstetras do sexo feminino. Diante disso, as consultas do ambulatório de especialidades foram descentralizadas para as UBSFs. Constituiu-se um cronograma de atendimento dos especialistas de forma que, a cada dia da semana, atendessem aos clientes agendados de uma determinada Unidade de Saúde, evitando que os clientes se locomovessem para o centro da cidade. Esta estratégia também favoreceu a “discussão de caso” com os generalistas, e o atendimento, encaminhamento, tratamento poderiam ser anotados no prontuário familiar, significando contra-referência imediata e

possibilitando seqüência de acompanhamento pela equipe responsável. Significou também, muitas vezes, educação continuada para os médicos e enfermeiros generalistas.

A movimentação (rotatividade) de pessoal foi um problema de difícil resolução, especialmente de enfermeiros, que buscavam salários mais dignos pela complexidade de funções e atribuições que desempenhavam no projeto. Desde a implantação, seis enfermeiros foram demitidos a pedido, cujas substituições atravancaram o processo de implantação, uma vez que, o investimento em recrutamento, seleção, capacitação, tempo de adaptação ao projeto, à equipe e à população, foram fatores que careciam de maturação resultando em dificuldade para estabelecer vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade de sua área de abrangência.

Outra questão relativa aos enfermeiros, foi a tentativa de equacionar o tempo para o desempenho das diversas atividades, tais como: consultas de enfermagem, trabalhos de grupo educativos, organização dos conselhos gestores, visitas domiciliares, reuniões técnico administrativas, reflexão da prática e do impacto dos serviços, educação continuada, acompanhamento do trabalho dos agentes comunitários de saúde, supervisão do serviço de enfermagem, projetos integrados com outras entidades sociais da área, além dos registros de produção. Poderia se caracterizar como exploração de mão de obra, mas se categorizou como desumanidade. Assim, deixou-se a critério de cada equipe a escolha das

ações prioritárias. No entanto, algumas atribuições acabaram por ficar em segundo plano, a fim de priorizar as consultas, visitas domiciliares e reuniões de grupo educativo. Foi significativo para um modelo que quer se pautar pelo lugar central, que os usuários ocupam na teoria de Emerson Elias Merhy.

Quanto ao fornecimento de medicamentos à população, foram apontados vários questionamentos para definição da prática: - Entregar medicamento a todos os habitantes da cidade? Triagem social? Triagem programática? - Optou-se, pelo meio termo, ou seja, clamar pela solidariedade. Os clientes que podiam arcar com o pagamento ou que tivessem direito a convênio de saúde privado, que o utilizassem propiciando, assim, a prática da equidade.

Por estas e outras questões, em novembro, foi instituído o Serviço de Ouvidoria que funcionou, inicialmente, na sede da Secretaria. A descentralização ocorreu em dezembro quando, então, as Unidades estavam mais organizadas em seu cotidiano e puderam absorver este serviço.

Porém, esta estratégia se mostrou insuficiente. Nesse momento, a avaliação apontava para a necessidade de uma rápida intervenção e, a abertura de outros canais públicos de participação foi implementada como forma de superação dessas limitações. Como as Conferências de cinco municípios da região já estavam sendo organizadas antes da inauguração do projeto, foram agilizadas para facilitar e inserir as discussões da organização dos Conselhos

Gestores de Unidades. Apesar do pouco tempo e pouca maturação, lembrando que o projeto foi inaugurado às 17:00 horas do dia 01/10/1999 com início das atividades às 07:00 horas do dia 04/10/1999, as conferências foram exitosas. Contaram com a presença do palestrante Gilson Carvalho, ex-Secretário Municipal da Saúde de São José dos Campos, atualmente assessor do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional da Saúde, sobre o tema: Conselhos/Consciência/Cidadania, apresentado com auxílio do data-show, culminou com a apresentação da artista da dança do ventre Patrícia Farah, no encerramento. Contudo, as votações das diretrizes da política de Saúde e o relatório final deixaram a desejar. Consta de “anexos”, o texto que viria a discutir participação (ver ANEXO 3), o relatório final da “I Conferência Municipal de Saúde de Cerquilho” (ver ANEXO 4) e a convocação para participação na organização dos Conselhos Gestores das Unidades (ver ANEXO 5).

Dezembro de 1999, a Faculdade de Medicina de Botucatu, referência como polo formador para Cerquilho, aplicou o treinamento introdutório oficial, uma vez que o oficioso já tinha sido aplicado em setembro, antes do início das atividades. Essa contribuição foi fundamental para agilidade na resolução dos problemas apontados, entretanto, não houve avanço na adequação do espaço físico, atendimento de odontologia e psicologia. As questões de ordem administrativa e organizacional foram sendo equacionadas paulatinamente.

Logo nos primeiros meses de 2000 houve o confronto com o CRF (Conselho Regional de Farmácia) pois, com a descentralização e pelas normas do Conselho, deveriam ser contratados mais nove farmacêuticos. Exigência inadequada para um município do porte de Cerquilha. A autuação foi emitida e, apesar da exposição de motivos, não foi possível explicar o absurdo da cobrança. Até o final do ano de 2000 a situação estava ainda pendente.

O avanço na implantação do SUS em Cerquilha requeria um maior investimento. Esse passou a ser o principal desafio, tendo em vista a dificuldade para a necessária captação. O Fundo Municipal de Saúde gerenciava uma média de R\$ 7,00 a R\$ 8,00 “per capta” mês e, ao final do ano de 2000, gastava-se de R\$ 11,00 a R\$12,00 per capta/mês. Esse valor continuou sendo insuficiente, pois a odontologia, que faz parte da atenção integral, não dispunha de recursos para o necessário investimento. Situação similar à saúde mental, oftalmologia, órteses, próteses, além dos tratamentos, medicamentos e exames de alto custo. Marcada para o dia 08 de agosto de 2.000, a última votação para aprovação do Projeto de Emenda Constitucional sobre o financiamento do setor saúde, de autoria do Deputado Dr. Eduardo Jorge, atual Secretário Municipal de Saúde do Município de São Paulo (que resultou na emenda 29/2000), apontava a possibilidade de aumento de recursos de forma a equacionar as pendências.

A falta de recursos financeiros também trouxe obstáculos quanto à possibilidade de contratação de um Gerente de Unidade ou um Coordenador da

Rede Básica. A ausência desse profissional, de um lado facilitava a participação mais próxima de todos, sem uma instância intermediária e, por outro, dificultava pois, nas Unidades onde funcionavam duas ou mais equipes, essa função acabava por ser acumulada por um dos membros. Embora todos participassem da escolha era sempre votado um médico. O acúmulo de funções causou desgaste na qualidade gerencial e nas relações com o nível central, no entanto, não perdeu qualidade no atendimento. Mesmo assim, estas Unidades criaram um esquema de avaliação de seus serviços para, mensalmente, poderem discutir entre eles e os usuários, formas e mecanismos de superação das dificuldades. Uma proposta que se originou destas discussões foi a criação de mais uma equipe de PSF (a nona equipe), denominada “grafite”, que deveria ser instalada em prédio próprio. Porém, pela falta de recursos foi agregada à UBSF de Nova Cerquilho, junto às equipes “rosa”, “marrom” e “amarela”. Exemplo de um dos instrumentos utilizados por uma das Unidades para estas avaliações, consta de “anexos”. (ver ANEXO 6).

A adequação dos sistemas aos equipamentos de informática foi outra questão de difícil equacionamento. Houve necessidade de “Upgrade” nos microcomputadores de todas as Unidades, setores e serviços da SMS a um custo muito alto para o momento. A utilização dessa ferramenta possibilitaria aos membros de cada equipe decidir, autonomamente, onde deveriam investir mais o seu tempo e o seu trabalho, pois estas decisões dependiam da análise dos relatórios emitidos por equipe/área. Como a elaboração manual requer

disponibilidade de tempo, o desempenho das demais atividades estaria comprometido.

Outra situação merecedora de registro trata do enfrentamento por parte do gestor, trabalhadores do nível central e equipes de PSF, de um problema “sui gênero”: a “rádio fofoca”. Em plenárias deliberativas tanto do Colegiado Gestor como dos Conselhos Gestores de Unidades ou, até mesmo, em reuniões técnicas (embora os registros das decisões estivessem constando em atas, o processo de discussão para tomada de decisão não era gravado) alguns participantes que chegavam atrasados ou se ausentavam de algum destes encontros, buscavam saber, não as deliberações, mas, as tendências das manifestações de um grupo ou outro. Este comportamento é relativamente comum e não mereceria registro, não fosse Cerquilho. Em cidade pequena, todos são aparentados, amigos, vizinhos, conhecidos. Quando existe participação, transparência e democratização do saber e do acesso a informação para um povo ainda não acostumado a esta prática, algumas interpretações falsas da realidade ocorrem, deturpando o objeto e objetivo democrático, dificultando a tomada de decisão. Alguns desses trabalhadores da Saúde, parceiros, imputaram como falha na engenharia da comunicação e, por vezes, interpretaram a relação entre a equipe do Nível Central e Rede Básica, como autoritária. Diante disso, foi impossível dirimir todos os mal entendidos.

Embora as responsabilidades dos gestores na liderança de suas pastas sejam teoricamente universais, para a Secretaria da Saúde, a questão da formação médica continua causando polêmica. A autora, por ser geógrafa de formação, voltada para a prática educativa na Saúde Pública e, apesar das experiências profissionais anteriores terem sido mais em função de assessoria e comando, algumas situações tenderam a inibir ou constranger o resultado do experimento. Um exemplo a ser citado foi relativo a primeira reunião dos médicos da Rede Básica com o corpo clínico da Santa Casa e plantonistas do Pronto Socorro, que tratou de questões de procedimentos clínicos e de ética médica. Para facilitar a interlocução, um assessor (médico) foi enviado como representante, no entanto, a ausência da secretária da saúde foi interpretada como omissão.

Outra dificuldade encontrada trata da questão do limite entre amizade, confiança e liberdade “versus” posição de gestor indicado pelo poder executivo municipal. No entanto, para garantia do bom andamento do projeto foram mantidos os bons profissionais, apesar do embate provocado pela falta de discernimento dos envolvidos.

Problema eminentemente político foi caracterizado pela composição de forças da Câmara Municipal, onde o partido da situação ocupava quatro assentos do total de treze vereadores. Pela complexidade das lutas que se travaram nesta arena, somente a legalidade, legitimidade e argumentações consistentes foram

capazes de rebater as contra argumentações. Naquela oportunidade, os usuários se constituíram em fortes aliados da Saúde Pública Municipal, principalmente, por ocasião da aprovação da Lei Municipal, que autorizava o estabelecimento de convênio com a Santa Casa Local para contratação das equipes para o Projeto R.A.I.S., determinava validade de seis meses. Decorrido esse prazo, haveria uma avaliação por parte do Legislativo que determinaria continuidade ou não da autorização do convênio com a Santa Casa. Os primeiros seis meses venceriam em abril de 2000, ano das eleições municipais e, a pretexto de procedimento avaliativo, constituiu-se uma comissão que visitaria todas as Unidades com o intuito de checarem a qualidade do atendimento, via supervisão de prontuários médicos. Foi feita uma representação por escrito junto à Assessoria Jurídica da Prefeitura que, com base legal, coibiu tal descabro. Em Audiência Pública, junto a Câmara de vereadores, houve o esclarecimento destas posições. O comparecimento, em massa, dos usuários nesta audiência foi pressão suficiente para que os vereadores votassem favoravelmente à continuidade.

Para o encaminhamento das discussões nesta audiência pública, as solicitações de esclarecimento foram:

- 1º) Solicitação: Dados concretos sobre os primeiros 100 dias úteis da implantação do Projeto R.A.I.S. – Reorganização da Atenção Integral à Saúde em Cerquillo/SP.

2º) Solicitação: Valores repassados mês a mês pelas 3 esferas de governo para o Fundo Municipal de Saúde:

3º) Solicitação: Valores pagos a profissionais contratados de acordo com a Lei Municipal n.º 2.219 de 01/09/99.

4º) Solicitação : Evolução do modelo atual em relação ao modelo anterior.

A audiência pública traria o risco de discurso incoerente ou interpretação dúbia por parte dos vereadores da oposição. Para garantia da transparência, difusão de idéias e resultados e, até, para acompanhamento da discussão por parte da população, as questões foram respondidas por escrito e amplamente divulgadas. Segue texto de abertura do discurso proferido:

É com imenso prazer que nós, Conselho Municipal de Saúde e trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, vimos a este recinto para atender a convocação da Digníssima Câmara Municipal para mais uma audiência pública. (2ª audiência pública da Saúde convocada desde o nascimento/emancipação do município de Cerquilha!).

É com grata satisfação e em nome da “transparência e visibilidade”, que apresentaremos os esclarecimentos solicitados.

Embora o ofício encaminhado ao Sr. Prefeito pelo digníssimo Sr. Presidente da câmara Dr. Antônio Carlos Sebastiane, por solicitação do nobre vereador, Professor Moacir dos Santos, indique a necessidade de apresentação de dados relativos aos primeiros 06 (seis) meses de implantação, é importante que se recorde a todos que o Projeto foi inaugurado e o Convênio firmado em 1º de outubro de 99, às 17:00 horas., (sexta-feira) sendo que as atividades tiveram início às 07:00 horas da segunda-feira, dia 04 de outubro de 99 – portanto temos como apresentar os dados dos 05 (cinco) primeiros meses, visto que completaremos o 6º mês em 04 de abril de 2.000.

Para melhor entendimento transcreveremos o artigo 1º da Lei Municipal n.º 2.219, que diz: “Fica o Poder Executivo autorizado a conveniar com a Santa Casa de Misericórdia de Cerquillo, inscrita no CGC/MF n.º 50.798.453/0001-83, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, com sede à rua 07 de setembro, 641, nesta cidade, para implantação do Programa de Saúde da Família – PSF, Programa de Saúde do Trabalhador e Programa de Vigilância à Saúde, em cumprimento das diretrizes e normas oriundas da Portaria nº. 1.886 de 18 de dezembro de 1.997, e Norma Operacional Básica (NOB/96) expedidas pelo Ministério da Saúde”.

É portanto, com base nas referidas leis, portarias e normas que implantamos no Município de Cerquillo o que segue:

Conveniados com a Santa Casa de Misericórdia de Cerquillo, para complementação de serviços em nível hospitalar, com ofertas de leitos gerais e maternidade para acesso aos clientes SUS, esta instituição se tornou fundamental para a organização do sistema de atenção integral e integrada em todos os níveis.

Além de que, o município não dispõe de cargos de médicos generalistas, enfermeiros consultantes, auxiliares de enfermagem visitantes e de agentes comunitários de saúde. Para que o Município de Cerquillo possa receber repasses complementares de recursos federais, a contratação destes profissionais foi condição “si ne qua non” .

O período que antecedeu as eleições municipais foi particularmente delicado. Todas as lógicas de comportamento e raciocínio sofreram inversão de valores, com alguns danos irreversíveis. Exemplo destes desatinos, foi a perda da confiança do Poder Executivo nos trabalhadores da Saúde, pelo fato de alguns membros do projeto terem comparecido a uma reunião de diretório político diferente do partido do Prefeito e defenderem candidatura independente. O conflito causado por essa situação trouxe para a administração, questões que deveriam se resolver fora do âmbito do trabalho, ou seja, em arena político partidária. No entanto, essa falta de discernimento provocou ruptura e enfraquecimento das equipes, justamente quando seria fundamental a união de forças. Contudo, apesar de todos os percalços algumas dificuldades foram superadas.

Porém, essas circunstâncias provocaram um retrocesso para a Política de Saúde com o retorno, para a Secretaria de Finanças, da autonomia do serviço de compras da Secretaria da Saúde conquistada através de amplas negociações com o Prefeito, Assessoria Jurídica, Secretaria da Administração e Setor de Contabilidade. A estruturação do Serviço, implicou investimento em pesquisas e treinamentos. Após a perda, o gestor manteve a Comissão de Compras, porém sua atuação ficou restrita a tomada de preços e definição das especificações dos produtos, serviços e equipamentos.

Ainda sob os resquícios desta instabilidade e com a vigência da Lei de Responsabilidade Fiscal para o ano em exercício, outros graves retrocessos foram: cancelamento da contratação de um Coordenador de Rede Básica, recuo na decisão da admissão de mais quatro cirurgiões dentistas para as equipes de odontologia e o desmantelamento da equipe de Vigilância à Saúde do Trabalhador devido a demissão da técnica de segurança do trabalho, sem justa causa. O argumento, respaldado na Lei que limita o percentual de despesas com contratação de pessoal sobre a arrecadação municipal, bem como, a obrigatoriedade da quitação das dívidas contraídas pela administração vigente, foi incontestável.

Para garantia da consolidação do Projeto R.A.I.S. foi elaborado, pelo Colegiado Gestor em sua última reunião, um rol de prioridades visando facilitar a tomada de decisão da nova equipe de governo. Para tanto, foram utilizados

critérios de viabilidade política, factibilidade econômica e condição técnica. Essa produção consta dos “anexos” (ver ANEXO 7).

A comemoração do primeiro ano de vigência do projeto contou com a presença de grandes autoridades da Saúde Pública: Dr. Pedro Dimitrov, atual Secretário Adjunto da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Dr. Vítor Lippi atual Secretário Municipal de Saúde de Sorocaba e representante do COSEMSSP. Por esta ocasião, foram proferidos dois discursos: um para a população e outro para os trabalhadores da SMS.

A síntese dos resultados de produção e abrangência, obtidos pelo Projeto R.A.I.S., que se dominou “balanço”, para a população e “reconhecimento”, para os trabalhadores da SMS está contida nos discursos. Essa estratégia permitiu explicitar as responsabilidades dos trabalhadores da saúde e da clientela, de forma a garantir a continuidade e sustentabilidade do projeto na mudança de governo. Os discursos expressos em linguagem adequada para cada público consta em “anexos” (ver ANEXO 8.1 e 8.2).

CAPÍTULO QUARTO

RESULTADOS E CONCLUSÕES

O Projeto R.A.I.S – Reorganização da Atenção Integral à Saúde, planejado e implantado em dois meses, foi acompanhado por um ano. Observou-se que os três eixos estratégicos, adotados para aplicação dos princípios do SUS provocaram um certo impacto. Buscará se apresentar e analisar nesse capítulo, alguns resultados obtidos na construção de gestão local pleno, implantação de equipes de programa de saúde da família e abertura de canais de controle social.

Esses eixos estratégicos foram definidores da nova política de saúde e os resultados se constituíram em alicerces para implementação dos princípios do SUS. As categorias que Gastão Wagner de Sousa Campos utiliza como definidoras do modelo SUS e, do que Francisco Eduardo de Campos entende como *“hipóteses (...) que se poderia detectar a resolutividade diferencial de serviços de saúde”* (1988:173), serviram como base para desenvolvimento do roteiro.

Gastão Wagner de Sousa Campos, em seu livro “Planejamento Sem Normas”, descreve as características de um modelo de saúde pautado nas leis do SUS, conforme apresentado no item denominado “**Marco Conceitual**”. No intuito de aferir os resultados, foram utilizados seus apontamentos na elaboração do seguinte roteiro de análise:

- 01) Desenvolvimento de uma ampla rede básica que garanta, junto com os serviços de pronto socorro, o primeiro atendimento às pessoas e, rede de Unidades Básicas de Saúde, distribuídas geograficamente segundo os aglomerados populacionais:** - o capítulo segundo e terceiro relata as negociações e investimentos que garantiram um Pronto Socorro suficientemente equipado, ampliação do quantitativo de equipes e unidades básicas de saúde da família e, cadastramento, atendimento e acompanhamento de todos os moradores de Cerquilho e adjacências. De acordo com os documentos encaminhados para a DIR XXIII, denominados “indicadores para avaliação de gestão”, o total de primeiras consultas alcançou, em um ano, uma cobertura de noventa e quatro por cento da população, demonstrando a ampliação de acesso aos serviços de saúde.
- 02) Prover o atendimento ambulatorial básico às intercorrências clínicas de todas as faixas etárias e, concomitantemente, desenvolver ações de saúde pública de forma integrada:** - a organização da rede de unidades

básicas de saúde da família dimensionadas para toda população, distribuição de cotas por equipe para encaminhamento das referências e protocolos de atendimento e fluxo, garantiram que toda a retaguarda ambulatorial e apoio diagnóstico fosse equacionada. A fila de espera para especialidades saiu de um patamar de um mil e quinhentas consultas, em outubro de 1999, para um total de menos de cem, em outubro de 2000 significando, aproximadamente, quinze dias de espera no agendamento. Lembrando, ainda, que o pronto atendimento foi absorvido pelas equipes do Programa de Saúde da Família.

03) Radical alteração dos mecanismos de gestão e de financiamento da rede

básica: - os valores repassados, mês a mês, pelas três esferas de governo para o Fundo Municipal de Saúde totalizaram uma média mensal, aproximada, de R\$ 367.166,66, assim distribuídos: trinta e cinco por cento de repasses do nível Federal, dois por cento, Estadual e sessenta e três por cento, Municipal. Significou que o município arcou com a maior parte da despesa com saúde, apesar dos recursos adicionais de incentivo federal. Representou um gasto aproximado de R\$ 12,00 hab./mês, inserida, também, a parcela populacional residente em Jumirim, Tietê e Cesário Lange cadastrada e atendida pelo projeto como um todo e não somente pelo PSF. A nova política, adotada a partir da vigência do projeto, resultou em significativo aumento no repasse de verbas da União. Os recursos financeiros não só aumentaram como migraram da assistência hospitalar para a atenção básica. No ano 1998, os repasses para a assistência hospitalar, significavam mais de

setenta por cento do total. Com a inauguração do projeto (outubro de 1999) iniciou-se a reversão e, em 2000 passou a representar, aproximadamente quarenta e seis por cento. Do total de recursos repassados houve, ainda, um incremento de mais de quarenta e quatro por cento provando que o investimento privilegiou a atenção básica e drenou mais recursos para o Município. Assim, de acordo com a teoria de Gastão Wagner de Sousa Campos, a gestão financeira criou a possibilidade de realocação e incremento dos recursos e foi um dos principais fatores que desencadeou, legitimou e viabilizou a política de saúde adotada para Cerquilho.

- 04) Resolver pelo menos oitenta por cento dos problemas de saúde:** - as unidades básicas foram distribuídas e equipadas para resolverem mais de oitenta por cento dos problemas de saúde. A fila de espera para agendamento com especialistas, só não foi menor, em razão da instituição de rotina para alguns encaminhamentos de controle como, por exemplo, duas consultas/ano de oftalmologia a todos os diabéticos e hipertensos. A adequada infra-estrutura das Unidades proporcionou certa autonomia aos médicos e enfermeiros pois dispunham de todos os equipamentos necessários ao atendimento à população adulta e infantil contando, inclusive, com eletrocardiógrafo e glicosímetro.

05) Sistema de transporte compatível com a demanda da rede: - a aquisição de mais duas viaturas e duas ambulâncias para complementar a frota visou atender a essa premissa.

06) Descentralização de ações programáticas:- iniciada com a descentralização das farmácias e coleta de materiais para exames de apoio diagnóstico e complementada com os programas de tuberculose e hanseníase. Em síntese, todas as ações programáticas foram descentralizadas.

07) Descentralização das ações de vigilância à saúde: - registrado através do credenciamento dos médicos das equipes de PSF como auditores da Unidade de Avaliação e Controle, bem como, pela atuação dos agentes comunitários de saúde no controle e acompanhamento dos riscos de raiva e dengue, entre outros.

08) Ações facilitadoras para o desenvolvimento da consciência sanitária: - resultados obtidos através do acolhimento dos clientes nas unidades de saúde da família e nos trabalhos de grupo educativos objetivando conhecimento do corpo, manifestações das doenças e sua história natural. Compostas, também, pelas campanhas intersetoriais de combate a AIDS, raiva, dengue e outros, desenvolvidos pelos membros das equipes de PSF e agentes comunitários de saúde. As visitas domiciliares, com orientações no

trato do ambiente doméstico e cuidado ecológico, a exemplo do reforço a coleta seletiva de lixo, complementam essas ações.

09) Humanização do atendimento: - a frequência qualificada dos clientes, assiduidade aos trabalhos de grupo educativos, retorno aos agendamentos, participação nos conselhos gestores de unidades e Conselho Municipal de Saúde são sintomas de que os serviços de saúde estimularam sentimentos de respeito, apoio, ajuda, proteção, informação e parceria. A pesquisa aplicada pelas equipes de forma sistemática e rotineira evidenciou a preocupação com a humanização do atendimento conforme já citado no capítulo terceiro.

10) Democratização dos processos de decisão e controle: - comprovados através da elaboração, pelo colegiado gestor, do elenco de prioridades que a nova equipe de gestão poderia utilizar (constante do capítulo terceiro) e pela criação de instâncias de participação, a exemplo dos conselhos gestores de unidades e Conferência Municipal e Intermunicipal, bem como, das audiências públicas e serviços de ouvidoria descentralizados. Acrescenta-se, ainda, a reformulação na dinâmica, composição e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde para garantia do caráter deliberativo das plenárias.

Por esta breve análise de resultados conclui-se que o modelo de saúde adotado pelo Projeto R.A.I.S. resultou em uma forte aproximação ao modelo SUS, como pensado por Gastão Wagner de Sousa Campos. Cumpriu, também, com os objetivos propostos neste estudo de caso, que buscaram testar a aplicação máxima dos princípios do SUS, aferindo e auferindo resultados.

Porém falta, ainda, aferir a categoria “Resolutividade” trabalhada por Francisco Eduardo de Campos. Este autor, em sua tese intitulada “Resolutividade: Uma Aproximação à Avaliação Qualitativa dos Serviços de Saúde”, contribui para complementar a análise, sugerindo quatro eixos de aferição: “1. *Pelo seu efetivo atendimento à demanda*; 2. *Pelo cumprimento de normas técnicas, em relação à saúde*; 3. *Pela agregação de maior demanda dispersa geograficamente e de categorias de renda mais alta*; 4. *Pela geração de maior satisfação entre a clientela usuária*.” (1988:173). E, para tanto, pauta seu trabalho na análise de algumas variáveis para cada um dos eixos.

Para estudo das condições de vida dos moradores, trabalhou com: composição demográfica (idade e sexo), condição de ocupação da habitação, iluminação elétrica, abastecimento de água, esgoto sanitário, destino do lixo, tipos de domicílio, relação entre número de moradores e número de dormitórios no domicílio, se possui geladeira, televisão, rádio, filtro e fogão a gás, renda dos chefes de família, ocupação por ramo de atividade, escolaridade do chefe da família e vínculo previdenciário do chefe de família.

Para análise das variáveis do efetivo atendimento à demanda das ocorrências de problemas de saúde, utilizou: relato de problemas de saúde nos últimos quinze dias, busca de serviços de saúde, se houve atendimento, quem atendeu, se houve solicitação de exames complementares, se houve prescrição de medicamentos, se houve solicitação de retorno, se houve encaminhamento a especialistas e se houve encaminhamento hospitalar.

Pelo cumprimento de normas técnicas, em relação à saúde, optou por trabalhar as variáveis decorrentes do bloco de grávidas e vacinações: comparecimento a exames de pré-natal, instituição na qual fez o pré-natal, número de atendimentos no pré-natal, uso de medicamentos, complicações durante o pré-natal, encerramento da gravidez, mês de encerramento da gravidez, se o parto foi hospitalar, em qual hospital foi feito o parto, qual o tipo de parto, quem assistiu o parto domiciliar, qual o peso da criança ao nascer, se a criança nasceu viva, se a criança continua viva, a criança faleceu com que idade, instituição procurada para vacinação, motivo da procura, porque vacinou no serviço de referência, número de vacinados em outros serviços, cobertura vacinal contra tuberculose, sarampo, DPT, poliomielite e atrasados dos agendamentos de vacinas.

Para análise da agregação da demanda dispersa geograficamente e de categorias de renda mais alta, as variáveis foram, respectivamente, a detecção de obstáculo geográfico e análise de renda dos clientes.

Para avaliação de geração de maior satisfação entre a clientela usuária, o autor trabalhou a construção de uma árvore de possibilidades teóricas: da população total, se não teve problemas ou se teve problemas, não procurou o serviço ou procurou serviço, não foi atendido ou foi atendido, não ficou satisfeito ou ficou satisfeito.

O estudo de Francisco Eduardo de Campos é aplicado no comparativo entre dois municípios. Portanto, não se aplica ao Projeto R.A.I.S. por ser um estudo de caso e não trabalhar com a possibilidade de exclusão. Porém, apresenta uma série de variáveis que devem ser medidas para análise da resolutividade, razão pela qual, algumas informações das realizações de governo como forma de prestação de contas da gestão saúde, estará compondo os “anexos” (ver ANEXO 1). No entanto, se forem considerados os eixos por ele apontados, pode-se afirmar, de maneira genérica, que a resolutividade se expressou pela consecução e até superação das metas inicialmente propostas por ocasião da elaboração do projeto; pela abrangência com alcance a todos os extratos sociais e atendimento a todas as manifestações de morbidade, que os indicadores epidemiológicos podem demonstrar de maneira competente. O comportamento do coeficiente de mortalidade infantil talvez expresse a teoria da resolutividade:

Série Histórica Anual, de Coeficiente de Mortalidade Infantil no Município:

1992 : 17,55
1993 : 16,66
1994 : 25,36
1995 : 25,52
1996 : 16,02
1997 : 17,27
1998 : 23,06
1999 : 08,00

Fonte: DATASUS – via Internet em 2001

Não constou notificação de óbito durante o ano de desenvolvimento do projeto, portanto o coeficiente de mortalidade infantil para o ano de 2.000 poderá apresentar um indicador próximo a zero.

É possível acrescentar que o comportamento dos trabalhadores da SMS de Cerquilho através do vínculo estabelecido entre eles e a clientela, permitiu que a vigilância à saúde e o enfrentamento das situações de risco revelassem o diferencial que se manifestou, na prática, em ações de prevenção às doenças, promoção, proteção e reabilitação da saúde. A saúde mental, apesar de ter ficado sem uma programação específica teve, de alguma forma, absorvida e atendida sua demanda. Apenas o setor de odontologia não obteve a mesma “performance”.

Através da análise de resultados em grandes blocos e utilizando-se do “acesso” como categoria analítica, pode-se afirmar que a política de medicamentos adotada, quando buscou atender a toda a demanda, expôs a

difficuldade da sustentabilidade. Porém não deixou de ser equacionada, pois a Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo, através do programa “dose certa”, duplicou, a pedido justificado, o repasse destinado a Cerquilha que, no somatório do gasto com medicamentos totalizou R\$ 1,00 mês/hab. Em situações onde os protocolos de atendimento e fluxo funcionam, este valor mostrou ser suficiente.

Outra questão que deve passar pelo crivo da categoria “acesso” é o encaminhamento para tratamentos de alto custo. Embora as vagas destinadas para Cerquilha nos Complexos Hospitalares fossem numericamente pequenas foi possível a absorção de todos os pacientes encaminhados devido ao atendimento criterioso e competente das equipes de PSF.

O Projeto de Reorganização Da Atenção Integral à Saúde desenvolveu as diretrizes propostas para implementação do SUS e aplicou, nos três níveis de atenção, os princípios da universalidade, integralidade, equidade e controle social, obtendo resultados de impacto para a política de saúde. Através de uma rede de unidades básicas transformadas pela estratégia do programa de saúde da família, caracterizadas pela vigilância e monitoria à saúde, com atendimento individual, familiar e coletivo; com planejamento pautado nas situações de risco, principalmente, epidemiológico, considerando o contexto de vida, cultura e recursos disponíveis e privilegiando a democratização, descentralização e

participação são características de uma política de saúde comprometida com o atendimento das necessidades, em defesa da vida.

O Município de Cerquilha não foi o único a optar por esta estratégia. Outros municípios brasileiros também o fizeram. O tempo de implantação, resultados e indicadores de impacto podem ter sido similares, porém, nenhum deles teve por opção a mudança radical e repentina. O diferencial fica estabelecido na base do Projeto. Enquanto alguns municípios têm buscado projetos de saúde que se adequem às condições de deficiência de suas infra-estruturas urbanas e de saúde, Cerquilha idealizou a construção de um sistema, investindo, captando e realocando recursos.

Camaragibe/PE, município da região metropolitana de Recife, pode ser citado como exemplo. O material de divulgação oficial da sua SMS aponta as dificuldades de infra-estrutura sanitária e, ao escolher o PSF como estratégia para a rede de serviços de atenção básica vem, paulatinamente, implantando equipes e transformando as Unidades, desde 1994. Até o momento, a cobertura de atendimento atingiu oitenta e quatro por cento da população. Por ser um município de mais de 120.000 habitantes está fora da faixa de comparação com Cerquilha, que possui 30.000 habitantes.

O município de Pirajú/SP talvez se aproxime mais das características de urbanização, infra-estrutura e população de Cerquilha. Porém, sua realidade

requer alternativa diferente para equacionamento dos problemas de saúde. Considerando que, inicialmente, o PSF tenha sido implantado para uma pequena parcela da população rural através de convênio com o Ministério da Saúde Pública de Cuba com contratação de profissionais cubanos e, atualmente, tenha ampliado a cobertura para todo o município, vem construindo este processo, desde janeiro de 1995, conforme consta da Revista Brasileira de Saúde da Família (2000, v.3:16).

A mesma revista traz, também, a experiência de grandes cidades com população em torno de 300.000 habitantes, a exemplo de Vitória/ES que tem, nos sistemas locais de saúde, sua prioridade de investimento e aponta a possibilidade de se estruturar uma rede de serviços organizada, humanizada e com métodos participativos. A implantação do PSF de Vitória teve início em fevereiro de 1998, com cinco equipes. As áreas foram definidas, a princípio, por apresentarem indicadores de saúde desfavoráveis e o índice de pobreza mais acentuado do que as outras regiões da cidade. Porém, a organização e a oferta do nível secundário e terciário vêm se mostrando como o grande desafio, que tem como principal problema a fragmentação que ocorre na oferta dos serviços, estando no momento em processo de constituição da atenção integral e integrada. (2000, v.3:26).

Esse modo de constituir política de saúde é abordado no texto de Marcelo Fernando Terence em seu artigo "PSF/PACS: astúcia neoliberal?" onde faz uma crítica à Norma Operacional Básica de 1996 e ao PSF/PACS indagando se não é

o neoliberalismo se manifestando na Saúde e exemplifica com o financiamento, quando escreve: “... problema é que esta NOB/96, junto com uma proposta do Ministério da Administração e Reforma do Estado, praticamente cria dois sistemas de saúde: um deles, voltado para a atenção simplificada e dirigida para uma população pobre e, outro centrado na atenção hospitalar e procedimentos de alta complexidade. Hoje o que se vê é que o governo federal incentiva que ambos os sistemas sejam executados por entidades privadas e financiados pelo Estado. (...) o problema não está no PSF/PACS em si; está no fato de ele vir para substituir tudo o que vinha sendo feito, inclusive a rede de saúde instalada. Há o risco desse programa se tornar um tipo de atendimento só para os pobres, dificultando o acesso dessas pessoas para os outros níveis de atenção à saúde. Além disso a população perde o direito de escolher por qual equipe de saúde vai ser atendida, ficando os moradores de um determinado bairro obrigados a procurar a equipe local do PSF. Há o risco da população perder o controle da gestão desses programas, já que eles são praticamente privatizados. Ou ainda, esvazia-se a proposta de participação popular em relação à formulação de políticas, pois estas estão sendo bombardeadas dos céus ministeriais, caso do PSF e do PACS. Há ainda a possibilidade da equipe “multiprofissional” se ver reduzida à autoridade do médico, ficando os outros profissionais como meros auxiliares. Assim, fica perdida a possibilidade de se entender as condições de saúde de um determinado local a partir da visão de outros campos de conhecimento. O PSF não pode ser estendido para o conjunto da população. Se lembrarmos que esse programa paga mais aos seus profissionais, já que estes não são funcionários públicos, e que ele foi criado

para conter custos retendo a população pobre em níveis básicos de atenção, não é difícil identificar o caráter publicitário do PSF. Atenção à saúde reduzida, para um número reduzido de pessoas, essa a lógica do PSF (mimeo, São Paulo, 2000).

São questões e alertas fundamentais que devem ser objeto de preocupação dos gestores comprometidos com a saúde pública. O Projeto R.A.I.S., preocupado com as questões e riscos apontados por Terence, buscou um modelo que envolvesse os três níveis de atenção, comungado com o movimento da reforma sanitária e compromissado com os princípios do SUS, com a participação popular, com o aval do Conselho Municipal da Saúde e dos trabalhadores da Saúde. Considerou que a abertura de canais de controle social, produziu o necessário distanciamento da política neoliberal. A opção estratégica do cadastramento de todos os habitantes de um município com razoável qualidade de vida, pretende o nivelamento de todos os habitantes, pelo alto padrão de atendimento e resolutividade defendido por Francisco Eduardo de Campos, criando situações favoráveis à efetividade da política de saúde e satisfação da clientela.

Como esse capítulo foi desenvolvido sem a pretensão de esgotar os enfoques e abordagens, deixou de relatar algumas situações que se constituíram em lacunas na compreensão do contexto, como por exemplo, a relação de Cerquilho com os municípios limítrofes, com a DIR XXIII e com a Secretaria Estadual da Saúde, sem citar as demais secretarias municipais. No entanto, cada

faceta observada apontaria resultados que, poder-se-ia dizer inesgotável uma vez que essa vertente abre possibilidades de negociações, articulações, relações e, conseqüentemente, resultados diversos dos apresentados.

Pretendeu-se aqui, uma reflexão dos limites e possibilidades, de projetos que busquem um modelo de saúde adequado a cada realidade, comprometidos com a defesa da vida. Essa “filosofia” encontra respaldo nos textos de Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, através do livro “Inventando a Mudança na Saúde” – coletânea de textos dos três autores, organizados por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (1997).

Há que se concordar com os editores do citado livro – *“Tendo como fio condutor a reconstituição e análise de experiências concretas, (...) é possível – e necessário – colocar a produção teórica da Academia a serviço de práticas institucionais mudancistas, em um processo dialético de enriquecimento mútuo.”* (1997:336).

A experiência de Cerquilho talvez possa contribuir para esta relação, ao ter compreendido:

- a *Universalidade* do acesso aos serviços garantido - cadastramento de todos os habitantes, análise para planejamento e organização do Sistema com atenção, responsabilização e resolutividade, considerando os elementos do

contexto histórico, defasagem de informação e prática cultural com relação a saúde;

- a *Integralidade* da atenção ao indivíduo, família e coletividade - ações programáticas básicas e estruturadas em níveis de organização e complexidade, descentralizadas por bairro (distrito), equipe (área) e agente comunitário de saúde (micro-área) com integração entre equipes e instituições;

- a *Equidade* - nas ações, planejamentos, priorizações de investimento em RH, organizações programáticas através do enfoque de risco epidemiológico, ambiental e social, padronização de materiais e medicamentos, contratação de serviços privados complementares para garantia do acesso, racionalizado sem exclusão, aos atendimentos e tecnologias de médias e altas complexidades e custo;

- a *Participação* - como ponto de partida e de chegada, meio, forma e fim, garantida através de Audiências Públicas, Conferências Municipais, Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Gestores e Colegiado Gestor. Reuniões técnicas entre e inter equipes e unidades, com rotinas diárias, semanais, quinzenais e mensais, com elaboração de atas, relatórios, devolutivas, e tomada de decisão e responsabilização coletiva;

Talvez o projeto tenha contribuído para demonstrar a possibilidade de transformação dos princípios do SUS em ações, com eleição de projetos gerenciais, clínicos e de relações, sempre voltados para a defesa da vida.

Portanto, não importa qual o modelo adotado ou sob qual eixo giram as decisões que levem a resultados impactantes, como afirma Cecílio: *“A planilha é, sem dúvida, indutora de um determinado modelo, na medida em que a equipe problematiza “os itens” nos quais “não faz pontos”. No entanto, e a própria experiência confirmou, ela não cerceia o levantamento de outras questões e problemas, pela equipe de Saúde e pelos usuários. A planilha, como tradução de um determinado modelo, é portadora de idéias como a integralidade da atenção, a facilitação do acesso, a resolutividade, a preocupação com a produtividade, menos por uma questão de “controle” ou “produtivismo”, mas como reflexo de um olhar preocupado com a má utilização (pode-se dizer, culturalmente aceita) e desperdício dos recursos públicos. Ela também dá como pressuposto, sem um levantamento prévio muito rigoroso, um determinado perfil de morbi-mortalidade, atualmente prevalente de forma muito homogênea nas cidades médias e grandes do Estado de São Paulo. Os grupos considerados de risco são aqueles que, além de uma prevalência expressiva, são vulneráveis à abordagem tecnológica disponível na rede (o que pode trazer à lembrança o CENDES/OPS com suas idéias de magnitude, transcendência e vulnerabilidade...). Mas, com certeza, a idéia de vulnerabilidade, como o MÉTODO empregava, continua justa no sentido de que muitas mortes por câncer cérvico-uterino e de mama, de doenças*

cardiovasculares, de mortalidade materna e perinatal, só para lembrar as de maior magnitude, poderiam ser evitadas com práticas razoavelmente simples e perfeitamente adequadas ao perfil tecnológico das redes de serviços básicos do setor público.” (1997:168). O que se buscou fazer em Cerquilho talvez compactue com a tese de Luiz Cecílio, especialmente, no que tange ao comportamento dos indicadores dos períodos, de outubro de 1998 a setembro de 1999 e outubro de 1999 a setembro de 2000.

A autora não teve a pretensão de provar a factibilidade do SUS, porém, pôde comprovar através deste estudo de caso que, dadas certas circunstâncias, não é inviável, até porque, como afirma Mario Testa em seu livro “Pensamento Estratégico e Lógica de Programação – O caso da Saúde” – *“A Estratégia não é uma maneira de alcançar a meta, mas uma maneira de se colocar em situação de se aproximar para alcançar a meta: ganhar espaço, ganhar tempo, estabelecer condições favoráveis ao nosso próprio desempenho são algumas das formulações alternativas que exemplificam a idéia de estratégia, sintetizadas na excelente definição de Beaufre: a estratégia é uma manobra destinada a ganhar liberdade de ação”.*(1993:15).

A primeira aproximação a qualquer idéia que implique no comprometimento do Poder Executivo Municipal é despertar o seu interesse, é provocar sua curiosidade e confiança (confiabilidade) tanto nas possibilidades operativas e impacto político, como na capacidade do proponente de cumprir com seu papel e

sua responsabilidade. Deve haver vontade política, possibilidade econômica e governabilidade técnica. É conquistar poder e autonomia de ação e de decisão. É ter o “triângulo de governo” de Carlos Matus favorável em todos os ângulos. O Prefeito Municipal deve apoiar, ciente que será um contrato de risco e ser cúmplice na decisão.

Portanto, a factibilidade da idéia se deve, em grande parte, ao Prefeito Municipal de Cerquilha, uma vez que, ao confiar e concordar na implantação desse experimento, pôs em risco seu nome, sua administração e seu projeto político. Também pela história da Saúde Pública de Cerquilha, que propiciou território fértil ao desenvolvimento do trabalho, pois, as Secretárias de Saúde anteriores foram competentes ao máximo, mantendo profissionais com lastro de conhecimento e informação que se adequaram rapidamente à complexidade do novo modelo.

A mudança radical e repentina, estrategicamente utilizada para implantação e reversão do modelo neste estudo de caso, foi adequada, considerando, que no prazo de dois meses foram desenvolvidos: o planejamento, a organização e implantação de sete projetos que “revolucionaram” o sistema público de saúde de Cerquilha. O acompanhamento por um ano comprovou que a estratégia foi apropriada, lembrando que tanto os métodos como os resultados, não são passíveis de generalização.

O projeto de intervenção, teve a pretensão de reduzir o custo social no geral e o desperdício, em particular, além de dar resolutividade ao sistema e valorizar o serviço e o servidor público, criando mecanismos de participação que recuperassem a credibilidade do setor, de tal forma, que os princípios do SUS estivessem aí reificados.

SUMMARY

This work analyses a management experience in public health in the city of Cerquillo, state of Sao Paulo (Brazil) over the August 1999/October 2000 period.

For that purpose, a project called *Reorganização da Atenção Integral à Saúde- R.A.I.S.* (Reorganisation of Integral Attention to Health) was built and developed with a view to testing the application of the principles of the universality, integrality, equity and social health control set forth by the Organic Health Law (Ministry of Health, 1990).

Three strategic pivotal points have been used: the creation of full local management operations, the implantation of family health program teams and the organization of social control units.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOTAZZO, Carlos – “Unidade Básica de Saúde: A Porta do Sistema Revisitada” - Bauru, SP: EDUSP, 1999.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Organizador) - "Pesquisa Participante" – Sétima Edição, São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Organizador) - "Repensando a Pesquisa Participante" - Terceira Edição, São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

CÁCERES, Luciana Sousa – Pirajú: Aposta na Alegria e na Solidariedade. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília/DF, n.03, p. 14-19, dez. 2000.

CAMPOS, Francisco Eduardo de - “Resolutividade: Uma Aproximação à Avaliação Qualitativa dos Serviços de Saúde” 1988. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 1988.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, Emerson Elias MERHY, Everardo Duarte

NUNES - "Planejamento sem Normas" - São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa - "A Saúde Pública e a Defesa da Vida" -

São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

CECÍLIO, Luíz Carlos de Oliveira (organizador), Emerson Elias MERHY e Gastão

Wagner de Sousa CAMPOS - "Inventando a Mudança na Saúde" –

Segunda Edição - São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

DUTRA, Arlete Frank, et all. – Vitória: O Destino Tomado nas Mãos - Revista

Brasileira de Saúde da Família, Brasília/DF, n.03, p. 26-31, dez. 2000.

ECO, Umberto – “Como Se Faz Uma Tese” - Tradução: Gilson Cesar Cardoso de

Souza, Décima Quinta Edição, São Paulo: Editora Perspectiva, 2000.

LAPLANTINE, François – “Antropologia da Doença” Tradução Walter Lelis

Siqueira, Primeira Edição Brasileira, São Paulo: Editora Martins Fontes,

1991.

MERHY, Emerson Elias – Modelo de Atenção à Saúde Como Contrato Social, In:
XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000, Brasília/DF: mimeo,
2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza - "O Desafio do Conhecimento: Pesquisa
Qualitativa em Saúde", Segunda Edição, São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

REPENSANDO o SUS em Volta Redonda – Prefeitura Municipal de Volta
Redonda/RJ, Secretaria Municipal de Saúde. Conferência Nacional de
Saúde [online], Experiências Municipais, Brasília, 13 de setembro de 2000.
Disponível: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm> [Capturado em 13 set
2000].

SOUZA, Herbert José de – “Como se Faz Análise de Conjuntura” - Vigésima
primeira edição, Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2000.

TERENCE, Marcelo Fernando – PSF/PACS: astúcia neoliberal? – Centro de
Educação Permanente, Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo:
mimeo, 2000.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

TESTA, Mario - "Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: O Caso da Saúde" - Tradução: Angela Maria Tijiwa, São Paulo: Editora Hucitec e Abrasco, 1995.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ABC DO SUS: Doutrinas e Princípios - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS, 1990.

ABC DO SUS: Nomenclatura, Parâmetros e Instrumentos de Planejamento - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS, 1990.

ABC DO SUS: Planejamento Local - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS, 1990.

AÇÃO PARTICIPATIVA: Perspectivas de Atuação dos Educadores de Saúde Pública - Encontro de Educadores de Saúde Pública - Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

ALBUQUERQUE, Guilhon - "Metáforas da Desordem" - O Contexto Social da Doença Mental - Rio de Janeiro, RJ: Editora Paz e Terra, 1978.

AVALIAÇÃO do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde - Resultado da Pesquisa - IBAM/IMS - UERJ/NESC/CPqAM/FIOCRUZPE/NESCO-PR/NESCO-UFMG/NESS-BA: IEC/PNE/SE. - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Projeto Nordeste, Informação, Educação e Comunicação, 1995.

BERLINGUER, Giovanni, Sonia Fleury TEIXEIRA, Gastão Wagner de Sousa CAMPOS – "Reforma Sanitária – Itália e Brasil" – São Paulo: Editora Hucitec, 1988.

BOBBIO, Norberto, Nicola MATTEUCCI e Gianfranco PASQUINO - "Dicionário de Política" - Tradução de João Ferreira (Coordenador), Terceira Edição, Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília Linha Gráfica Editora, obra em 2 vol., 1991.

BORDEAU, Georges - "A Democracia: Ensaio Sintético" - in Coleção Saber Atual - Terceira Edição, Tradução de Paulo Antônio dos Anjos - Mira-Sintra: Publicações Europa-América, 1975.

BRAGA, José Carlos de Souza – “Saúde e Previdência – Estudos de Política Social” - Segunda Edição – São Paulo: Editora Hucitec, 1986.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Organizador) - "O Educador: Vida e Morte" - Escritos Sobre Uma Espécie em Perigo - Quinta Edição, Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal, 1984.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Organizador) - "Pesquisa Participante" - Sétima Edição, São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Organizador) - "Repensando a Pesquisa Participante" - Terceira Edição, São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

CAMPILONGO, Celso Fernandes - "Representação Política" - Editora Ática S.A. - São Paulo - 1988.

CAMPOS, Francisco Eduardo de – “Resolutividade - Uma Aproximação à Avaliação Qualitativa dos Serviços de Saúde” – Rio de Janeiro: Editora ENSP/FIOCRUZ, 1988.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa - "A Saúde Pública e a Defesa da Vida" - São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa - "Reforma da Reforma: Repensando a Saúde" - São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza - "Planejamento sem Normas" - São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

CARDOSO, Fernando Henrique e Octavio IANNI - "Homem e Sociedade" - Leituras Básicas de Sociologia Geral - Décima Quarta Edição, São Paulo: Editora Nacional, 1984.

CARVALHO, Guido Ivan e Lenir SANTOS - "Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde" (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) - Segunda Edição - Coleção Saúde em Debate, Vol.51, São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

CECÍLIO, Luíz Carlos de Oliveira (org.), Emerson Elias MERHY e Gastão Vagner de SOUSA - "Inventando a Mudança na Saúde" – Segunda Edição - São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

CÓDIGO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, 1995.

CÓDIGO de Saúde do Município de Blumenau - Lei Complementar número 84, de 09 de junho de 1995 - Prefeitura Municipal de Blumenau - Secretaria Municipal de Saúde - Sistema Único de Saúde, 1995.

COHN, Amélia et all - "A Saúde como Direito e como Serviço" - São Paulo: Cortez Editora, 1991.

COLETÂNEA DA LEGISLAÇÃO BÁSICA - Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social - Governo Federal, 1989.

CONSELHO DE SAÚDE - Guia de Referências para a sua Criação e Organização, Brasília: Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), 1993.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO/ Criação, Designações, e Regimento interno /São Paulo: Secretaria Estadual da Saúde, 1994.

CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO - São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1989.

COSTA, Nilson do Rosário – “Estado, Educação e Saúde: A Higiene da Vida Cotidiana” - Coleção Cadernos do CEDES - Centro de Estudos Educação e Sociedade, Vol.4- São Paulo: Editora Cortez, 1984.

COSTA, Nilson do Rosário - "Lutas Urbanas e Controle Sanitário"- Origens das Políticas Públicas de Saúde no Brasil - Petrópolis, RJ: Editora Vozes e ABRASCO, 1985.

DALLARI, Dalmo de Abreu - "Elementos de Teoria Geral do Estado" - Décima Quinta Edição - São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

DALLARI, Dalmo de Abreu - "O Futuro do Estado" - São Paulo: Editora Moderna, 1980.

DALLARI, Dalmo de Abreu - "O que é Cidadania" - Coleção Primeiros Passos – São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

DALLARI, Sueli Gandolfi - "Municipalização dos Serviços de Saúde" - São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

DAMACENA, Andréa - "Novas e Velhas Questões para a Consolidação Democrática Brasileira" in Poder Local Espaço para Cidadania - Revista Tempo e Presença, Número 287, 1996.

DIAS, Edmundo Fernandes - "Cultura, Política e Cidadania na Produção Gramsciana de 1914 a 1918" - Cadernos CEDES - Centro de Estudos Educação e Sociedade, vol. 3. São Paulo: Cortez Editora, 1985

DOIMO, Ana Maria - "Movimento Social Urbano, Igreja e Participação Popular" - Movimento de Transporte Coletivo de Vila Velha - Espírito Santo - Petrópolis RJ: Editora Vozes, 1984.

DOMINGUEZ, Benito Narey Ramos – “O Programa de Saúde da Família – Como Fazer” – Guarulhos, SP: Editora Parma Ltda., 1998.

DOS DIREITOS À SAÚDE - Constituição Federal/1988 (extratos); Constituição Estadual/1989 (extratos), Lei Número 8.080/1990, Lei Número 8.142/1990 – Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, 1991.

EQUIPE DO NATES/UFJF - "O Poder Local na Saúde" - in Poder Local Espaço para Cidadania - Revista Tempo e Presença, Número 287, 1996.

ESCOBAR, Antonius Jack Vargas - "Política e Poder: Reflexões sobre os anos 20"
- Rio de Janeiro, RJ: Editora Diadorim Ltda, 1996.

ESTEVÃO, Ana Maria Ramos - "Democracia, Descentralização e Participação Popular" - in Poder Local Espaço para Cidadania - Revista Tempo e Presença, Número 287, 1996.

FÓRUM Permanente das Patologias Clínicas - "Direitos do Paciente" - São Paulo: Editora Peres, 1995.

FREIRE, Paulo - "Cartas à Guiné-Bissau" - Registros de uma Experiência em Processo - Segunda Edição, Rio de Janeiro, RJ: Editora Paz e Terra, 1978.

FREIRE, Paulo - "Educação e Mudança" - Décima Quinta Edição, São Paulo: Editora Paz e Terra S/A, 1989.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - Guia de Referências para sua Criação e Organização - Brasília: Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), 1993.

GADOTTI, Moacir - "Concepção Dialética da Educação" – Um estudo introdutório, Sexta Edição, Editora Cortez, São Paulo, 1988.

GAUDERER, E. Cristian - "Os Direitos do Paciente" - Um Manual de Sobrevivência - Quarta Edição, Rio de Janeiro, RJ: Editora Record, 1993.

GRAMSCI, Antônio - "Maquiavel, a Política e o Estado Moderno" - Tradução de Luiz Mário Gazzaneo - Oitava Edição, Rio de Janeiro, RJ: Editora Civilização Brasileira, 1991.

INFORME EPIDEMIOLOGICO DO SUS - Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Número Especial, Ano II, 1993. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde : A Ousadia de Cumprir e fazer Cumprir a Lei; Norma Operacional Básica - SUS 01/1993, Portaria MS número 545, de 20 de maio de 1993, publicada no D.O.U. de 24 de maio de 1993; As Ações de Vigilância Epidemiológica e Controle de Agravos na Perspectiva do SUS.

JACOBI, Pedro - "Movimentos Sociais e Políticas Públicas" - Demandas Por Saneamento Básico e Saúde: São Paulo 1974-1984 - São Paulo: Editora Cortez, 1989.

JORGE, J. Simões - "A Ideologia de Paulo Freire"- São Paulo: Edições Loyola, 1979.

KLOETZEL, Kurt - "O Que É Medicina Preventiva"- São Paulo: Abril Cultural, Brasiliense, 1985. - Coleção Primeiros Passos, Vol.44

KONDER, Leandro - "O Que É Dialética- Coleção Primeiros Passos, Vol.23"- Nona Edição, São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

L' ABBATE, Solange - "O Direito à Saúde: da Reivindicação à Realização" - Projetos de Políticas de Saúde em Campinas - Tese de Doutorado, Departamento de Sociologia, FFLCH/USP. - São Paulo, 1990.

L'ABBATE, Solange - "O Direito à Saúde: Da Reivindicação à Realização" - Sujeitos Coletivos e Projetos de Política de Saúde - São Paulo: Editora Cortez, 1996.

LAKATOS, Eva Maria – “Metodologia do Trabalho Científico” – São Paulo: Editora Atlas S.A.,1992.

LAPLANTINE, François – “Antropologia da Doença” Tradução Walter Lelis Siqueira Primeira Edição Brasileira – Editora Martins Fontes Ltda, 1991.

LEFÈVRE, Fernando - "O Medicamento Como Mercadoria Simbólica" - São Paulo:Editora Cortez, 1991.

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE, Brasília: Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação Social, 1991.

LIMA, Gildo e Teresa LUCENA - "Orçamento Participativo: Uma Experiência de Poder Local Partilhado"- in Poder Local Espaço para Cidadania - Revista Tempo e Presença, Número 287, 1996.

LUDKE, Menga e Marli E. D. A. ANDRÉ - "Pesquisa em Educação" - Abordagens Qualitativas. Coleção Temas Básicos de Educação e Ensino. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1986.

MANUAL DO CONSELHEIRO - Guia de Referências para o Controle Social - Brasília: Ministério da Saúde, Informação, Educação e Comunicação (IEC/SE), Projeto Nordeste, 1994.

MANZINI-COVRE, Maria de Lourdes - "A Fala dos Homens "- Estudo de uma Matriz Cultural de um Estado do Mal Estar - Segunda Edição, São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

MERHY, Emerson Elias, Org. et all – “Agir Em Saúde: Um Desafio Para O Público” – São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson Elias - "A Saúde Pública como Política - Um Estudo de Formuladores de Políticas" - São Paulo, 1920-1948, "Os Movimentos Sanitários, Os Modelos Tecno Assistenciais e a Formação das Políticas Governamentais" - São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

MERHY, Emerson Elias - "Saúde e Movimento Popular: O Relato de Uma Experiência - Coleção Cadernos do CEDES - Centro de Estudos Educação e Sociedade", Vol. 4 - São Paulo: Editora Cortez, 1984.

MERHY, Emerson Elias Merhy - "O Capitalismo e a Saúde Pública" - A Emergência das Práticas Sanitárias No Estado de São Paulo - Segunda Edição, Campinas, SP: Editora Papirus, 1987.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM MOÇAMBIQUE – República Popular de Moçambique – Moçambique: Ministério da Saúde, 1985.

MINAYO, Maria Cecília de Souza - "O Desafio do Conhecimento" - Pesquisa Qualitativa em Saúde, Segunda Edição – São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

MOLARINO, Oswaldo Filho - "Exercer o Poder de Educar para a Cidadania" - in Poder Local Espaço para Cidadania - Revista Tempo e Presença, Número 287, 1996.

NOGUEIRA, Adriano - "O Sujeito Irreverente" Anotações Para uma Pedagogia da Cultura Em Movimentos Populares - Campinas, SP: Editora Papirus, 1993.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS - 01/96 - Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Povo - Texto para Discussão no Conselho Nacional de Saúde - Aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite - Sujeito a Revisão de Redação e Parecer da Consultoria Jurídica do MS, 1996.

O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – Vol. I
São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2000.

ORLANDI, Eni Puccinelli - "As Formas do Silêncio: No movimento dos Sentidos" - Coleção Repertórios- Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1992.

PELO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE - Contribuição da ABRASCO para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, Rio de Janeiro, RJ, 1985.

PESSANHA, Charles - "Poder Local e Democracia no Brasil" - in Poder Local Espaço para Cidadania - Revista Tempo e Presença, Número 287, 1996.

QUIVY, Raymond – “Manual de Investigação em Ciências Sociais” – Tradução de João Minhoto Marques e Maria Amália Mendes – Lisboa: Editora Gradiva, 1992.

RIOS, Terezinha Azerêdo Rios - "Ética e Competência" - Segunda Edição, - Coleção Questões da Nossa Época, Vol.16 - São Paulo: Cortez, 1994.

RUMMEL, J. Francis - "Introdução aos Procedimentos de Pesquisa em Educação" - Tradução de Jurema Alcides Cunha, Quarta Edição, Porto Alegre, RS: Editora Globo, 1981.

SADER, Eder - "Quando Novos Personagens entraram em cena" - Experiências, Falas e Lutas dos Trabalhadores da Grande São Paulo - 1970/1980 - Segunda Edição, Rio de Janeiro, RJ: Editora Paz e Terra, 1988.

SCHRAIBER, Lilia Blima – (Org.) “Programação em Saúde Hoje” – São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

SEMINÁRIO REGIONAL DE SAÚDE - Comissão Intergestores Regional de Saúde de Franco da Rocha - Sistema Único de Saúde, mimeo, 1995.

SEVERINO, Antônio Joaquim - "Educação, Ideologia e Contra-Ideologia" - São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1986.

SEVERINO, Antônio Joaquim - "Metodologia do Trabalho Científico" - Décima Sétima Edição, São Paulo: Editora Cortez, 1991.

SILVA, Silvio Fernandes – “A Construção do S.U.S a Partir do Município: Etapas para a Municipalização Plena da Saúde” – São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

SPÍNOLA, Aracy Witt de Pinho et all - "Pesquisa Social em Saúde" - São Paulo: Editora Cortez, 1992.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (Organizadora)- "Reforma Sanitária: Em Busca de uma Teoria - Coleção Pensamento Social e Saúde", Vol.3- São Paulo: Editora Cortez - ABRASCO, 1989.

TESTA, Mario - "Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: O Caso da Saúde" - Tradução: Angela Maria Tijiwa - São Paulo: Editora Hucitec e Abrasco, 1995.

TESTA, Mario, - "Pensar em Saúde" - Tradução de Walkiria Maria Franke Settineri
- Porto Alegre, RS: Editora Artes Médicas, 1992.

TURRI, Adriana Crosta (Organizadora) - "Ética Médica" - São Paulo: Conselho
Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 1988.

URIBE RIVERA, Francisco Javier (Organizador), Mario TESTA e Carlos MATUS -
"Planejamento e Programação em Saúde: Um Enfoque Estratégico" -
Coleção: Pensamento Social e Saúde; vol.2- São Paulo: Cortez, 1989.

VANNUCCHI, Aldo (Organizador) - "Paulo Freire ao Vivo" - Gravação de
Conferências com Debates Realizadas na Faculdade de Filosofia, Ciências
e Letras de Sorocaba (1980-1981) - São Paulo: Edições Loyola, 1983.

ANEXO 1 do Capítulo Segundo

PERCURSO/ROTEIRO PARA IMPLANTAÇÃO

- elaboração de carta de intenção a ser apresentada ao Sr. Prefeito.
- confecção de planilha de custos para estudo de viabilidade.
- estudo das áreas e micro áreas - comportamentos epidemiológicos, sociais, e ambientais.
- apresentação da proposta para o Sr. Prefeito e seu corpo de secretários.
- elaboração do Plano Municipal de Saúde.
- elaboração de projeto preliminar e respectiva aprovação do Conselho Municipal de Saúde com posterior encaminhamento ao Ministério da Saúde.
- elaboração de instrumento/cadastro de pesquisa, complementada com questões de interesse de outras pastas.
- aplicação da pesquisa.
- informatização dos dados.
- estudo e dimensionamento de necessidades.
- levantamento de indicadores de Saúde e elaboração de plano de metas.
- elaboração de atribuições da equipe e de cada categoria profissional.
- estruturação do sistema de referência e contra referência.
- levantamento dos recursos da comunidade.
- elaboração de cronograma de implantação.

- seleção e contratação de agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros
- treinamento dos profissionais envolvidos, com momentos de concentração e dispersão.
- treinamento introdutório, propriamente dito.
- providências de adaptação e transição das Unidades de Saúde existentes para o novo modelo, relativos a :
 - .área física
 - .mobiliário
 - .equipamentos
 - .impressos
 - .medicamentos (com respectiva padronização)
 - .materiais de enfermagem
 - .materiais de laboratório
 - .materiais de escritório
 - .materiais educativos
 - .viaturas administrativas
 - .ambulâncias
 - .recursos humanos complementares (inclusive com treinamento)

ANEXO 2 do Capítulo Segundo

À Ilma. Sra.

Maria José Galvão

Secretária Municipal de Saúde de Cerquilha/SP

Objetivo: Propor Implantação do Programa de Saúde da Família
--

INTRODUÇÃO

Estamos, através deste, propondo um plano de trabalho que, por si só, redefine a Política de Saúde do Município de Cerquilha, agregando ao planejamento participativo, estudos de morbimortalidade e de comportamentos geradores de doenças, principalmente aquelas preveníveis por vacinas ou por orientações de conduta em saúde.

Pretende esta proposta, também, reverter o atual modelo de atenção em saúde, promovendo uma maior aproximação aos princípios e diretrizes preconizados pela Lei Orgânica da Saúde: equidade, universalidade, integralidade, acesso, hierarquização dos serviços e controle social, transformando em ações, a concepção de que Saúde é decorrência das condições de moradia, nutrição, educação, saneamento básico, emprego, segurança, lazer, transporte entre outros, ou seja, dos condicionantes que, não sendo satisfatórios, redundam em sérios obstáculos para o desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida.

JUSTIFICATIVA

O projeto se justifica para o município de Cerquilha se considerarmos que para uma boa parcela da população, as condições sócio econômicas são precárias, com baixos índices de escolaridade e alto grau de desinformação, com falta de condições sanitárias adequadas, alta taxa de desnutrição infantil, condições familiares desestruturadas, desempregadas ou sub-empregadas, com falta de conhecimentos básicos de higiene, grande parcela de crianças, gestantes e idosos desassistidos, com risco de se gerar juventude desorientada e onerando o serviço público.

O reflexo é sentido pelos altos índices de repetência e desistência escolar, altas taxas de mortalidade infantil, alto índice de gestantes menores que 20 anos, população médico-dependente, além da incapacidade para exercer sua própria cidadania, com isso se acomodando à espera de que o poder público lhe resolva todos os problemas.

Com um quadro desses, há que se constituir uma proposta de intervenção, abrangente o suficiente, participativa no máximo de sua extensão, capaz de, além de estruturar serviços, contribuir para a constituição de cidadãos conscientes de seu papel social e com isso criar oportunidade aos órgãos públicos a aplicação dos

recursos na construção de melhores condições de vida e não na manutenção de sistemas que reforçam a situação vigente.

OBJETIVOS

GERAL

Implantar o Programa de Saúde da Família no Município de Cerquilha

ESPECÍFICOS

Propiciar à referida população, acesso a Serviços de Saúde descentralizados, hierarquizados e com autonomia para serem resolutivos;

Oferecer atendimento integral ao indivíduo, à família e à coletividade;

Promover a integração e otimização dos recursos sociais existentes na comunidade;

Desenvolver ações educativas e preventivas a todas as famílias da área, com programas específicos de controle de saúde das crianças, mulheres, adultos e idosos;

Abrir canais de participação da comunidade com as equipes de Saúde, com co-responsabilidade na detecção de necessidades sentidas, e de conhecimento da realidade cultural, social e epidemiológica;

Estabelecer com cada família uma comunicação direta e personalizada através do prontuário familiar;

Criar mecanismos de avaliação e controle sistemáticos e continuados da situação de saúde das famílias cadastradas;

Desenvolver atividades planejadas priorizando-se o enfoque preventivo e enfoque de risco.

CONCLUSÃO

É uma proposta atraente pelo baixo custo de implantação, principalmente, se considerarmos que a Rede Pública de Saúde de Cerquilho já tem uma estrutura física, equipamentos e recursos humanos que poderão ser adaptados ao projeto. Temos, também, a possibilidade de ampliação de recursos Financeiros através do Incentivo para o Programa de Saúde da Família através do Ministério da Saúde.

Porém, o mais atraente da proposta não está no baixo custo da operação, mas “na economia que gera”. Está na capacidade de diminuição do consumo indiscriminado de medicamentos, na diminuição de solicitação de exames complementares sem critérios, na diminuição do número de internações desnecessárias, na fixação dos clientes em seu próprio bairro, com diminuição de transporte de usuários para Unidades de Saúde hoje congestionadas. O reflexo imediato destas medidas se fará sentir (através de medidas preventivas e diagnóstico precoce) na diminuição dos índices de morbidade e diminuição das taxas de mortalidade, seja na população infantil, jovem, adulta ou idosa, com visíveis reduções de gastos a curto prazo e que, a médio e longo prazo, poderão ser substanciais, além, é claro, de se conseguir colocar o Município no rol das CIDADES SAUDÁVEIS.

Caso a proposta seja aprovada, dever-se-á elencar e desenvolver as ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO e respectivo cronograma.

No aguardo de seu parecer, me coloco a sua inteira disposição.

Atenciosamente,

Huda Farah Siqueira Cunha,

Assessoria para Implantação do Programa de Saúde da Família.

Cerquilho, 11 de março de 1999

ANEXO 3 do Capítulo Segundo

ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO GENERALISTA

- Deverá atender a toda demanda programada, nas clínicas básicas (pediatria, gineco- obstetrícia e geral), diagnosticar através de anamnese, exames físicos, clínicos e laboratoriais as doenças manifestas nos clientes, indicar tratamento, tratar e acompanhar a evolução do tratamento proposto. Em situações de complexidade que determinem necessidade de encaminhamento em razão da limitação dos recursos existentes na Unidade, deverá fazê-lo através de documento próprio para referência e, para a instância adequada ao caso, seja para ambulatório de especialidade ou para internação hospitalar ou, ainda, serviço de urgência/emergência.
- Atender à demanda eventual da população adstrita a sua área, sempre que julgar necessidade de atenção médica e agendar para consulta programática se houver necessidade de acompanhamento.
- Trabalhar em grupo, respeitando a especificidade de todas as demais categorias que compõem a equipe do Programa de Saúde da Família, contribuir e receber contribuição dos diferentes saberes.

- Registrar todo o atendimento, individual, em grupo ou Coletivo, em boletins próprios para tal fim, analisar os registros, propor alterações de estratégias de enfrentamento sempre que os dados indicarem baixa cobertura, situação de risco à saúde de seus clientes ou distanciamento das metas propostas para equacionamento de determinadas situações de saúde.
- Atender e entender a família como núcleo de superação ou resistência das situações de risco epidemiológico, social e ambiental; propor e implementar estratégias para melhoria da qualidade de vida das famílias residentes em sua área de abrangência.
- Atuar como facilitador do processo organizativo e de participação da população nos fóruns adequados à discussão das estratégias a serem adotadas para garantir a manutenção das diretrizes da política de Saúde, de tal forma, que sigam ofertando serviços resolutivos, atenção integral, acesso universal, critérios eqüitativos para distribuição dos recursos, e para tomada de decisão.
- Conhecer diferentes terapêuticas e escolher a mais adequada ao cliente, considerando sua família e seu contexto de vida, além dos recursos disponíveis no momento. Resolvendo, sempre que possível, com racionalização e otimização dos recursos, além de integrar com os demais recursos sociais da área.

As atribuições acima descritas pressupõem profissionais com experiência, formação e habilitação a exemplo de:

O médico que possuir Residência em Medicina Preventiva e/ou,

O médico que possuir Residência em Saúde Coletiva e/ou,

O médico que possuir Residência em Medicina Comunitária e/ou,

O médico que possuir Residência em Medicina Interna e/ou,

O médico que possuir Residência em Clínica Médica e/ou,

O médico que possuir Residência em Clínica Geral e/ou,

O médico que possuir Título de Especialista em alguma das áreas acima citadas e/ou,

O médico que possuir experiência profissional comprovada, por mais de um ano, como Médico Generalista seja em instituições públicas, privadas, fundações, consultórios particulares e outros.

Será considerada experiência profissional como Médico Generalista, o profissional que tiver atendido e tratado de doenças da infância, adolescentes, mulheres, trabalhadores, adultos e idosos.

ENFERMEIRO CONSULTANTE

Deverá permanecer na Unidade de Saúde Local para:

- Atender e tratar através de consultas de enfermagem, a todos os clientes portadores de patologias diagnosticadas por médicos, cujas terapêuticas e acompanhamentos tenham sido convencioneados, normatizados e protocolados pela equipe de Saúde local, desde que referendados, pelo Ministério da Saúde, Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde e pela Coordenação do Projeto R.A.I.S./PSF. Exemplo: Verminoses, Tuberculose, Hanseníase, Pré-natal, Puericultura, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes, Métodos Anticoncepcionais, etc.
- Ministrar treinamentos à equipe de enfermagem, aos agentes comunitários de saúde e à comunidade, quando solicitado pela equipe de Saúde local e/ou pela coordenação do Projeto.
- Orientar os agentes comunitários de saúde em sua rotina de trabalho.

- Realizar palestras e/ou promover eventos individuais e coletivos de orientação à população de acordo com as necessidades detectadas pelas programações em desenvolvimento na área.
- Atuar nos programas de Saúde através de avaliação, controle e acompanhamento das doenças diagnosticadas.
- Realizar exames preventivos para programas da criança, adolescente, mulher, trabalhador, adulto e idoso.
- Coordenar as atividades da área de enfermagem, através de supervisão técnica, propondo intervenção e implementando propostas.
- Realizar consultas de enfermagem no PAC - Programa de Atenção à Criança.
- Identificar distúrbios visuais na primeira infância (acuidade visual, diplopia = “desvio de função”).
- Identificar distúrbios auditivos na infância, perda média e profunda.
- Identificar distúrbios em saúde bucal - cárie de mamadeira.

- Promover busca ativa e controle de comunicantes.
- Acompanhar e Supervisionar o SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.
- Acompanhar e supervisionar o SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.
- Definir em conjunto com a equipe do PSF, ações, estrutura, atribuições, impressos e procedimentos em Vigilância Epidemiológica e Sanitária.
- Estruturar acompanhamento de usuários de 10 a 20 anos.

Obs.: Fará visitas domiciliares, quando necessário.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM VISITADOR

Deverá permanecer na Unidade de Saúde Local para:

- Fazer o controle (medida) de peso corpóreo e estatura de crianças de 0 a 1 ano de vida.

- Aplicar vacinas e orientar os usuários sobre as mesmas, fazer agendamentos posteriores e controlar faltosos.
- Administrar medicamentos e inalações quando prescritos.
- Fazer curativos e outros procedimentos quando necessários.
- Orientar a população quanto a coleta de material para laboratório.
- Colher material para exames laboratoriais.
- Encaminhar de acordo com procedimentos padronizados os exames laboratoriais colhidos.
- Integrar os programas da Unidade, realizando medidas de dados antropométricos, pré-consultas e pós-consultas.
- Preencher os boletins diários e mensais de produção e encaminhá-los em data previamente estabelecida.

Obs.: Dará assistência a domicílio, quando necessário.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Entre suas principais atribuições, o ACS deve:

- Cadastrar todas as famílias em sua área de atuação.
- Atualizar o cadastro sempre que necessário.
- Visitar, no mínimo, uma vez por mês cada família, aumentando essa frequência quando surgir uma situação que requeira atenção especial.
- Verificar o cartão de vacinação mensalmente; se as aplicações estiverem atrasadas, encaminhar a criança para o Posto de Saúde.
- Dar orientações às famílias quanto ao trato da higiene domiciliar, dos alimentos, e nas relações familiares.
- Orientar a família em relação ao uso do soro de reidratação oral e adoção de medidas de prevenção de diarreias, como estratégia para evitar quadros de desidratação.
- Dar orientação para evitar infecções respiratórias agudas que possam evoluir para uma pneumonia.

- Incentivar o aleitamento materno.
- Identificar as gestantes e encaminhá-las para o acompanhamento pré-natal. Depois disso, verificar mensalmente se as consultas estão sendo feitas.
- Explicar a importância da vacinação antitetânica na gravidez para evitar o tétano em recém-nascidos ("mal-de-sete-dias") e encaminhar a gestante para a vacinação.
- Orientar as mulheres em idade fértil em relação aos riscos de câncer do colo uterino e de mama e encaminhá-las para exames de controle.
- Dar orientação acerca de métodos de planejamento familiar.
- Orientar quanto as formas de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da AIDS.
- Orientar a família em relação a prevenção das afeções bucais, auditivas, oftalmológicas e visuais.
- Orientar a família em relação a prevenção de acidentes domésticos.

- Dar assistência aos doentes que estiverem em tratamento no Posto de Saúde.
- Estar atento para problemas que afetam o meio ambiente, como coleta de lixo, serviços de água e esgoto etc. Propor soluções e dar o apoio necessário para que a comunidade enfrente a situação.
- Orientar as famílias quanto à prevenção e aos cuidados em relação a endemias que afetem a região como cólera, dengue e outras.
- Fazer a convocação de faltosos em vacinas ou faltosos de programas.
- Propor, planejar e desenvolver trabalhos de grupo educativos.
- Propor atividades de integração entre as Unidades Locais de Saúde e os demais recursos sociais da área.
- Participar ativamente das reuniões técnicas e administrativas propostas pela equipe de Saúde e ou pela coordenação do projeto.
- Participar de treinamentos sempre que solicitado.

- Atuar em Campanhas de Saúde propostas pelo nível local, Municipal, Estadual ou Nacional.
- Preencher corretamente os boletins diários de produção e entregá-los à Coordenação em data previamente estipulada.

COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO

- Desenvolve atividades de Coordenação e Supervisão do trabalho das equipes.
- Faz visitas domiciliares e acompanhamento das famílias quando necessário.
- Atua no planejamento, programação e Inter-relação do trabalho das equipes entre si e com a comunidade usuária dos serviços.
- Elabora, juntamente com as equipes de Saúde, cronograma temático para as atividades de rotina dos programas propostos.
- Promove discussões, avaliações e propõem soluções para problemas detectados pelas Equipes, pela comunidade Usuária dos serviços ou pela Administração Municipal/Secretaria Municipal de Saúde.

- Garante o agendamento e frequência de todos os profissionais nas capacitações, treinamentos, desenvolvimento de habilidades, atualizações científicas, estudos de caso, entre outros procedimentos que implicam na educação continuada.
- Acompanha o preenchimento e análise dos boletins diários e mensais de produção das Unidades de Saúde.
- Analisa e avalia cobertura, produtividade e rendimento do trabalho através dos boletins mensais de produção.
- Promove e Coordena reuniões administrativas com toda a equipe.
- Faz o acolhimento, individual ou em grupo, dos componentes das equipes sempre que o momento assim o exigir, para dirimir dúvidas, equacionar problemas ou divulgar novos procedimentos a serem adotados.

ANEXO 4 do Capítulo Segundo

PROPOSTA DE CRONOGRAMA TEMÁTICO MENSAL

mês	temas
janeiro	dengue leptospirose hepatite diarréia desidratação doenças de pele
fevereiro	hanseníase dst-aids alcoolismo drogas planejamento familiar
março	saúde da mulher dst/aids na infância
abril	dia mundial da saúde câncer has (hipertensão arterial sistêmica) obesidade vigilância à saúde saúde bucal
maio	saúde do trabalhador meningite pré-natal aleitamento materno
junho	prevenção de acidentes com balões e fogos higiene ambiental queimadas vida saudável
julho	prevenção do câncer bucal meio ambiente lixo reciclável cidade limpa
agosto	prevenção de câncer de próstata alimentação saudável

setembro		semana nacional do trânsito doenças respiratórias
outubro		saúde da criança terceira idade
novembro		dia nacional da tuberculose doação de sangue
dezembro		aids

temas a serem trabalhados durante todo o ano:

tuberculose
doenças respiratórias
hipertensão arterial
diabetes
imunização
amamentação
cuidados na infância
saúde da mulher
saúde bucal
dst/aids

ANEXO 5 do Capítulo Segundo

PROPOSTA DE ATRIBUIÇÕES E DE REGULAMENTO DOS CONSELHOS GESTORES

Artigo 1º. – Ficam instituídos os Conselhos Gestores nas seguintes Unidades de Saúde:

Unidade Básica de Saúde da Família Centro e Ambulatório de Especialidades Médicas.

Unidade Básica de Saúde da Família Nova Cerquilho

Unidade Básica de Saúde da Família Parque das Árvores

Unidade Básica de Saúde da Família Parque Alvorada

Unidade Básica de Saúde da Família Vila Pedroso

Artigo 2º. – A composição dos Conselhos será sempre paritária, sendo que, 50% de seus membros, deverão ser de usuários e 50% de trabalhadores do Serviço Público Municipal de Saúde. O número de conselheiros obedece a seguinte distribuição:

Quadro de distribuição de vagas por Unidade e por Segmento

TOTAL DE TITULARES	UNIDADES	USUÁRIOS	TRABALHADORES DA SAÚDE	ADMINISTRAÇÃO
8	UBSF CENTRO E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES	4	3	1
12	UBSF NOVA CERQUILHO	6	4	2
8	UBSF PARQUE ÁRVORES	4	3	1
6	UBSF VILA PEDROSO	3	2	1
6	UBSF PARQUE ALVORADA	3	2	1

Lembrar que para cada titular deve ser eleito também um suplente. A tabela acima não contempla as vagas de suplentes.

Artigo 3º. – A eleição dos membros titulares e de seus suplentes deverá se dar, conforme regimento específico, após votação e aprovação em assembléia geral.

Artigo 4º. – A eleição dos membros dos Conselhos será realizada através de assembléia geral com a comunidade que indicará os usuários efetivos e os suplentes. As substituições dos titulares se farão a partir da vacância de membro titular, que poderá ocorrer por pedido de exoneração ou exclusão do mesmo pelo Conselho Gestor. Cada conselho gestor decidirá sobre forma de exclusão de faltosos. Caso esgotada a lista de suplentes, o Conselho Gestor decidirá sobre a inclusão de novos membros, podendo inclusive convocar uma assembléia para tal fim. O mandato dos conselheiros é de 1 ano a partir da data da assembléia.

Artigo 5º. – O Conselho Gestor se reunirá ordinariamente uma vez ao mês, e extraordinariamente, quando se fizer necessário.

Artigo 6º. – Competem aos Conselhos Gestores:

I - acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços e as ações de Saúde prestadas a população.

II – propor medidas para aperfeiçoar o planejamento, a organização, a avaliação e o controle das ações e dos serviços da UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família.

III – solicitar e ter acesso as informações de caráter técnico, administrativo, econômico, financeiro e operacional relativas a Unidade de Saúde.

IV – examinar propostas, denúncias e queixas, encaminhadas por qualquer pessoa ou entidade, e a elas responder.

V - definir estratégias de ação que possam auxiliar o trabalho da UBSF e/ou serviços.

VI – elaborar a aprovar o seu Regimento interno e normas de funcionamento.

Artigo 7º. – Qualquer caso que não conste neste regulamento, será decidido pelo Conselho Municipal de Saúde.

ANEXO 6 do Capítulo Segundo

Á R E A F Í S I C A - D E P E N D Ê N C I A S M Í N I M A S

- Recepção - Secretaria Administrativa - Saguão de Espera - Farmácia - Almojarifado - Sala de Vacinação - Esterilização de Material - Sala de Coleta de Material para Exames Laboratoriais - Sala de Curativos, Suturas, Administração de Medicamentos - Sala de Inalação - Sala de Pequenas Cirurgias - Sala de Agentes Comunitários de Saúde - Sala de Reuniões, Trabalhos de Grupo, Treinamento, Biblioteca - Consultório Médico - Consultório de Enfermeiro - Consultório Dentário - Refeitório, Cozinha - Área de Serviço - WC Fem. Funcionários - WC Masc. Funcionários - WC Fem. Público - WC Masc. Público - Depósito de Material de Limpeza.

ANEXO 7.1 do Capítulo Segundo

Edital

PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

A Secretaria Municipal de Saúde de Cerquilha/SP, faz saber que se encontram abertas as inscrições para preenchimento de 32 vagas de Agentes Comunitários de Saúde, sendo distribuídas da seguinte forma: 04 vagas para UBS Centro, 04 vagas para UBS Vila Pedrosa, 04 vagas para UBS Parque Alvorada, 08 vagas para UBS Parque das Árvores, 12 vagas para UBS Nova Cerquilha.

Poderão se inscrever os candidatos maiores de 18 anos de idade, com escolaridade de primeiro grau completo ou incompleto, porém dar-se-á preferência aos possuidores de curso de auxiliar de enfermagem com registro no COREN.

A contratação será em regime de CLT e jornada de 40 horas semanais, com salário de R\$ 350,00/mês.

As inscrições deverão ser feitas na sede da Prefeitura Municipal de Cerquilha, a partir de 09/08/99 até 13/08/99, das 12:00 às 17:00 hs, com

A prova versará sobre conhecimentos básicos de cálculo, raciocínio lógico abstrato, interpretação de textos e redação. Será avaliada a capacidade de

expressão, capacidade de síntese, letra, capacidade de utilização do bom senso além do sigilo e ética. O conhecimento das entidades sociais existentes no bairro será fundamental para classificação.

A prova será dia 21/08/1.999, das 09:00 às 12:00 hs, na Escola, Rua No.....

Os candidatos deverão comparecer ao local com meia hora de antecedência, munidos de caneta esferográfica azul, cédula de identidade e comprovante de inscrição.

A lista dos aprovados e classificados será publicada em 28 e 29/08/99, para contratação em 30/08/99, com início das atividades em 01/09/99.

em 03 de agosto

- Elaboração e publicação do Edital de abertura de inscrições.
- Enviar texto aos Jornais e rádios locais convocando os candidatos para as provas.

de 07 a 08 de agosto

- Publicação de convocação para as provas.

de 09 a 13 de agosto

- Período de inscrição dos candidatos.

- De segunda a sexta feira, das 13:00 às 16:30 hs, na sede da Prefeitura Municipal de Cerquilha - responsáveis pelas inscrições:

de 17 a 20 de agosto

- Elaboração das provas.

dia 21 de agosto

- Aplicação das provas.

de 23 e 24 de agosto

- Correção das provas e classificação dos candidatos.

em 25 de agosto

- Enviar aos jornais lista de candidatos aprovados e convocação dos classificados para contratação.

em 28 e 29 de agosto

- Publicação da lista dos candidatos aprovados e convocação dos classificados.

em 30 e 31 de agosto

Apresentação dos classificados para contratação a partir de 01/09/99.

Esta é uma sugestão de cronograma que poderá sofrer ajustes de acordo com a disponibilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Cerquilha.

Cerquilha, 03 de agosto de 1.999.

ANEXO 7.2 do Capítulo Segundo

PROVA DE SELEÇÃO - 21/08/1.999

No. Inscrição:Data Nascimento:/...../..... Idade:

Nome Completo: Sexo:

Endereço Completo:

Tem curso de auxiliar de enfermagem () sim () não

Grau de Instrução: No. do Registro no COREN:

Assinale abaixo, com um "X" ao lado da rua que fica mais próxima da sua casa:

- () Rua da Fazendinha – Centro
- () Rua São José – Bairro Nova Cerquilho
- () Rua Natale Luvizotto – Bairro Parque das Árvores
- () Rua do Expedicionário – Vila Pedroso
- () Rua Alagoas – Bairro Parque Alvorada

ATENÇÃO

Leia atentamente a prova antes de responder

Ao todo serão 24 questões, sendo que para as primeiras 10 questões, as respostas deverão ser transcritas em gabarito, e mais 10 testes de múltipla escolha que você deverá assinalar no gabarito específico a letra correspondente a resposta que você julgar mais adequada. Somente uma alternativa de resposta deve ser assinalada para cada questão. Duas ou mais alternativas assinaladas, anulam a questão. Não deixe questões sem resposta, pois questões em branco anulam a prova.

Serão quatro questões dissertativas para avaliação do conteúdo, capacidade de síntese, capacidade de expressão e letra.

Entregue a prova dentro do prazo de três horas de seu início. Caso o tempo tenha se esgotado e a prova permanecer em seu poder, a mesma será desconsiderada.

Mantenha a calma e Boa Sorte!!!

GABARITO

Transcreva as respostas das questões de 01 até a 10 no quadro abaixo.

- | | |
|-------------------------|------------|
| 01 | 06 H |
| 02 masc. fem. | M |
| 03 | 07 |
| 04A | 08 |
| 04B | 09 |
| 05 | 10 |

Marque com um "X" sobre a letra que julgar correta para cada questão.
Os números representam as questões e as letras as alternativas.

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
E	E	E	E	E	E	E	E	E	E

PIRÂMIDE POPULACIONAL

IDADE	MASCULINO	FEMININO
80 anos e mais	87	115
70 à 79	316	379
60 à 69	714	763
50 à 59	914	1.017
40 à 49	1.674	1.630
30 à 39	2.202	2.193
20 à 29	2.476	2.743
10 à 19	2.711	2.653
0 à 9	2.339	2.175
TOTAL	13.433	13.668

1 - Com base na pirâmide populacional anexa, indique qual o total de habitantes está estimado para o Município de Cerquilha:

Resposta: _____

2 - Deste total, indique quantos são do sexo feminino e quantos são do sexo masculino:

Resposta: _____

3 - A população feminina em idade fértil está considerada entre 20 e 49 anos. Quantas são elas?

Resposta: _____

4A - Deste total, 3% é o esperado de gestantes no município. Estas gestantes estão divididas em três trimestres. Qual o número de partos esperados por mês?

Resposta: _____

4B - Deste total de nascimentos, 99% são nascidos vivos e devem ser amamentados com aleitamento materno exclusivo até o quarto mês de vida. Se durante quatro meses o índice de nascimentos for o mesmo, quantas crianças estariam sendo amamentadas no peito?

Resposta: _____

5 - No primeiro trimestre de gravidez é indicada a vacina antitetânica. Quantas vacinas seriam aplicadas se vacinarmos 80% delas?

Resposta: _____

6- A população economicamente ativa está considerada de 20 a 59 anos. Se a taxa de desemprego está em 7%, quantos homens e quantas mulheres estarão desempregados?

Resposta: _____

7 - A população de mais de 70 anos tem grande probabilidade de sofrer de doenças crônicas como por exemplo a Diabetes ou Hipertensão Arterial. Sendo 10% o esperado de hipertensos nesta faixa etária, e estamos tratando 50 pessoas, quantos presumivelmente estariam sem tratamento?

Resposta: _____

8 - Toda criança ao nascer deve tomar a Vacina BCG (contra a tuberculose). De 21/08/98 a 20/08/99 nasceram em Cerquilho, 500 crianças. Se vacinamos só 50% delas, quantas crianças estariam vulneráveis à doença?

Resposta: _____

9 - Toda gravidez abaixo de 20 anos é considerada de risco. Se temos 30% de gravidez precoce, quantas adolescentes estariam grávidas?

Resposta: _____

10 - A reposição Hormonal em mulheres de 50 a 59 anos é normalmente aceita por 25% delas. Quantas estariam na menopausa sem reposição?

Resposta: _____

11 – Responda de acordo com seus valores, qual das afirmativas a seguir é a que mais se aproxima com seu estilo de vida.

O homem é o provedor natural de sua família.

O ócio é, incontestavelmente, danoso em qualquer tempo e para qualquer pessoa.

Ficar um dia sem banho é o mesmo que ficar um dia sem comer.

A alegria é fundamental para uma vida saudável.

Transgredir regras e leis é o mesmo que pecar.

12 – Uma pessoa amiga lhe conta, em segredo, que contraiu AIDS.

Assinale qual das alternativas a seguir, mais se aproxima com sua possível conduta.

Você fica preocupada e informa o parceiro dela para que ele se cuide.

Você fica preocupada e se afasta dela para não correr o risco de se contagiar.

Você fica preocupada e pergunta se ela é usuária de drogas ou se contagiou através de relações sexuais com portadores do vírus HIV.

Você não fica preocupada, afinal de contas ela é só sua amiga e você não tem nada a ver com a vida particular dela.

A sua possível conduta não se encaixa em nenhuma das alternativas anteriores.

13 – Um conhecido seu, desempregado, é flagrado por você, roubando uma lata de leite do supermercado. Você é o caixa deste estabelecimento comercial. O que você faria?

Denunciaria ao gerente, pois roubar é crime e você não pode ser conivente.

Faria de conta que não viu e deixaria o homem passar sem pagar.

Tiraria dinheiro do seu bolso para completar a compra e registraria na máquina para que possa dar baixa de estoque e assim ninguém irá perceber.

Passaria um sermão bem passado e mandaria que devolvesse a lata na prateleira.

Discretamente, retiraria a lata do homem, e você mesma devolveria a bebida na prateleira.

14 – Você está voltando para casa após um extenuante dia de trabalho e passa ao lado de um grupo de adolescentes utilizando drogas. De relance você identifica os filhos de pessoas de seu grupo social. O que você faz?

Apesar do cansaço, para e bate um papo com eles pois eles sabem que você os reconheceu e é melhor estabelecer uma cumplicidade com eles para conquistar sua confiança, portanto, promete não contar aos pais que os viu.

Por serem adolescentes e você os conhecer, é melhor parar e conversar com eles sobre os danos e riscos que as drogas trazem.

Cumprimenta normalmente como se nada estivesse acontecendo e segue seu caminho, pois você está muito cansada e pode não saber fazer a abordagem mais correta para aquela situação.

Faz de conta que não viu nada e segue o seu caminho, pois os pais muito provavelmente já sabem como lidar com a situação e não será você que irá resolver o problema.

Avisa a polícia para que debele o grupo, pois quanto maior a liberdade, maior o abuso e portanto se não cortar o mal em seu começo, aqueles adolescentes poderão se transformar em bandidos ou traficantes.

15 – Você é responsável pela saúde de duzentos famílias de seu bairro. A maior parte delas até que não te dá muito trabalho. Mas tem um grupo que embora seja em menor número, são de pessoas muito complicadas. De repente lhe é dada a chance de trocar uma delas. Qual das famílias você abriria mão primeiro:

A mais pobre.

A mais numerosa.

A mais mal criada.

A que se mudou mais recentemente.

A mais suja.

16 – Você foi se apresentar a uma família dizendo-se Agente Comunitária de Saúde, e foi veementemente distratada e enxotada e pedindo que não volte nunca mais. O que você faria?

Não voltaria mesmo, pois se ela não quer os seus serviços não pode forçar a barra.

Voltaria na semana seguinte, pois quem sabe ela esteja mais calma e aí poderá te receber.

Voltaria acompanhada de um supervisor para dar maior respeitabilidade ao seu trabalho.

Denunciaria os mal tratos, pois ninguém tem o direito de distratar ninguém.

Nenhuma das alternativas anteriores.

17 – Você está participando de um mutirão de limpeza de terrenos baldios e quintais, promovido pela Prefeitura Municipal de Cerquilha e depara com uma residência localizada em área invadida, cujo quintal se apresenta sujo de vasilhames de lata, vidro e plástico, vazios e espalhados de boca para cima ou deitados. Ao perguntar pelo dono da casa, o morador diz que a casa é cedida, e que o proprietário não mora lá.

Desconsidera a resposta do morador e segue seu trabalho normalmente.
Não tem idéia de como proceder e pergunta para a família o que ela acha que você deve fazer.

Anota exatamente o que o morador respondeu, desconsidera aquela casa e segue seu trabalho normalmente.

Diz ao morador que ali é área de ocupação, portanto não pode ser cedida.

Pergunta se foi a Prefeitura ou o dono do terreno que cedeu a casa, e se ela pagou alguma coisa "por fora" que a isentasse da responsabilidade da limpeza.

18 – Você foi visitar uma casa com o intuito de divulgar a necessidade de utilização de preservativos masculinos e femininos como estratégia de proteção contra DST/AIDS e a encontra de luto pelo falecimento de membro da família, enterrado no dia anterior. O que você faz?

Vai embora pois não pode incomodar a família em um momento tão pesaroso.

Dá os pêsames e pergunta se está em condições de lhe atender ou prefere marcar um outro dia.

Faz as orientações ao vizinho para não incomodar.

Você tem uma tarefa a cumprir e portanto a pessoa menos triste pode te atender, visto que o falecido sofria de Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida, e o seu trabalho ali passa a ser muito mais importante.

As alternativas A e C estão corretas.

19 – Você já ouviu falar do Programa de Saúde da Família?

Até onde você sabe não é um programa adequado para Cerquilha.

É um programa que o médico atende em casa.

É um programa que o médico é generalista e portanto vai atender e resolver a maioria dos problemas de saúde de toda a família.

Você acha que é um programa interessante mas não acha que vai resolver, pois os problemas de saúde são muito complexos para serem resolvidos com um simples programa.

Nunca ouviu falar do Programa de Saúde da Família.

20 – Ao invés de implantar o Programa de Saúde da Família, a Prefeitura Municipal de Cerquilha poderia melhorar o Serviço dos Postos de Saúde se:

Tivessem mais médicos.

Tivesse mais remédios e mais vacinas.

Tivesse outros serviços tais como: inalações, suturas, curativos, pequenas cirurgias, grupos educativos, suplementação alimentar, visitas domiciliares, Conselhos Locais de Saúde, entre outros.

A melhor forma de aproveitar melhor os Postos de Saúde de Cerquilha é implantando o Programa de Saúde da Família.

Todas as alternativas estão corretas.

NÃO SE ESQUEÇA DE PREENCHER O GABARITO DA PRIMEIRA PÁGINA

RESPONDA AS PRÓXIMAS QUESTÕES DE FORMA CLARA, SUCINTA E COM LETRA BEM LEGÍVEL, NO ESPAÇO DISPONÍVEL PARA CADA UMA DELAS.

21 – Descreva rapidamente sua experiência profissional.

.....

.....

.....

.....

.....

22 – Descreva o que você acha que seja a atividade fundamental de um Agente Comunitário de Saúde. O que ele deve fazer para seguir trabalhando quando chove, ou sob sol muito forte ou, ainda, à noite e em finais de semana e feriado.

.....

.....

.....

.....

23 – Quais são as entidades sociais que existem no seu bairro? Dê o nome, endereço e descreva as atividades que elas desenvolvem.

.....

.....

.....

.....

24 – Fale um pouco de você e de sua vida.

.....

.....

.....

.....

ANEXO 7.3 do Capítulo Segundo

ORIENTAÇÃO AOS FISCAIS DE SALAS DE PROVAS

A partir das 08:30 hs., iniciar a entrada dos candidatos.

Proceder à confirmação da sala, do nome completo, número do RG, número de inscrição e solicitar assinatura do candidato na linha apropriada.

Solicitar que deixe bolsas, celulares, calculadoras etc. ao lado da mesa do professor. O candidato deverá ter na carteira, somente a caneta, lápis, borracha e documentos.

Às 09:00 hs, abrir o envelope de provas e distribuir, solicitando aos candidatos para aguardarem o sinal para iniciarem as provas.

Proceder a leitura em voz alta, da página de rosto e solicitar a todos que não se esqueçam de preencher todos os dados de cadastro. Lembrar a todos que a informação do número do COREN só deve ser preenchido por quem tem formação de auxiliar de enfermagem (curso completo). A prova está composta em três partes, sendo a primeira com dez questões (de 01 a 10), cujas respostas deverão ser transcritas na página de gabarito, uma segunda parte que também são 10 questões (de 11 a 20), porém de múltipla escolha, cujas respostas também deverão ser anotadas no gabarito, e a terceira parte com quatro questões dissertativas (de 21 a 24), que deverão ser respondidas com a máxima clareza possível.

A página de rosto, a folha de gabarito e a última página deverão ser todas escritas a tinta. Respostas a lápis, ou em branco, anulam a prova. Questões com duas respostas serão anuladas as questões.

Ao ouvirem o sinal, solicitar que iniciem e anotar na lousa o horário de início e término, que será de exatas três horas.

Conforme os candidatos vão terminando, e entregando, proceder a conferência do preenchimento completo das informações solicitadas antes de dispensá-lo.

Avisar os candidatos, quando estiverem faltando trinta minutos para o término do tempo, quando faltarem quinze minutos e cinco minutos, também.

Decorridas as três horas, recolher todas as provas e colocá-las de volta no envelope e entregar à coordenação.

Não abandonar a sala em hipótese alguma.

Caso precise sair da sala, aguardar a substituição por outro fiscal que estará rodiziando as classes.

OBRIGADO (A) E BOM TRABALHO!.

ANEXO 8.1 do Capítulo Segundo

Prioridades do Biênio

A situação atual da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, poderá ser mais bem entendida a partir da entrada de uma nova Secretária de Saúde, que veio em substituição a anterior que saiu devido a acidente automobilístico. Desta forma, objetivou-se por implementar poucas medidas, mas de impacto, que inclusive já vinham sendo pensadas pela Secretária de Saúde anterior. Portanto, segue abaixo as 5 prioridades do biênio, que se cumpridas, já se constituirá em um avanço para o município de Cerquilha.

Prioridade 1 : Implantação do Programa de Saúde da Família em 100% do município.

Prazo : Implantação em 01/10/99

Recursos existentes : vide plano específico

Recursos Necessários : vide plano específico

Orçamento : vide plano específico

Prioridade 2 : Instituição da Vigilância em Saúde

Prazo : Início da implantação em 01/09/99; reavaliação em 01/10/99.

Recursos existentes :

local : CIS.

Recursos Humanos: 01 médica veterinária; 01 farmacêutica; 01 auxiliar de enfermagem; 01 médico auditor e 01 médico do trabalho.

Recursos necessários : contratação de 01 enfermeira;

Orçamento : custeio : R\$ 1.600,00/mês (salário com encargos).

Prioridade 3 : Implantação do Programa de Saúde do Trabalhador

Prazo : 01/10/99

Recursos existentes : 01 médico do trabalho; 02 médicos ortopedistas para interconsultas; 01 serviço de fisioterapia para retaguarda;

Recursos necessários :

Materiais : compra de materiais específicos (vide plano específico).

humanos : contratação de 01 técnico de segurança e 01 auxiliar de administração.

Orçamento : vide plano específico.

Prioridade 4 : Reestruturação do Serviço de Saúde Bucal para ampliação da cobertura e realização de procedimentos em Saúde Coletiva;

Prazo : 01/01/2000

Recursos existentes : 08 dentistas e local apropriado;

Recursos necessários : contratação de 16 auxiliares de cirurgião dentista, 08 técnicos de higiene bucal e treinamento da equipe para trabalho a 4 mãos e por quadrante;

Orçamento : incremento no custeio : R\$ 8.000,00/ mês.

Prioridade 5 : Criação do ambulatório de especialidades médicas

Prazo : 01/10/99

Recursos existentes : todos os especialistas e local apropriado;

Recursos necessários : reorganizar os atendimentos especializados prestados atualmente; reforma do atual prédio do CS1

Orçamento : R\$ 10.000,00 para reforma.

Prioridade 6 : Criação do Projeto de Supervisão continuada para as mudanças efetivadas

Prazo: 31/10/99

Recursos existentes : equipe do nível central da Secretaria Municipal de Saúde;

Recursos necessários : treinamento da equipe para desenvolvimento de tal função

Orçamento: custo zero.

ANEXO 8.2 do Capítulo Segundo

PROPOSTA PARA DEFINIÇÃO DE METAS DE IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

Temos por objetivo, alcançar o seguinte plano de metas:

Redução das taxas de mortalidade e morbidade da área, ao menos em índices similares à média apresentada para o Estado de São Paulo, em um ano após a implantação do Programa de Saúde da Família.

Redução em ao menos 5% abaixo dos índices anteriores a implantação do Projeto, decorridos dois anos . Colocação do plano de metas relacionadas a promoção à saúde para os 4 anos seguintes.

Redução em ao menos 20% dos índices anteriores à implantação do Projeto, após o terceiro ano de atividades.

Manutenção dos Baixos índices de morbidade e mortalidade já conseguidos e plano de metas para baixar os demais índices, ao final do quarto ano de desenvolvimento do Projeto.

Objetivando o estudo do impacto epidemiológico e até para avaliação do alcance das metas a serem alcançadas, destacamos alguns indicadores que eram ao nosso ver, além de potencialmente competentes para medirem impacto, também eram passíveis de obtenção e mensuração. Os impressos de registro de produção, de eventos adversos e de informações complementares, foram organizados de tal forma, que saberíamos a fonte de informação a ser buscada. Destacamos então os seguintes indicadores:

1. Pirâmide populacional;
2. Mortalidade geral;
3. Mortalidade infantil;
 - infantil tardia;
 - natimortos;
 - menores de um ano;
 - neo natal;
 - neo natal precoce;
 - perinatal;
4. Mortalidade materna;
5. Nascidos Vivos;
6. Morbidade;
 - incidência de:
 - tuberculose;
 - hanseníase;
 - hipertensão;
 - diabetes;
 - desidratação;
 - doenças diarreicas;
 - doenças infecciosas;
 - cânceres;
7. As cinco principais causas de mortalidade;
8. Doenças de Notificação compulsória;
9. População feminina em idade fértil;
10. Mortalidade feminina em idade fértil;
11. Número de partos;
12. Índice de partos;
13. População economicamente ativa;
14. Índice de doenças ocupacionais;
15. Principais causas de atendimentos ambulatoriais de especialidades médicas e em saúde mental;
16. Principais causas de internação e por grupos etários;
17. Solicitação de exames laboratoriais de análises clínicas e radiológicas;
18. Cirurgias de emergência e eletivas.

ANEXO 9 do Capítulo Segundo ("folder")

PREFEITURA MUNICIPAL DE CERQUILHO

Secretaria Municipal de Saúde



Reorganização para Atenção à Saúde de

CERQUILHO

Programa de
Saúde da
Família

**Data de Inauguração
01 de outubro de 1.999**

SERVIÇOS

- ✓ Inalação
- ✓ Suturas simples
- ✓ Pequenas cirurgias
- ✓ Coleta de material para exames em laboratório bioquímico
- ✓ Exames clínicos
- ✓ Visitas domiciliares
- ✓ Grupos de orientação e aconselhamento
- ✓ Encaminhamentos programáticos para:
 - exames radiológicos
 - consultas em ambulatórios de especialidade
 - internações
 - partos
- ✓ Encaminhamentos para serviços de Urgência / Emergência quando for o caso.
- ✓ Programa de Internação Domiciliar "Hospital em Casa".

REFERÊNCIA

Cadastro N.º _____

Bairro: _____

Rua: _____

Área N.º _____

Agente Comunitária de Saúde: _____

U.B.S.: _____

PROGRAMAS

- ✓ Vacinação
- ✓ Pré-Natal
- ✓ Puericultura
- ✓ Prevenção de câncer
- ✓ Prevenção de doenças infecciosas e parasitárias
- ✓ Orientação quanto à higiene pessoal, bucal, doméstica, ambiental e dos alimentos
- ✓ Alerta aos riscos de acidentes domésticos

TRATAMENTOS

- ✓ Hipertensão
- ✓ Diabetes
- ✓ Tuberculose
- ✓ Hanseníase
- ✓ Doenças sexualmente transmissíveis
- ✓ Doenças cardio-vasculares
- ✓ Doenças dos aparelhos: respiratório, digestivo, locomotor
- ✓ Doenças de pele
- ✓ Doenças do sistema: urinário, circulatório, endócrino e nervoso
- ✓ Ginecologia e obstetrícia
- ✓ Doenças dos olhos, ouvidos, boca e dentes

COBERTURA

Todos os Moradores de Cerquinho - Ex.: bairros:

- ✓ Nova Cerquinho e adjacências
- ✓ Parque das Árvores e imediações
- ✓ Centro
- ✓ Vila Pedroso e proximidades
- ✓ Parque Alvorada entre outros, etc.
- ✓ Toda Área Rural

UNIDADES

- ✓ UBS Nova Cerquinho - Rua São José, 1080
- ✓ UBS de Cerquinho (Centro) - Rua da Fazendinha, 93
- ✓ UBS Parque das Árvores - Rua Natale Luvizotto, s/n
- ✓ UBS Vila Pedroso - Rua do Expedicionário, 100
- ✓ UBS Parque Alvorada - Rua Alagoas, 40

FUNCIONAMENTO

De Segunda-feira a Sexta-feira
das 07:00 às 17:00h

EQUIPES

- 08 Médicos Generalistas
- 08 Enfermeiros Consultantes
- 32 Agentes Comunitários de Saúde
- 16 Auxiliares de Enfermagem
- 08 Atendentes
- 06 Auxiliares de Escritório
- 05 Serventes

ATENDIMENTO

A todas as doenças e problemas de saúde típicos dos seguintes grupos populacionais:

- Crianças
- Adolescentes
- Mulheres
- Trabalhadores
- Adultos
- Idosos

- ✓ Atendimento personalizado através de prontuário familiar, respeitando-se o contexto de vida social, econômico e cultural dos moradores de cada espaço domicílio.

- ✓ Atendimento com cadastramento e regionalização por áreas adstritas a cada equipe de saúde e referenciados à Unidade de Saúde mais próxima do local de moradia das famílias.

NA PRÁTICA

O Programa Saúde da Família vai atender a todas as pessoas, de qualquer idade, com qualquer problema de saúde, através de um mesmo médico, mesma enfermeira e mesma agente comunitária de saúde, que juntos, farão o acompanhamento da família toda, tratando ou mostrando formas de evitar doenças.

O seu médico, sua enfermeira e sua agente comunitária de saúde, estarão o tempo todo preocupados com a saúde de toda a sua família e em conjunto com vocês buscarão resolver os problemas que tiverem.

A sua família estará recebendo, ao mínimo mensal, a visita da Agente Comunitária de Saúde responsável pelas famílias de sua rua, que os orientará sobre formas de evitar doenças e estará também colaborando com o tratamento indicado pelo médico ou enfermeira.

A sua participação neste programa é fundamental para garantir a qualidade da atenção da equipe de saúde responsável por vocês.

ANEXO 10 do Capítulo Segundo (ficha de cadastro)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CERQUILHO R.A.I.S. - Reorganização da Atenção Integral à Saúde

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1 - DOMICÍLIO		Área	Micro Área	Cadastro Familiar	Data	Cadastrador
Nome do Bairro				Cód. UBS	Nome da Unidade de Saúde	
Endereço do Imóvel				Número	Andar	Outros
ACS						

2 - CADASTRO FAMILIAR

N°	N O M E	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	Idade	Sexo (F/M)	Plano de Saúde (S/N)	Estado (S/N)	Educacionalidade	Ocupação	Doença Referida	N° de Cardão Anterior	UBS Anterior
		1						2	3	4		5
01			/ /									
02			/ /									
03			/ /									
04			/ /									
05			/ /									
06			/ /									
07			/ /									
08			/ /									
09			/ /									
10			/ /									
11			/ /									
12			/ /									
13			/ /									
14			/ /									

3 - INFORMAÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

RENDA FAMILIAR ☐ 1 - Até 1 S.M. ☐ 2 - 1 à 3 S.M. ☐ 3 - 3 à 5 S.M. ☐ 4 - 5 à 10 S.M. ☐ 5 - Acima de 10 S.M.	ABASTECIMENTO DE ÁGUA ☐ 1 - Caminhão Pipa ☐ 2 - Poço ou Nascente ☐ 3 - Rede Pública	ABASTECIMENTO / TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO ☐ 1 - Filtração ☐ 2 - Fervura ☐ 3 - Cloração ☐ 4 - Sem Tratamento ☐ 5 - Poço ☐ 6 - Água Mineral	DESTINO DAS FEZES ☐ 1 - Sistema de Esgoto ☐ 2 - Fossa ☐ 3 - Céu Aberto
TIPO DE MATERIAL ☐ 1 - Tijolo ☐ 2 - Madeira ☐ 3 - Material Aproveitado	DESTINO DO LIXO ☐ 1 - Coleta ☐ 2 - Queimado ☐ 3 - Céu Aberto ☐ 4 - Coleta Seletiva	ANIMAIS DOMÉSTICOS ☐ 1 - Cão N°..... ☐ 2 - Gato N°..... ☐ 3 - Galinha ☐ 4 - Pássaros ☐ 5 - Bovinos ☐ 6 - Suínos ☐ 7 - Equinos ☐ 8 - Peixes ☐ 9 - Outros ☐ 10 - Não Tem	
EM CASO DE DOENÇA ☐ 1 - Unidade de Saúde ☐ 2 - Hospital / P.S. ☐ 3 - Farmácia ☐ 4 - Práticas Populares ☐ 5 - Serviços de Convênios e Particulares		GRUPOS COMUNITÁRIOS ☐ 1 - Cooperativa Popular ☐ 2 - Grupo Religioso ☐ 3 - Associações ☐ 4 - Outros	
MORADIA Própria () Alugada () Cediada () Tempo no Município: Na Anual Residência: N° de Cômodos: N° de Banheiros: Energia Elétrica (S/N):			

Nome do Plano de Saúde

ÓBITOS nos últimos 02 anos. Óbito 1: Idade:

Óbito 2: Idade:

Legendas da ficha de cadastro

Prefeitura Municipal de Cerquilha
R.A.I.S - Reorganização da Atenção Integral à Saúde
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

13-
142

LEGENDA

1- Grau Parentesco

P = Pai
M = Mãe
F = Filho
T = Tio
S = Sobrinho
PO = Primo
CN = Cunhado
N = Neto
A = Agregado

2- Escolaridade

1- Analfabeto
2- 1º Grau Incompleto
3- 1º Grau Completo
4- 2º Grau Incompleto
5- 2º Grau Completo
6- 3º Grau Incompleto
7- 3º Grau Completo

3 - Ocupação

1- Funcionário Público
2- Assalariado (setor agropecuário)
3- Assalariado (setor industrial)
4- Assalariado (setor de serviços)
5- Trabalha no próprio lar
6- Empresário
7- Autônomo
8- Desempregado
9- Aposentado

4- Doença ou condição referida

1- Alcoolismo	11- Hipertensão Arterial
2- Chagas	12- Hanseníase
3- Deficiência Visual	13- Tuberculose
4- Deficiência Auditiva	14- Câncer
5- Defic. Aparelho Locomotor	15- Doença ocupacional
6- Deficiência Fala	16- Esquistossomose
7- Diabetes	17- Sequela de AVC
8- Distúrbio Mental	18- AIDS
9- Epilepsia	19- Tabagismo
10- Gestação	20- Doença Respiratória
	21- Outras

5- Unidade

Nova Cerquilha= NC
Parque das Árvores= PA
Centro= CS
Parque Alvorada= PAI
Vila Pedroso= VP

ANEXO 11 do Capítulo Segundo

EQUIPAMENTOS POR SALAS

REFEITÓRIO/COZINHA

mesa de cozinha e seis cadeiras
gabinete de pia
armários suspensos (de parede) no mínimo de 3 portas
geladeira
fogão 4 bocas
cota de gás e um botijão extra
pote com filtro para água
lixeira com tampa

ÁREA DE SERVIÇO

tanque
armário de parede – para material de limpeza e de higiene
armário tipo paineleiro
armário com chave – modelo roupeiro
lixeira

RECEPÇÃO

balcão
armário/prateleiras para prontuários e documentos
bancos altos
bancos para público de 3 lugares – 2 no mínimo para recepção, 2 para entrada e 2 para corredor ao lado dos consultórios
lixeira
ventilador
3 arquivos de fichário
relógio de parede

SECRETARIA

armários ou prateleiras para documentos, impressos e material das agentes comunitárias
mínimo de duas mesas tipo escrivaninha
mesa para computador mais impressora
mesa para dois aparelhos de telefone
linha telefônica e linha de ramal
3 cadeiras no mínimo
4 bancos (altura de cadeiras)
lixeira
ventilador
micro computador
impressora
3 arquivos de fichário
relógio de parede

SALA DE PRÉ E PÓS CONSULTA E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

mesa tipo escrivaninha

3 cadeiras

armários ou prateleiras para medicamentos e material de enfermagem

balança pediátrica

balança adulto

esfigmomanômetro adulto

estetoscópio adulto

régua antropométrica (antropômetro)

fita métrica

caixa de madeira para prontuário de porta dos consultórios

maca ginecológica dobrável

escadinha de dois degraus

suporte para papel toalha

mesa auxiliar com balde

lixeira

15 lençóis e camisolas

15 toalhas de rosto

ventilador

SALA DE VACINAS

geladeira de vacinas

mesa para geladeira (suporte)

mesa auxiliar

arquivo para fichas de vacinas (arquivo de mesa de aço tipo gaveteiro)

3 cadeiras

autoclave ou estufa

lixeira

armário tipo vitrine

SALA DE COLHEITA DE MATERIAL E SALA DE CURATIVOS

maca

mesa auxiliar para curativos com grade lateral e rodas

2 mesas auxiliares

2 braçadeiras

armário vitrine com 4 prateleiras

lixeira

2 suportes para soro

biombo

4 cadeiras

SALA DE INALAÇÃO

mesa auxiliar

armário vitrine

3 cadeiras

ANEXO 12 do Capítulo Segundo

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

AGOSTO e SETEMBRO/99

- Apresentação do Projeto para Conselho Municipal de Saúde, solicitando sua aprovação.
- Construção de indicadores epidemiológicos para plano de metas.
- Mapeamento do número de famílias/domicílio por Unidade de Saúde.
- Definição do número de equipes necessárias por Unidade de Saúde.
- Levantamento das formas de acesso, pela população , aos serviços de Saúde.
- Contratação dos agentes comunitários de saúde.
- Cadastramento das famílias.
- Planejamento do treinamento inicial.
- Definição das atribuições das equipes e de cada categoria profissional.
- Levantamento dos recursos sociais existentes.
- Estudo da situação de morbi-mortalidade e adaptação ao plano de metas.
- Verificar forma de contratação dos médicos e enfermeiros.
- Solicitar o envio de currículo dos médicos e enfermeiros para o PSF.
- Data indicativa para inauguração do projeto.
- Completar "layout" do "folder" e enviar para a gráfica imprimir 10.000 cópias para serem entregues até, no máximo, 10 dias antes da inauguração.

- Verificar andamento da obra de adaptação da UBS do PSF.
- Solicitar das enfermeiras da UBS, o levantamento de necessidades de manutenção tanto de equipamentos como do prédio e fazer o levantamento dos moveis e equipamentos e instrumental existente e que estejam em condições de uso.
- Verificar compra dos Uniformes para o PSF.
- Dimensionar medicamentos e materiais de enfermagem e de escritório para as equipes do PSF.
- Programar a transferência de material e de prontuários para a UBS de referência de cada família.
- Iniciar trabalho de sensibilização para o projeto, junto à comunidade.
- Levantamento dos equipamentos de referência.
- Levantamento das necessidades de equipamentos, materiais, impressos e medicamentos.
- Verificar o que já tem e que falta para ser adquirido.
- Levantar custo da aquisição.
- Preparação e publicação dos editais de convocação ao processo seletivo.
- Compra de materiais, medicamentos, impressos e equipamentos.
- Adequação da área física da Unidade (reforma e ampliação).
- Elaboração de Impressos de Encaminhamento.
- Elaboração de Modelos de Boletins de Produção.
- Revisar e atualizar Cadastros.
- Revisar listagem de Equipamentos das Unidades do Projeto.

- Refazer Planilha de Custos (investimento e custeio).
- Redigir atribuições do Coordenador do Projeto.
- Verificar impressos de registro (inclusive boletins de produção) que deverão permanecer em uso e o que deve ser criado e enviar com antecedência para a gráfica.
- Elaborar comunicado para todas as instâncias de referência do PSF, solicitando vagas para encaminhamento (em torno de 10% do total de consultas/mês).
- Convocar plenária de Entidades para reunião pública do projeto.
- Elaborar comunicado às Unidades (todas) informando da data de inauguração, e solicitando aos médicos e enfermeiros que possuam os pré-requisitos para a especialidade de médico generalista e de enfermagem de saúde pública respectivamente, que enviem seus currículos (anexar "folder", atribuições de médico generalista e de enfermeiros)
- Confirmar Coordenação do Projeto, formas e valor do pagamento.
- Programar com UNESP de BOTUCATU (pólo de formação) o programa de educação continuada.
- Recrutamento e seleção das equipes.
- Contratação dos demais componentes das equipes do PSF.
- Treinamento Introdutório – separar textos e material bibliográfico para os seguintes temas:

SUS - Princípios e Diretrizes; PSF - Programa de Saúde da Família; Modelo de Atenção - Conceitos e Práticas; Trabalho em Equipe - Papéis da Equipe X

especificidade; Apresentação da S.M.S.; Dados Populacionais; Dados Epidemiológicos; Serviços Existentes; Ambulatórios de Referência – Especialidades Médicas; Laboratórios de Referência; Hospitais de Referência; Territorialização; Cadastramento; População Adstrita; Resolutividade, Produtividade, Cobertura, Rendimento; Prioridades, Critérios de Risco; Visita Domiciliar, Técnicas de Abordagem, Sigilo, Ética; Programas de Imunização; Riscos, Prevenção, Contágio, Sintomas, Tratamento das Doenças: Infecciosas, Parasitárias, Crônicas, Degenerativas, DST/AIDS, Ocupacionais, Mentais, Odontológicas, Dermatológicas, Oftalmológicas; Controle de Zoonoses: Leptospirose, Raiva, População Animal; Controle da Fauna Nociva: - Animais Peçonhentos, - Animais Sinantrópicos – Dengue; Pequenas Cirurgias; Primeiros Socorros; Saúde do Trabalhador; Saúde do Idoso; Saúde da Criança; Saúde do Adulto; Saúde da Mulher: Menarca, Concepção e Contracepção, Climatério, Prevenção de Câncer, Gravidez de Risco, Pré Natal, Parto, Puerpério, Aleitamento Materno, Puericultura; Violência Doméstica; Direitos do Paciente; Homeopatia e Acupuntura; Doenças de Notificação Compulsória; Epidemiologia; Bioestatística e Estatística Vital; Protocolos e Normas; Manuseio de Equipamentos; Farmácia Básica; Impressos de Rotina - Preenchimento e Fluxo; Técnicas de trabalho de Grupo; Educação de Adultos; Educação Continuada; Técnicas de Comunicação de Massa; Participação Popular; Conselho Municipal de Saúde; Conselho Gestor/Local; Conferências de Saúde; Plano Municipal de Saúde.

- Programar Treinamento da equipe não médica.
- Visitar Prédios do Projeto.

- Organizar excursão da equipe médica para a área proposta.
- Refazer Planilha de Custos (investimento e custeio).
- Programar redistribuição dos prontuários dos clientes.
- Verificar com a DIR de Sorocaba o Banco de Dados do Ministério para o PSF.
- Reunião com a comunidade nos bairros para discutir a implantação do projeto e a importância da participação popular.
- Agendar junto ao Sr. Prefeito Municipal reunião de apresentação da equipe contratada para o Projeto.
- Elaborar critérios de definição de família de risco social, epidemiológico e ambiental, para agendamentos iniciais.
- Destacar listagem de morbidades que já possuem protocolos (normatização de condutas de tratamento e acompanhamento para completar as atribuições dos enfermeiros).
- Estruturar junto ao Pólo de Formação - UNESP de Botucatu, formas e cronograma para educação continuada das Equipes do PSF.
- Elaborar esquemas de avaliação e controle da implantação do projeto para os 3 primeiros meses de funcionamento, e proceder aos ajustes necessários.
- Nomear as equipes do PSF de acordo com as cores de cada área, escolhendo entre: verde, azul, vermelho, amarelo, rosa, laranja, marrom, lilás, grafite, etc. ou nome de pedras preciosas tipo: esmeralda, rubi, pérola,

diamante, safira, brilhante, etc., ou setor um, dois, etc., ou área norte e área sul, etc.

- Agendar Mutirão de reorganização para o fim de semana anterior à inauguração.

OUTUBRO/99

- Inauguração do Projeto R.A.I.S. – Reorganização da Atenção Integral à Saúde
- Início das atividades do Programa de Saúde da Família nas Unidades Básicas.
- Organização e estruturação do agendamento.
- Cronograma de atividades (reuniões, trabalhos educativos, etc.).
- Organização dos esquemas de encaminhamento.
- Programar a entrega, via agentes comunitárias de saúde, do “folder” preenchido, com as devidas explicações como forma de avisar as famílias, da data e local de seu agendamento a partir da implantação do PSF.
- Elaboração dos protocolos.
- Recrear impressos de registro e de acompanhamento.
- Localizar no Diário Oficial da União, a publicação da liberação do recurso de incentivo.
- Organização para criação dos Conselhos Locais de Saúde.

NOVEMBRO/99

- Estruturação dos esquemas de avaliação e controle de implantação do projeto; dos Equipamentos de Referência: Ambulatórios de especialidade e Leitos Hospitalares.
- Contatar com Entidades Formadoras de Equipes de PSF.
- Aplicar Critérios e Estudos de Famílias de Risco.
- Desenvolver o Cronograma de Educação Continuada.
- Criação dos Conselhos Locais de Saúde - Conselho Gestor.

ANEXO 13 do Capítulo Segundo

COMUNICADO

A Secretaria Municipal de Saúde tem a grata satisfação de comunicar a todos os munícipes, a implantação do Projeto R.A.I.S.- Reorganização da Atenção Integral à Saúde - Programa de Saúde da Família que a partir de 04/10/1999 estará cobrindo todos os bairros, com população aproximada de 30.000 habitantes.

A proposta vem sendo engendrada desde outubro de 1.998. Desde então, os referidos bairros sofreram estudos da situação de saúde (mortalidade e morbidade através de indicadores epidemiológicos), além de condições de vida habitacional, social, educacional, e de infra-estrutura sanitária. Estes dados nos habilitaram a desenhar a proposta, adequando ofertas de Serviços de Saúde às reais necessidades da população, racionalizando a utilização dos recursos humanos, físicos e de equipamentos, de forma que o modelo de atenção hoje proposto atenda aos princípios fundamentais do SUS - Sistema Único de Saúde, que são: Universalidade, Equidade, Integralidade e Participação Popular, além de seguir as diretrizes de Hierarquização dos Serviços, Descentralização e Planejamento, que operacionalmente redundam em resolutividade.

Através de convênio firmado entre a Prefeitura Municipal e o Ministério da Saúde, o programa passa a receber recursos de incentivo adicionais.

O grande diferencial aqui proposto, é o atendimento personalizado e resolutivo, sobre uma população adstrita e cadastrada, vinculada e monitorada por uma equipe de Saúde composta por um médico generalista, um enfermeiro consultante, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde a cada 800 famílias.

Essas famílias receberão no mínimo mensalmente, a visita de um membro da Equipe de Saúde da Família, e sempre que necessário com periodicidade até diária, quando se tratar de moléstia contagiosa ou de condições muito graves de saúde e/ou por carência familiar extrema. Os demais casos, receberão agendamentos de controle e acompanhamento na Unidade de Saúde mais próxima de sua residência, e quando for o caso, serão referenciados aos ambulatórios de especialidades médicas, exames laboratoriais complexos, ou internações hospitalares com documento de encaminhamento para garantia da contra-referência. O programa conta ainda com equipe complementar de odontologia com procedimentos curativos e preventivos integrados às áreas. Também está agregado ao PSF o Programa de Internação Domiciliar.

As Unidades de Saúde estarão funcionando das 07:00 hs às 17:00 hs, sem contudo, deixar de oferecer atenção à Saúde das 17:00 hs às 07:00, inclusive nos finais de semana e feriados, quando permanecerá em funcionamento o atual Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia.

Todos os programas de rotina que hoje vem sendo desenvolvidos, permanecerão e serão acrescidos de protocolos e normas que garantirão a aderência ao tratamento indicado.

As especialidades médicas em pediatria, clínica geral, gineco-obstetrícia estarão a serviço das famílias como um todo, e não mais considerados clientes fora de seu contexto de vida social e familiar.

Estão convidadas todas as entidades sociais de Cerquillo, a integrarem o projeto através de trabalhos de grupo interinstitucionais, ou programa de cunho social que estejam sendo desenvolvidos junto à comunidade, estarão recebendo o apoio e a participação da Equipe de Saúde da Família através de trabalho integrado além de poderem ter representação junto ao Conselho de Saúde Local.

A Secretaria Municipal de Saúde parabeniza o Sr. Prefeito, pela iniciativa, e espera contar com as forças sociais progressistas da cidade, cujo interesse é o bem estar da população, para juntos levarmos avante este Projeto.

Nos colocamos à disposição para demais informações através do telefone 284.22.99, ou venham pessoalmente nos visitar à rua da Fazendinha, 333, que teremos o máximo prazer de recebê-los.

ANEXO 14 do Capítulo Segundo

JORNAL CIDADE DAS ROSAS (09/10/99)

Leia na íntegra, o discurso proferido pela Secretária de Saúde, Huda Farah Siqueira Cunha, durante a inauguração do Programa Saúde da Família na última sexta-feira, 1º. de outubro:

“Toda glória é fruto da ousadia

Toda glória é fruto da ousadia.

Hoje é dia de glória.

E todos os dias, a partir de hoje também serão.

Porque a ousadia está posta no espírito dos cerquilhenses e personalizada pela figura do prefeito Alcides de Nadai.

Parabéns ao povo de Cerquilho pela lucidez do voto. Vocês elegeram um prefeito que sabe da importância de seu papel – papel de excelente administrador de seus impostos.

Uma pessoa dinâmica, arrojada, moderna e ao mesmo tempo sensível às reais necessidades dos munícipes.

Pessoa de uma lisura e correção ilibada.

Parabéns Sr. Prefeito.

E obrigada por ter a capacidade ímpar de saber a quem atribuir confiança.

Esta confiança atribuída a nós da Secretaria da Saúde muito nos enaltece e honra.

Retribuímos esta confiança com toda nossa energia e saber, através do trabalho que, diga-se de passagem, não foi pouco.

Mas Deus nos tem acompanhado e iluminado em todas as nossas decisões.

Deus nos tem favorecido com profissionais trabalhadores da Rede Pública Municipal de Saúde, responsáveis, engajados com a meta de qualidade e atenção personalizada à todos os usuários.

Deus nos favoreceu com novos profissionais.

Alguns já residentes em Cerquilho e outros novos moradores.

Porém, todos, absolutamente todos envolvidos com o sucesso absoluto da empreitada da Saúde.

Quero em razão do exposto, destacar alguns nomes, que em verdade representam e exemplificam o que estou afirmando:

Muito obrigada a Maria Aparecida Riccioli – Cidinha, minha secretária.

Muito obrigada, ao Roberto Ruiz, meu fiel escudeiro assessor de todas as horas.

Muito obrigada a Lucimara, responsável pela Central de Vagas.

Muito obrigada a Telma, médica veterinária coordenadora da Vigilância a Saúde.

Muito obrigada a Eliana, farmacêutica.

Muito obrigada a Célia, responsável pela vigilância Epidemiológica.

Muito obrigada a Noelí, responsável pela Unidade de Avaliação e Controle.

E seguiria citando nominalmente um a um, todos os demais. Portanto, por favor, sintam-se citados.

Quero, também, nesta oportunidade dar boas vindas e dizer em nome de todos os cerquilhenses que recebemos de braços abertos aos médicos e enfermeiros.

Bem vindos Ana Regina, Roberto Nogueira, Oscar, Mauro, Gustavo, Gorete, Flávia, Roberto Ida. Bem vindos Fernanda, Valéria, Mazé, Iza, Rejane, Cássia, Silvana, Marli e Fábio.

Vocês largaram famílias, empregos, amigos e vieram “arregaçar as mangas” aqui conosco.

Não posso me furtar a relatar o processo de implantação do modelo a partir de agora.

Estamos em verdade, comemorando um ano de estudos para chegar ao dia de hoje.

Foi em outubro do ano passado, que aceitando o convite da minha antecessora, Secretária Municipal de Saúde, Maria José Galvão, que fiz minha primeira visita a Cerquilho.

A partir daí, mantivemos contato e seguimos trabalhando no estudo para redação do projeto a ser apresentado ao Sr. Prefeito.

Porém, antes de concluído, houve a infelicidade do acidente sofrido pela Secretária, que preocupada com a gravidade da situação da saúde dela e do município, indicou meu nome para sua substituição e conseqüente continuidade das idéias por nós engendradas.

Assumi a Secretaria da Saúde interinamente e tenho voltado meu esforço para seguir merecendo a confiança em mim depositada.

Nestes quase cinco meses, conseguimos, e volto a dizer que foi graças aos funcionários que encontramos e ao nosso prefeito municipal que estamos hoje inaugurando o Programa de Saúde da Família em 100% do município inclusive zona urbana e rural.

Estamos inaugurando hoje, também, a Unidade Básica De Saúde da Família no Parque Alvorada.

Estamos inaugurando hoje, também, o Programa de Saúde do Trabalhador.

Estamos inaugurando hoje, o serviço de Vigilância à Saúde.

Estamos inaugurando hoje, o laboratório municipal ampliado e resolutivo.

E estamos inaugurando hoje, o ambulatório de especialidades médicas.

Haja ousadia.

O processo de trabalho foi árduo, porém, gratificante.

Buscamos trabalhar com métodos participativos, planejamentos ascendentes e momentos estratégicos.

Houve desgaste. Impossível não ter havido! Superamos alguns, estamos ainda hoje enfrentando outros e com certeza virão novos problemas a serem enfrentados.

Necessitamos por vez ou outra assumir postura impopular em razão da melhor distribuição de recursos financeiros da Secretaria.

Infelizmente, abrimos mão do trabalho de alguns profissionais que nos honraram com sua dedicação e técnica, porém o enxugamento da máquina foi necessário e urgente.

Gostaríamos de agradecer de público aos colegas que embora hoje afastados do nosso cotidiano, estão e seguirão conosco na busca da melhor qualidade da assistência à Saúde de Cerquilha.

Não foi à toa que o nome eleito para o nosso projeto foi R.A.I.S.

É o exato significado do que queremos deixar para o município, um serviço que suga da nossa terra fértil, a seiva para a vida! Mas ele também é sigla. Significa: Reorganização da Atenção Integral a Saúde.

Como toda reorganização é processual, estaremos cada vez mais próximos do melhor. Sempre!

Portanto, obrigada a vocês médicos especialistas, hoje afastados do Serviço Público Municipal de Saúde, e reafirmamos a necessidade de ainda podermos voltar a trabalhar juntos. Oportunamente.

Fui dura em alguns momentos e até com alguns setores ou profissionais. Desculpem-me as palavras ríspidas e cobrança contundente. E peço desculpas pela cobrança e contundência que seguirei tendo com todos para garantir a

implantação e consolidação deste modelo que já está sendo observado pelas academias, a exemplo da USP, UNESP e UNICAMP.

Observado pelos demais municípios do Estado de São Paulo e, até, por municípios de outros Estados.

Está sendo observado muito de perto também pelo Ministério da Saúde, que tem neste modelo sua prioridade para o País.

Seremos espelho e janela. Com orgulho e competência.

Competência porque temos nos norteado pela cartilha da Lei Orgânica da Saúde.

E a Lei Orgânica da Saúde exige controle social.

Estamos então lapidando o Conselho Municipal de Saúde e empenhados na criação dos Conselhos Gestores.

Aqui aproveito o momento para um informe, convite e alerta a todos os cidadãos de Cerquilha, Porto Feliz, Tietê, Cesário Lange e Jumirim: está agendado para 13 de novembro, a 1ª. Conferência Municipal de Saúde. No nosso caso, mais uma vez ousando inovar, estamos promovendo também, a 1ª. Conferência Intermunicipal de Saúde.

O município de Cerquilha estará sediando o evento do coletivo de municípios.

Estamos portanto, lembrando a todos que a conferência traça as diretrizes da Política de Saúde.

Portanto, o segmento de usuários dos serviços públicos de Saúde, dos trabalhadores da Saúde e o segmento dos prestadores privados e conveniados deverão nesta oportunidade, se organizarem para a eleição de seus representantes que deverão defender os interesses de seus grupos, dentro do traçado.

Serão também eleitos os delegados para representação de seus municípios nas conferências regionais, estaduais e nacionais, desencadeadas na seqüência.

Preciso ainda destacar, agradecendo e parabenizando pelo excelente trabalho e incentivo que recebemos da Ana Maria Pakes, Secretária de finanças e pela competência e presteza do Secretário de Obras, engenheiro Celso Grando. Pelo apoio e acompanhamento da DIR de Sorocaba, através de seu Diretor, Dr. Nelson Andreazza, e dizer que seguiremos contando com vocês nesta luta e nos colocamos a disposição toda nossa retribuição.

É mister que se parabenize a Câmara Municipal de Cerquilha, pelo trabalho isento de tendenciosidade na aprovação de nossas Leis.

Quero ainda destacar a solidariedade que tivemos dos colegas Secretários de Saúde de Porto Feliz, Lúcia; de Tietê, Stella; de Cesário Lange, Roberto; de Jumirim, Teresa; muito obrigado a todos vocês.

Obrigada pela presença de Prefeitos e demais Secretários.

Obrigada a todas as autoridades presentes.

Muito obrigada a todos os colegas de trabalho.

Muito obrigada a todos os munícipes aqui presentes.

Estou dedicando este dia histórico para o setor Saúde de Cerquilha, para a aniversariante, 1ª. Dama, Dona Neide De Nadai. Parabéns e muitas felicidades.

Desejo sucesso, amor, força e principalmente sabedoria a todos.

Fiquem com Deus”

ANEXO 1 do Capítulo Terceiro

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE CERQUILHO E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CERQUILHO, PARA ESTABELECIMENTO DO FUNCIONAMENTO E GERENCIAMENTO COMUM DE SUAS ATIVIDADES.

Aos 10 dias do mês de novembro do ano de 1999, nesta cidade de Cerquilha, Estado de São Paulo, na sede da Prefeitura Municipal, entre as partes justas e combinadas, de um lado a Prefeitura Municipal de Cerquilha, neste ato representada pelo Exmo. Sr. Dr. Alcides De Nadai, Prefeito do Município, assistido pelos senhores Dr. Edemilson Assessor Jurídico; Huda Farah Siqueira Cunha, Secretária Municipal da Saúde e do outro lado, Antônio Frare, Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Cerquilha, consoante o devidamente autorizado pela Lei No. de ... de de, ficou certo e ajustado o presente convênio, regido pelas cláusulas e condições seguintes:

Primeira:

O presente Convênio tem por objetivo a administração conjunta da Santa Casa de Misericórdia de Cerquilha que passa a se integrar ao Sistema Municipal de Saúde e a atender clientela universalizada.

Segunda :

À Santa Casa de Misericórdia de Cerquilha caberá:

- 1º. – Reformar seus estatutos de forma a garantir a execução plena deste convênio, a partir da assinatura do mesmo.
- 2º. – Cessão de suas instalações, equipamentos e recursos humanos para que os mesmos sejam gerenciados com a participação do poder público;
- 3º. – Indicação dos membros da irmandade que participarão do Conselho Diretor e Fiscal .

Terceira:

À Prefeitura Municipal de Cerquilha Caberá:

- 1º) Repasse, dentro de suas possibilidades orçamentárias e financeiras, de recursos complementares necessários ao adequado funcionamento do hospital.
- 2º) Participação no Conselho Diretor e Fiscal da Santa Casa de Misericórdia de Cerquilha.

3º) Facilitação da integração do hospital à rede Municipal de Saúde.

4º) Cessão de recursos humanos e equipamentos, dentro de suas possibilidades, que se fizerem necessários ao bom andamento do Sistema Único de Saúde no município, aí entendido inclusive o nível de atenção hospitalar.

5º) Indicar o Superintendente Hospitalar, responsável pelo gerenciamento daquela unidade hospitalar.

Quarta:

Da organização e administração – A organização e a administração da Santa Casa de Misericórdia de Cerquilho obedecerá ao seguinte organograma:

1º) Uma superintendência, composta pelo superintendente, de caráter executivo, que estabelece as diretrizes da Santa Casa de Misericórdia.

2º) Um Conselho Diretor e Fiscal, (órgão assessor da Superintendência), de caráter consultivo, que terá como sua função principal no primeiro ano de vigência deste contrato, promover um amplo debate público, com todas as forças vivas e representativas da sociedade, que

culmine com a elaboração do Plano Diretor da Santa Casa de Misericórdia de Cerquilho. Terá também como função, acompanhar a execução dos gastos, que deverá ser apresentado regularmente, conforme prazo a ser determinado na primeira reunião deste conselho. A composição deste conselho será a seguinte :

- 2 (dois) representantes indicados pela assembléia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Cerquilho;
- 2 (dois) representantes do Corpo Clínico da Santa Casa;
- 2 (dois) representantes da Secretaria de Saúde, representando a Prefeitura de Cerquilho;
- 2 (dois) representantes do Conselho Municipal de Saúde do segmento de Usuários;

Quinta:

Confere-se a este convênio, como participação da Secretaria da Saúde, o valor de R\$ 35.000,00 por mês em substituição a atual subvenção autorizada em Leis n. de ... de ... de e No. de .. de de, que deverão ser destinadas ao custeio das obrigações constantes na Norma Operacional Básica 01/96, do Ministério da Saúde .

Sexta:

O presente convênio vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, a partir da data de sua assinatura, sendo automaticamente e sucessivamente prorrogado por iguais períodos, podendo entretanto, ser desfeito a qualquer tempo por mútuo consentimento dos partícipes após denúncia de qualquer deles, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, ou ainda, alterado de comum acordo mediante lavratura de termo aditivo, observados sempre nesta última hipótese, o objetivo, finalidade e limitações ora conveniados.

Sétima:

Fica eleito o Foro da Comarca de Cerquilho, excluídos quaisquer outros, por mais privilegiados que sejam, para deprimir as dúvidas suscitadas na execução e cumprimento do convênio e que não possam ser resolvidas por comum acordo entre as partes.

E por estarem justas e avençadas, firmaram as partes conveniadas o presente Termo de Convênio, em 3 (três) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo:

Dr. Alcides De Nadai

Prefeito Municipal de Cerquilha

Dr. Edemilson

Responsável Pela Assessoria Jurídica da

Prefeitura Municipal de Cerquilha

Ana Pakes

Secretária Municipal das Finanças de Cerquilha

Huda Farah Siqueira Cunha

Secretária Municipal de Saúde de Cerquilha

Antônio Frare

Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Cerquilha

TESTEMUNHAS:

ANEXO 2 do Capítulo Terceiro

COMUNICADO À POPULAÇÃO DE CERQUILHO

Como a população Cerquilhense já sabe, nosso Sistema de Saúde teve uma mudança de modelo, onde implantamos para 100% do Município, o Programa de Saúde da Família. Apenas para reforçar as informações, cada família tem uma equipe de referência, que tem um médico generalista, um enfermeiro consultante, auxiliares de enfermagem e um agente comunitário de saúde, que deverá lhe fazer uma visita mensalmente, no mínimo. Devido ao fato de ser um programa novo, alguns ajustes ainda terão que ser feitos, mas sabemos através de elogios e informações que chegam, que o Sistema de Saúde melhorou muito depois da implantação. É citado como exemplo, que por várias vezes a polícia foi chamada na Unidade de Nova Cerquilho devido a desentendimento de clientes com os médicos e funcionários. O descontentamento do povo era tão grande, que nesta unidade, havia a necessidade da permanência de um Guarda Municipal ! Hoje, sabemos que desde a implantação do Programa, cessaram estas reclamações, onde entendemos que elas foram na sua maioria resolvidas. Outro fato que demonstra a melhora do sistema, é de que a fila de espera para consultas com especialistas era de cerca de 1500 pessoas (para todas especialidades como cardiologia, neurologia, dermatologia, etc.), o que poderia levar, às vezes, de 6 (seis) meses a um ano para se conseguir agendar. Hoje, quase 2 (dois) meses depois da implantação, a fila de espera caiu para 200 pessoas, sendo que na maioria das especialidades, já existe consulta imediata para o médico especialista,

e até o meio do ano que vem, não deverá mais haver nenhuma fila. Estamos na verdade citando situações que a grande maioria de vocês já sabe e percebeu na mudança do jeito dos atendentes os receberem, do jeito dos auxiliares de enfermagem lhes atenderem, do jeito dos enfermeiros consultarem e do jeito dos generalistas examinarem. Quem passou por eles, sabe a diferença. E trouxemos para Cerquilho mais uma inovação que foi a vinda dos agentes comunitários de saúde que educadamente vão à casa de cada um de vocês, para complementar informação de saúde ou levar algum recado importante ou, ainda, levantar informações que ajudam a melhorar cada vez mais o serviço que estamos lhes oferecendo. Mas não basta! Queremos melhorar também os encaminhamentos para as internações. Graças a Deus, não são muitas! Mas os poucos que precisam, ainda estão tendo algumas dificuldades. Gostaríamos que a Santa Casa de Misericórdia de Cerquilho, estenda todo seu bom atendimento aos nossos clientes. Mas, infelizmente, ainda recebemos um grande número de reclamações da Santa Casa, o que nos deixa muito preocupados, devido ao fato da Prefeitura dar dinheiro para manutenção daquele hospital, mas não participar do gerenciamento. Desta forma, este papel de pagar a manutenção do Hospital, e não ter um atendimento satisfatório para a população, está nos preocupando muito, motivo pelo qual estaremos propondo um novo modelo de gerenciamento da Santa Casa, onde a Secretaria de Saúde vai atuar mais diretamente nas decisões e mudanças que se fizerem necessárias para melhorar o atendimento a população. Por isto, é fundamental que a população toda se manifeste a respeito, o que acha da administração direta da Prefeitura junto a Santa Casa. Escreva

para a Secretaria de Saúde ou vá até lá, e diga se você é a favor, contra, ou tem alguma sugestão ainda melhor. Até o fim do mês de dezembro, estaremos tendo que resolver isto, pois agora que já melhoramos bastante o Sistema de Saúde nos Postos dos bairros, temos como meta melhorar o atendimento hospitalar no nosso município. Certos de contar com a colaboração de nossos cidadãos, aguardamos sua manifestação.

ANEXO 3 do Capítulo Terceiro

TEMA: "PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA"

Huda Farah Siqueira Cunha

O Controle Social, se entendido como a sociedade controlando a própria sociedade, pressupõe a prática da democracia em seus aspectos de participação consciente, cidadania expressa e reivindicações no âmbito do direito, das necessidades e dos interesses. Como cada grupo, parcela ou classe social tem interesses e necessidades diversas, isto pressupõe a pluralidade de inserções e provoca a possibilidade do acionamento da justiça e da equidade.

No campo conceitual, não fica difícil expressá-lo (o "controle social"). Porém, quando trazido para a realidade conjuntural de hoje, sabemos quão distante estamos desta concepção que se busca construir ao longo da história brasileira.

Fazendo um recorte para olhá-lo através da Saúde Pública, existem, de forma acessível, dados, informações de cultura, estilo e construção de relações de poder vigentes, que analisados, nos apontam para algumas explicações de determinantes causais extremamente complexos.

Em princípio, existem variáveis de análise a serem buscadas no âmbito da leitura e interpretação das manifestações epidemiológicas, de estrutura sanitária, planejamento e recursos (financeiros, físicos, materiais e

humanos), postos e atendidos no desenho organizacional dos Sistemas de Saúde e sua forma de distribuição, complexidade e diversidade.

Os critérios de análise destas variáveis devem se pautar em uma determinada concepção de saúde/doença e de modelo assistencial.

A famigerada vontade política que se expressa nas prioridades, investimentos, política de recursos humanos e abertura de canais de participação, dará o diferencial ideológico da responsabilidade, compromisso, alianças e cumplicidades, de quem, para quem, com quem e porque.

Os serviços existem desde que tenham a quem servir. Quem se serve deles? Porque se serve? Como se serve? Quando? Quem não se serve, porque e quando?

Correndo o risco da simplificação, se serve do serviço público de saúde aquele que, tendo manifesto algum incômodo de ordem física, mental ou social e, consciente deste incômodo, imagina a possibilidade de resolução em um determinado "locus".

As representações do incômodo físico e mental são mais visíveis aos olhos do Serviço Público de Saúde. Quanto ao incômodo de ordem social, as normatizações e regulamentações da Lei Orgânica da Saúde carecem de informações, interpretação e prática. A quem cabe a responsabilidade? Ao debruçar no texto das Leis federais 8.080/90, 8.142/90, Código Estadual da Saúde/95, NOB/93 e NOB/96 etc., percebe-se que os canais de participação em Conselhos Municipais, Conselhos Locais, Conselhos Gestores, Conferências etc., estão abertos e de direito público. Porque não há a apropriação deste direito pelos

usuários? Porque tão escassa e tênue esta participação? É de responsabilidade só do Estado ou da sociedade como um todo? Se, é a ambos e se o Estado é construído e constituído por esta mesma sociedade, porque tão lerdo e ineficaz se faz o "Controle Social"?

- Talvez devêssemos conceituar e contextualizar a participação:

Participação é parte de "em ação", é fazer parte, estar parte, se saber parte, se saber aparte, se saber apartado.

- Para que se dê movimento à participação, alguns pressupostos mínimos devem ser contemplados:

Ter a consciência (com saber) de que é parte e que existe a outra parte.

Ter a consciência que suas necessidades e interesses são também de alguma outra parte e podem estar em parte, em outra parte.

Crer na possibilidade de estar em parte com outra parte.

Saber que parte do outro é sua parte.

Querer buscar sua parte e querer compor a parte do outro ou a outra parte.

Saber que será sempre parte e que sempre precisará da outra parte.

Estamos em verdade falando da prática da cidadania, da consciência política, da definição ideológica, do individual e coletivo.

Enquanto análise da prática da cidadania é mister pensá-la em suas representações: cidadão é aquele que, cômico de seus deveres e direitos, faz por conquistar seu espaço de sujeito. Quantos de nós brasileiros somos cidadãos, sujeitos da nossa própria história? Onde é manifesta a nossa cidadania? Pode

estar traduzida no ato de votar? Ou no trabalho? Ou na escola? Ou na igreja? Ou na família? Como e onde se expressa?

Novamente a resposta é a participação, que se expressa no fato, ação ou resultado de participar.

Já dissemos que os canais de participação no Serviço Público de saúde estão abertos e não ocupados. A primeira observação que se faz é que a ocupação destes espaços passa necessariamente pela informação. Quantos de nós estamos informados do texto constitucional que rege a dinâmica social? País sem leis? Não é verdade. As leis existem. No papel. Enquanto não tivermos uma parcela significativa da sociedade informada de seu conteúdo, como praticá-la? Então como informar aos nossos pares? Meios de comunicação de massa? Rádios, TVs e jornais estão aí. Programas educativos, hora do Brasil, noticiários... já estão a algumas décadas no ar. Não basta! É questão de transparência da informação? É de acesso? Também! Mas não basta! A questão é de credibilidade e de vivência com resultados positivos. É questão de motivação que passa pelo despertar das necessidades. Implica, a princípio, em um processo de facilitação para, em seguida, se produzir a busca da informação autonomamente. É o processo de transformação do indivíduo em sujeito, na ótica de Paulo Freire. É a educação para a libertação. Estamos falando do movimento de participação que no interior do SUS é alcunhado de "controle social" e estamos considerando a premissa da não participação.

Mas às vezes ela, a participação, ocorre. O Conselho Municipal de Saúde ou Conselhos Gestores de alguns serviços de saúde de algumas cidades

do Estado tem fórum próprio, tem regimento interno e promovem reuniões sistemáticas. Então poderemos concluir que há participação? Sim, porém que participação é essa? Tem representação e legitimidade? Novamente perguntamos: o que é representação? E o que é legitimidade?

O campo da representação é extenso e complexo. Vai desde a representação simbólica (signos e símbolos) até a representação ética, comportamental e política. Não é matéria de responsabilidade deste estudo a representação simbólica, mas, sim ,a representação social, ou seja, a representatividade.

É representante de um segmento aquele que, ao saber e sentir as necessidades, idéias, interesses e propostas, leva a um determinado fórum um pensar e agir próprios de seu segmento. É visto e interpretado de acordo com as características do agrupamento a que pertence.

Legitimidade é quando, ao se fazer presente, o faz com vínculo de delegação auferida ou consentida. E, ao se expressar, traduz as idéias e desejos de seu segmento e mais do que isso, é reconhecido e se reconhece como tal.

Então a participação consciente, em última análise, é saber e incorporar, de um lado, os interesses, idéias, necessidades de seu agrupamento e de outro lado, as do outro agrupamento. É distinguir o seu dos demais, buscando lucidez nas diferenças, caracterizando similaridades, antagonismos e complementaridades, construindo estratégias de aproximação, de composição e ou de enfrentamento, dependendo das relações de força existentes e poder acumulados.

Este é o preâmbulo necessário para que façamos algumas indagações acerca do tema específico de hoje : "PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA".

Participação Popular é a participação do Povo? O que é Popular e quem é o povo? Sociedade civil? Estado Social? Os Outros? Nós e os outros? Todos os Brasileiros? Toda a População cidadã?

A instituição está proposta sob qual Modelo de Atenção? Reforço ao Individual ou ao coletivo? Tem rede de complexidade que seja possível a caracterização do Modelo Tecno Assistencial ? Os Princípios da Universalidade, Equidade, Integralidade, Participação e Acesso estão minimamente garantidos? São Programas que atendem à Regionalização e a Municipalização? Estão Hierarquizados com esquemas de retaguarda, referência e contra-referência?

Após estas indagações há que se pensar nos canais e caminhos possíveis, separando-se os já existentes daqueles a serem construídos através da democratização da informação, da ampliação do acesso, da busca da qualidade, competência, repriorização do investimento e estratégias motivadoras.

Poderemos, portanto, ter e ver ampliada a participação popular, seja ela em nível de planejamento das ações ou na definição das políticas de saúde, na definição de critérios de prioridade ou na contribuição ao diagnóstico de necessidades, na defesa de interesses privados ou dos princípios do SUS.

Pensando os Conselhos Municipais de Saúde como exemplo, percebemos com clareza a dificuldade de se estruturar a participação popular. A seguir apresentaremos em síntese uma das formas possíveis de se estruturar um Conselho:

ORGANIZAÇÃO
COMPOSIÇÃO
FUNCIONAMENTO
RESPONSABILIDADE

ORGANIZAÇÃO:

Base nos documentos:

- Constituição Federal/88
- Lei Orgânica da Saúde - Lei federal número 8.080 e 8.142/90
- Código Estadual da Saúde/95
- Norma Operacional Básica - NOB/96
- Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO (União, Estado e Município)
- Lei Orgânica do Município e Lei Orgânica da Saúde do Município
- Lei de Criação do Conselho Municipal
- Regimento Interno do Conselho Municipal
- Atas das Reuniões da Plenária do Conselho
- Plano Municipal de Saúde
- Relatórios das Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde

COMPOSIÇÃO:

Paridade:

- 50 % dos membros, representantes do segmento de Usuários
- 50% dos membros distribuídos entre representantes dos segmentos do Poder Público, dos Trabalhadores da Saúde, e dos Prestadores de Serviço de Saúde Privados.

FUNCIONAMENTO:

- Definição das Diretrizes da política de saúde para o Município.
- Papel de Acompanhamento, Assessoria, Supervisão, Reivindicação e quando for o caso, Denúncias sobre a improbidade no manejo do erário público. Garantir que a Política de Saúde do Município se desenvolva com base nos Princípios da Equidade, Integralidade, Universalidade e Controle Social.
- Execução de ações deliberativas, concernentes às Diretrizes da Hierarquização dos Serviços, Descentralização, e do Acesso aos Serviços, à Informação, ao Planejamento e ao Orçamento.

RESPONSABILIDADE:

Da Legitimidade

Da Representatividade

Da Defesa no Atendimento às Necessidades Sentidas

Da Priorização com bases Epidemiológicas.

Sugestão para: CURSO DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIRO

TEMAS:

- Concepção do processo Saúde/Doença
- Democracia e Cidadania
- Processo de construção cotidiana da Cidadania
- Construir a cidadania é tarefa coletiva
- Concepção de representatividade e legitimidade
- Políticas Públicas no Brasil
- Política de Saúde e ação Intersetorial
- O que é o SUS
- Princípios:
 - Universalidade
 - Equidade
 - Integralidade
- Participação e Controle Social
- Diretrizes:
 - Acesso
 - Municipalização
 - Regionalização
 - Descentralização
 - Hierarquização dos Serviços

- Parceiros na garantia da cidadania e do Controle Social:
- Ministério Público
- Órgãos de defesa do consumidor
- Os meios de Comunicação
- Entidades representativas dos segmentos sociais organizados
(sindicatos, associações comunitárias, conselhos profissionais)
- Lei Orgânica da Saúde - 8080 e 8142
- Norma Operacional Básica/1996
- Código Estadual da Saúde
- Constituição Federal/88 Título VIII - Da Ordem Social
- Plano de Governo (LDO, Lei Plurianual)
- Lei Orgânica Municipal
- Lei de Criação do Conselho Municipal
- Regimento Interno do Conselho Municipal
- Conferência Municipal de Saúde
- Conferência Regional de Saúde
- Conferência Estadual da Saúde
- Conferência Nacional da Saúde
- Papel do Conselheiro e do Conselho (concílio e não de
aconselhamento)
- Composição do Conselho Municipal
- Funcionamento do Conselho Municipal
- Atas das reuniões

- Representatividade dos Membros do Conselho Municipal
- Segmento de Usuários
- Segmento de Representantes dos Trabalhadores da Saúde
- Segmento dos Prestadores de Serviço - Privados
- Segmento do Poder Público de Saúde
- Noções Básicas de Epidemiologia
- Noções Básicas de Estatística
- Noções Básicas de Organização de Serviços Públicos de Saúde
- Noções Básicas de Financiamento em Saúde
- Organização da Conferência Municipal de Saúde
- Elaboração do Plano Municipal de Saúde

METODOLOGIA

Para a consecução dos propósitos e objetivos de Formação Política da População e dos Conselheiros de diferentes segmentos recomenda-se a Metodologia Construtivista, Problematicadora, Participativa, Dialógica, Construção Coletiva do Conhecimento, Metodologia Dialética de Ensino, com Momentos de Concentração e Dispersão.

A fase de concentração deve objetivar a reflexão e Construção do Conhecimento. Nesta fase recomenda-se a utilização de técnicas variadas de socialização do conhecimento, sensibilização, discussão e reflexão conjunta, tais como: palestras, seminários, mesas redondas, oficinas de trabalho, dramatizações e exposições dialogadas.

A fase de dispersão deve objetivar a prática do conhecimento adquirido. Nesta fase recomenda-se a utilização de outras técnicas que facilitem a interação com a realidade, tais como: visitas, pesquisas, trabalhos de campo, entrevistas e estudos de caso.

Sempre que possível aplicar o currículo integrado.

Nunca esquecer das avaliações de processo, de método, de impacto ou resultados, entre outras, para adequação dos conteúdos seguintes.

OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS – uma sugestão de oficina

ROTEIRO DE ATIVIDADES

09:00 hs

Colocação dos Crachás de identificação dos participantes.

Acolhimento

09:15 hs

Apresentação dos Participantes, quando cada um diz seu nome, local de trabalho, o que faz no cotidiano de trabalho que gosta muito de fazer, o que faz porém não gosta de fazer, o que não faz e não gostaria mesmo de fazer e o que não faz mas gostaria muito de fazer.

09:45 hs

Apresentação da proposta de conteúdo.

Contrato de horário de início e término e forma de trabalho.

(construção coletiva do conhecimento)

10:00 hs

Entrega de um jogo dos 12 signos do horóscopo chinês.

Cada participante deve destacar a frase ou as frases que sintetizem sua forma de estar no mundo (atividade individual).

10:15 hs

Distribuição em subgrupos (aleatórios).

Cada componente deverá apresentar ao seu subgrupo as frases escolhidas, exemplificar com fatos do cotidiano de trabalho e deverão ser atribuídas aos componentes, uma palavra - princípio de valor - que seja característica de cada um.

10:40 hs

Retorno ao grande grupo.

Discussão das palavras colhidas, buscando separar os princípios operacionais dos não operacionais, exemplificando com situações do cotidiano de trabalho principalmente em situações de participação ou não participação.

Busca de compreensão e identificação de todos com os princípios eleitos pelo grande grupo como representantes de Visão de Mundo, jeito de estar na vida.

11:00 hs -

Apresentação dos princípios e diretrizes do SUS.

Buscar a compreensão de cada princípio e diretriz do SUS.

Associação com os princípios do grupo e com a realidade dos serviços de saúde do Município.

11:30 hs -

Busca de Estratégias de aproximação dos serviços de saúde do município aos princípios do SUS e a responsabilidade de cada um em seu papel de cidadão e principalmente, como representante do SUS.

13:00 hs -

Concepção saúde/doença

Separar em dois grupos = A e B

Grupo A, individualmente escreve o que entende por saúde.

Grupo B, individualmente escreve o que entende por doença.

Ao final, todos deverão grifar as palavras das quais não abrem mão.

13:15 hs -

Grupo A coletivamente constrói concepção única de Saúde, utilizando-se de todas as palavras grifadas por todos os componentes do grupo.

Grupo B coletivamente constrói concepção única de doença, utilizando-se de todas as palavras grifadas por todos os componentes do grupo.

13:40 hs -

Plenária e apresentação da produção de cada grupo.

Saúde e doença dialogam buscando similaridades, diferenças, antagonismos, contradições e composições possíveis, até que se entendam formas de manifestação de saúde/doença.

Discussão da palavra processo.

Buscar entendimento de processo saúde/doença como manifestação de incomodo de ordem física, mental e social.

14:00 hs -

Distribuir a todos os participantes, uma copia da Lei Orgânica da Saúde (8.080 e 8.142).

Cada participante deverá escolher um artigo da Lei.

Não poderá haver dois participantes com o mesmo número de artigo.

Distribuir aleatoriamente palavras do cotidiano e palavras contidas no corpo do texto.

Individualmente, cada participante deverá redigir uma frase ou parágrafo, ou texto, comentando sobre o conteúdo (teor) do artigo escolhido, sendo que as palavras recebidas deverão compor a produção.

14:15 hs

Divisão em subgrupos (aleatórios).

Cada subgrupo deverá compor um texto que seja coerente e que se destine a um determinado público alvo, utilizando-se de todos os artigos e respectivas palavras de cada componente do subgrupo.

14:45 hs

Retorno para plenária

Apresentação dramatizada da produção de cada subgrupo.

Comentários com sistematização das atividades.

15:15 hs

Conselho = Concílio e não de aconselhamento.

Plenária em forma de círculo, um dos componentes utilizando-se de um rolo de barbante ou novelo de lã ou linha e inicia sua apresentação, discorrendo sobre sua origem e como esta sua origem é de alguma forma representada em seu jeito de ser e o que mais deseja para o povo de sua terra. Joga o rolo para outro componente, preferencialmente aquele sentado do lado oposto, mantendo a ponta do rolo presa. E assim sucessivamente.

Construída a rede de relações, comentar as diferentes representações e diferentes formas de ser, pensar e querer.

Associar ao Conselho Municipal de Saúde, composição, representação, e função de conselheiro.

Comentar sobre a organização, funcionamento e papel do Conselho Municipal para a definição da Política de Saúde e suas diretrizes.

16:00 hs

Organização de Conferência Municipal

Distribuição em subgrupos, onde cada um deverá elencar os passos de organização de uma festa comemorativa (ex. festa junina).

16:15 hs

Apresentação da produção dos subgrupos em painéis.

Após apresentação do primeiro subgrupo, os demais irão agregando passos ainda não previstos pelos grupos anteriores.

Associar com organização da Conferência Municipal de Saúde, lembrando da periodicidade e do agendamento da próxima.

16:45 hs

Proposta de encaminhamento das questões apresentadas.

Discussão da possibilidade de multiplicação da oficina no espaço de trabalho de cada componente.

Sistematização das atividades e do conteúdo.

Rápida avaliação.

17:00 hs

Término do encontro agendando a continuidade

PROVIDÊNCIAS

Elencar lista de materiais necessários

Verificar número de participantes e composição.

Agendar data de aplicação da oficina.

Verificar local e fazer a reserva do espaço

Redigir e encaminhar convocação.

ANEXO 4 do Capítulo Terceiro

RELATÓRIO FINAL DA PRIMEIRA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CERQUILHO - deliberações

Atendimento Primário:

- 01 – Melhorar as condições de trabalho do PSF.
- 02 – Repensar espaço físico das especialidades e do PSF.
- 03 – Viabilizar transporte para área rural e melhorar o transporte para o PSF e outros serviços.
- 04 – Adequar os serviços de limpeza.
- 05 – Descentralizar alguns medicamentos controlados.
- 06 – Adequar o Serviço de Odontologia.
- 07 – Reorganizar o Serviço da Central de Vagas.
- 08 – Adequar o fluxo da GO.
- 09 – Adequar a retaguarda para mamografia, ultrassonografia e PSA de acordo com a demanda.
- 10 – Definir recursos para a UBSF do Parque Alvorada.
- 11 – Aprofundar e estruturar os laços de relacionamento das equipes e a Santa Casa.
- 12 – Organizar plano de cargos, carreiras e salários.
- 13 – Treinamento, reciclagens e educação continuada.

Atendimento secundário e terciário

- 01 – Garantir para a Santa Casa, recursos adequados para os serviços de Urgência.
- 02 – Trabalhar a Educação em Saúde para a população em ações programáticas e contemplar o atendimento a eventuais (porta de entrada do sistema).
- 03 – Ampliar o leque de especialidades conforme a necessidade.
- 04 – Rediscutir a colaboração com hospitais regionais (Conjunto Hospitalar de Sorocaba e UNESP-Botucatu).

Conselhos de Saúde

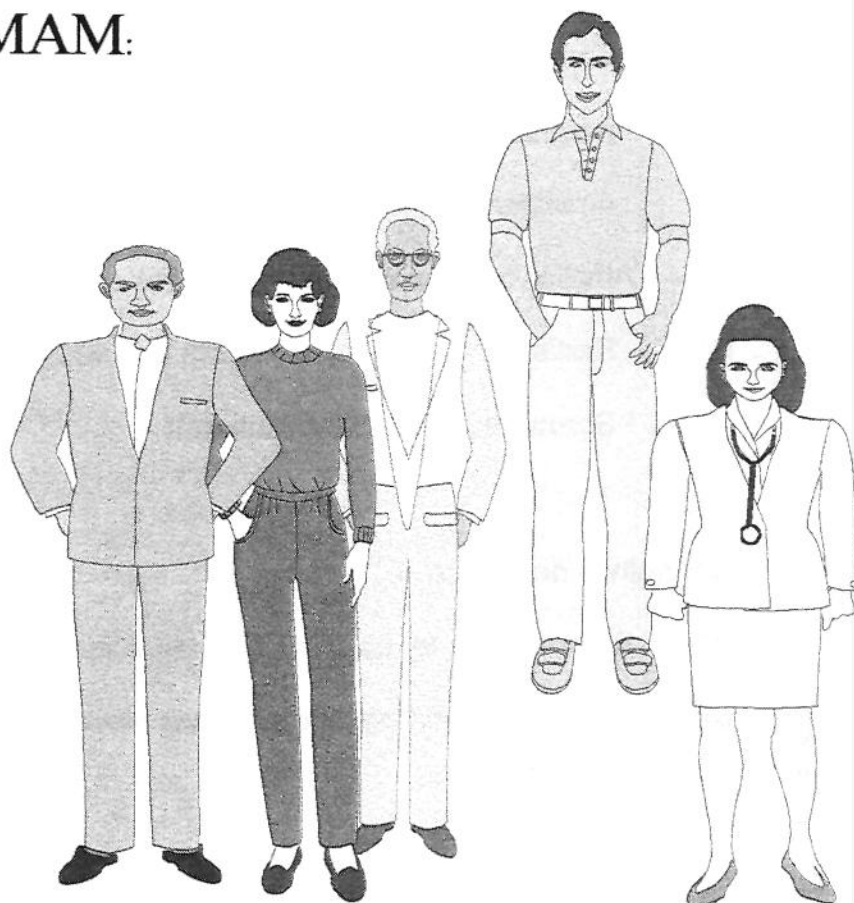
- 01 – Reformular a lei do Conselho Municipal de Saúde.
- 02 – Criar os conselhos Gestores nas cinco UBSFs.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE CERQUILHO E A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CHAMAM:

CONSELHO

GESTOR

DA SAÚDE



PRECISAMOS ESCOLHER O NOSSO!

A Lei do SUS - nem todo mundo conhece.

Mas ela garante boas coisas para o povo.

- Que todos têm direito ao atendimento de saúde pago com o dinheiro público.
- Que este atendimento deve ser o mais completo possível, inclusive em informações para o povo.
- Que o povo é Cliente na Unidade de Saúde e merece Qualidade.
- E que o povo é também Gestor da Empresa Pública, através do Prefeito e seus assessores.

Como todos os donos de grandes empresas, o povo tem um Gerente que trabalha em sua empresa de saúde: é o Secretário de Saúde!

Mas o povo tem que participar das decisões e serviços feitos na Unidade de Saúde, que é dele mesmo.

Nas grandes empresas, os donos participam da direção da empresa através do Conselho de Diretores.

Na Saúde Pública, os donos também participam da direção da Saúde: pelo Conselho Municipal de Saúde, que funciona bem em Cerquilho. Mas pode ser melhor.

Se junto a cada Unidade de Saúde tivermos um Conselho Gestor de pessoas que são atendidas ali.

.....

Depois, estes Conselhos Gestores participam do Conselho Municipal com um representante e ajudam a decidir os investimentos de todo o município!!!

.....

SE VOCÊ ENTENDEU ISSO E SE INTERESSOU...

OU SE VOCÊ NÃO ENTENDEU BEM E QUER
MAIS INFORMAÇÕES...

PARTICIPE DA REUNIÃO DA SUA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE PARA FORMAÇÃO DO CONSELHO GESTOR.

DIA: / / HORA:

LOCAL:

TODOS PODEM PARTICIPAR E SE CANDIDATAR A CONSELHEIRO DE
SAÚDE

ANEXO 6 do Capítulo Terceiro

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Com relação ao serviço prestado por esta Unidade de Saúde:

É fácil a marcação de consultas? ()sim ()não ()regular

Você é bem atendido? ()sim ()não ()regular

Seu problema é resolvido? ()sim ()não () regular

O atendimento é suficientemente rápido? ()sim ()não ()regular

Você é atendido com pontualidade? ()sim ()não ()com pequeno atraso

Os profissionais da Unidade demonstram interesse por seus problemas?

()sim ()não ()em parte

A Unidade de Saúde é limpa? ()sim ()não ()em parte

A Unidade de Saúde é confortável? ()sim ()não ()em parte

Com relação ao serviço prestado por esta Unidade de Saúde, o Programa de Saúde da Família:

() melhorou () piorou () não fez diferença

ANEXO 7 do Capítulo Terceiro

Diretrizes Gerais:

- Elaboração do Plano Municipal da Saúde para o exercício de 2001.
- Revisão da Organização, Composição e Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, com respectiva alteração na lei de criação.
- Convocação da Segunda Conferência Municipal de Saúde.
- Credenciamento do Município de Cerquilha junto ao Ministério da Saúde para ressarcimento dos atendimentos e procedimentos dados aos beneficiários dos planos de saúde privados.
- Credenciamento de todos os generalistas como médicos auditores, peritos do INSS e autoridades fiscais sanitários.
- Desmembramento das Secretarias da Saúde e da Promoção Social.
- Estruturação da Educação Continuada para todas as categorias, equipes, e serviços, inclusive dos conselhos gestores e municipal.
- Criação do Boletim Informativo da Saúde.
- Descentralização das equipes do PSF de Nova Cerquilha.
- Reestruturação da Vigilância à Saúde
- Viabilização do acesso à "Internet" para todas as Unidades e serviços.
- Estruturação da Comunicação em informática através de rede.
- Estruturação da saúde mental.
- Descentralização e ampliação do atendimento e cobertura do serviço de odontologia.

- Instituição do Orçamento Participativo.
- Instituição do cartão SUS.
- Implantação de clínica homeopática municipal.
- Implantação de serviços de manutenção preventiva de áreas físicas, móveis, equipamentos médico-hospitalares e viaturas.

Ações Programáticas:

- Estabelecimento de protocolos para todos os programas.
- Ampliação de vagas em prótese dentária.
- Compra de serviços de laboratório para exames de dosagem hormonal.

Política de valorização de pessoal:

- Revisão do salário de enfermeiros
- Instituição de equipe de coordenação do projeto R.A.I.S..
- Curso de Formação de auxiliar de enfermagem municipal, classe descentralizada.
- Instituição de um coordenador da Área de Odontologia.
- Criação de quadro específico da Saúde, de cargos, salários e carreiras.

Adequação da estrutura física:

- Construção de mais duas Unidades em Nova Cerquilho sendo, uma para abrigar a equipe Rosa e outra para a área da equipe Marrom.

- Construção de um prédio específico para o Ambulatório de Especialidades Médicas.
- Reforma e ampliação das Unidades de Parque Alvorada e Vila Pedroso.
- Construção de consultórios odontológicos em todas as UBSFs.
- Construção de um Centro de Controle de Zoonoses.

Insumos a serem adquiridos:

- Mais materiais educativos.
- Livros de controle para as farmácias públicas e conveniadas.
- Livros para atualização das bibliotecas das Unidades.

Equipamentos a serem adquiridos:

- Bebedouros em todas as UBSFs.
- Mais micro computadores e impressoras para: Laboratório, Vigilância à Saúde, Administração do nível central da SMS, Serviço de Coordenação de Ações Programáticas, Central de Vagas, Suprimentos, Setor de Compras, Gabinete do Secretário e para a UAC – Unidade de Avaliação e Controle.
- Máquina de lavar industrial para Nova Cerquilho.
- Máquina fotográfica datadora.
- Termômetro especial para a Vigilância à Saúde.
- Luxímetro.
- Decibelímetro (medidor de pressão sonora).
- TV e vídeo para todas as UBSFs.

- Linha telefônica para todas as Unidades e serviços acessarem a Internet.

Contratação de recursos humanos:

- Serventes e faxineiros para cobertura de todas as Unidades novas.
- Motoristas para todas as viaturas.
- Mais um farmacêutico para compor a equipe de coordenação.
- Mais dois agentes comunitários de saúde por equipe, totalizando seis por área.
- Auxiliares de farmácia para todas as farmácias das Unidades.
- Odontólogo para coordenar Serviço de Odontologia.
- Programador em informática.
- Mais agentes de controle de vetores.
- Mais agentes de saneamento.
- Mais auxiliares de escritório para Vigilância, Central de Vagas, Odontologia e Ações Programáticas.
- Mais um enfermeiro para Vigilância à Saúde.
- Mais um médico do trabalho.
- Técnico de segurança do trabalho.
- Terapeuta ocupacional.
- Nutricionista.
- Educador.
- Especialista em endodontia.
- Cirurgião Dentista para clientes especiais.
- Mais um psicólogo.

- Psicopedagogo.
- Mais um fisioterapeuta.
- Mais um veterinário.
- Mais nove equipes de odontologia (Cirurgião Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário e Técnico de Higiene Dentário).

ANEXO 8.1 do Capítulo Terceiro

COMUNICADO À POPULAÇÃO DE CERQUILHO ANIVERSÁRIO DE UM ANO DO PROJETO R.A.I.S./PSF

Neste mês de setembro, completamos um ano de existência do Projeto R.A.I.S. – Reorganização da Atenção Integral à Saúde – Programa de Saúde da Família.

O aniversário de um ano de vida do Projeto, nos remete a um balanço dos avanços conseguidos com sua implantação.

Neste balanço, observamos que, com o mesmo dinheiro arrecadado dos impostos dos moradores de Cerquilho destinados para o setor Saúde, conseguimos proezas inacreditáveis que merecem ser divulgados a todas as pessoas, que de alguma forma, utilizaram os serviços dos Postos de Saúde.

Chamamos de proezas ter conseguido em curto prazo, apenas um ano, o que normalmente qualquer município brasileiro levaria de 4 a 5 anos para conseguir, que crianças não morressem por falta de cuidados do setor da saúde. Estavam morrendo de uma a duas crianças menores de um ano, por mês, até 1998. Durante o ano de 1999, antes da inauguração do projeto, ainda morreram 3 crianças. Mas desde a inauguração, em outubro de 1999, até a presente data, não temos informação de nenhuma morte de criança menor de um ano em Cerquilho. O projeto está salvando a vida de todas as crianças de nossa cidade.

As nossas crianças estavam sendo internadas nos hospitais, porque as mães não tinham como saber se a doença era grave ou não e, quando conseguia consulta médica, já era tarde e não tinha outra saída, senão, internar. Estavam sendo internadas na pediatria da Santa Casa, uma média de 40 crianças, por mês. Hoje com o Projeto, estamos cuidando de nossas crianças através dos Postos de Saúde e graças a Deus, estamos precisando internar só de 7 a 10 crianças por mês. Isso significa que estamos cuidando de nossas crianças antes que as doenças delas se agravem. Os médicos e enfermeiros têm formação generalista, o que quer dizer que são também pediatras e por isso conseguem monitorar todos os nascimentos e os primeiros meses de vida. Mas mantivemos assim mesmo e trabalhando conosco, todos os pediatras que passaram no concurso da Prefeitura. Alguns no Ambulatório de Especialidades (para atender aos casos mais complicados) e outras, na Santa Casa, para fazerem o acompanhamento de todas as crianças que nascem em Cerquilho. E estão nascendo de 46 a 50 crianças por mês e, graças a Deus, vindo ao mundo com saúde.

As nossas gestantes antes do Projeto, conseguiam com muito custo, uma ou outra consulta de pré-natal. Hoje com nosso Projeto, todas as gestantes podem e devem se inscrever no Programa de Pré-Natal, e recebem no mínimo 6 (seis) consultas médicas cada uma, exames gratuitos de ultra-som, exames de sangue, de fezes e de urina, exames para pesquisa de HIV além do grupo de gestantes, e todos os cuidados que uma gravidez merece e deve ter. É até, também, por causa disso, que as crianças estão nascendo com saúde. É o bom controle do pré-natal.

Nós, homens e mulheres, estamos sujeitos a doenças que nós chamamos de “crônicas” como por exemplo a Diabetes e a Hipertensão Arterial (pressão alta). Antes do Projeto, poucas pessoas sabiam que estavam com uma destas doenças, e por não saberem, logicamente não se cuidavam. Estavam recebendo tratamento com exames e remédios somente 150 hipertensos e 80 diabéticos. Hoje, descobrimos os hipertensos e diabéticos de Cerquilho e os médicos e enfermeiros, estão tratando e acompanhando mensalmente, inclusive com exames de laboratório de rotina e eletrocardiograma, quase 1.000 diabéticos e quase 2.000 hipertensos. E vocês sabem que estas doenças, quando as pessoas não se tratam e não se cuidam, elas podem levar a mutilações, cegueiras, incapacidades, e até a derrames, infartos e mortes. O tratamento correto e o controle sistemático pode evitar estas complicações. Desde a implantação do projeto, nenhum diabético teve que ser mutilado por complicação da doença, e nenhum hipertenso que estava se tratando e se cuidando, morreu de infarto.

As pessoas que procuraram os Postos de Saúde sabem também que muitas delas estavam com doenças graves que ninguém descobria o que era. Infelizmente, para algumas delas, ao serem examinadas corretamente pelos nossos médicos e enfermeiros, descobriram que estavam com câncer. Mas ainda bem que muitos casos já estão recebendo tratamento adequado e outros já fizeram cirurgia, e graças a Deus, estão passando bem!

O Projeto atendeu também muitas pessoas com problemas que só médico ortopedista e bom ortopedista poderia resolver. Contratamos 2 (dois) bons

ortopedistas que neste ano de Projeto resolveram o problema, de mais de mil pessoas, entre adultos e crianças.

O Projeto resolveu também muitos casos de cirurgias, problemas de pele, de vista, cardíacos, de saúde mental, de otorrino, de estômago, das vias urinárias, etc.,

Para se ter uma idéia, quando inauguramos o Projeto, a Central de Vagas estava com as gavetas abarrotadas de guias de encaminhamento que totalizavam quase 5.000 guias. Algumas pessoas estavam a mais de três anos em fila de espera. Hoje, o número de guias em espera para consulta, não chega a cem.

Os novos médicos e enfermeiros, para poderem melhorar o diagnóstico, queriam que mais clientes fizessem exames de ultra-som. Vocês sabem que o exame de ultra-som é caro. Cerquilho tinha um contrato de 50 exames e pagava R\$35,00 cada um. Se quiséssemos aumentar o número de pedidos de exames por mês, todo dinheiro da Saúde, iria ser gasto somente nisso. Quando inauguramos o Projeto, renegociamos com clínicas que fizessem mais barato e conseguimos hoje, um total de 115 exames mês ao preço de R\$ 15,00 cada exame. Isto é , com o mesmo dinheiro que estava se gastando com ultra-som, nós conseguimos mais do que o dobro da quantidade, e estamos pagando menos que a metade do preço.

Até setembro de 1999, antes da inauguração do Projeto, os Postos de Saúde, com 15 médicos, atendiam somente 90 consultas por dia. Com o Projeto em outubro de 1999, os Postos de Saúde passaram a atender por dia, no mínimo, 200 consultas médicas, 200 consultas de enfermagem, fora os curativos, coletas

de material para exames, inalações, vacinas, aplicação de medicamentos, trabalhos de grupo, além das visitas domiciliares etc. Hoje, temos frequentando os Postos de Saúde por dia, mais que 700 pessoas. Eu tenho certeza que muitos de vocês, que iam buscar atendimento em Tietê, Boituva, Cesário, Laranjal, Tatuí, Sorocaba, ou pagavam convênio médico privado, estão hoje indo aos nossos Postos de Saúde, com nossos médicos e enfermeiros e estão sendo bem atendidos, bem encaminhados e bem tratados. Cada médico e enfermeiro nosso, trabalha mais que 8 horas por dia, todos os dias e cuida e atende mais que 800 famílias por mês. Por isso é que, às vezes, a equipe acaba agendando sua consulta médica. Significa que nesse dia, apareceram casos muito mais complicados, e que não poderiam esperar, ou porque eram clientes que já estavam agendados para virem nesse dia.

Este balanço, estes resultados já vinham sendo percebidos com 5 a 6 meses de funcionamento do Projeto e, quando mostramos para o pessoal de Brasília os nossos relatórios, e nos inscrevemos para concorrer ao título de “município amigo da criança”, já sabíamos que por mérito iríamos ser contemplados. E de fato, nós cerquilhenses de berço ou de coração, recebemos o título que muito nos orgulha.

Lógico que ainda não está bom! Queremos melhorar muito mais. Está certo que já evitamos ou tratamos de doenças graves em mais de 15.000 pessoas. Graças a Deus, evitamos muitas mortes, e prorrogamos outro tanto. Porque morrer todo mundo morre. Mas, queremos o nosso povo vivendo por mais tempo,

mais feliz e, com muita saúde. Isso na verdade depende de ambas as partes, dos trabalhadores da Saúde, e de vocês que utilizam o serviço público.

Da nossa parte, queremos aumentar o número de Postos de Saúde, e trazer mais dinheiro do Governo Federal e Estadual para Cerquilho. Queremos até montar uma Clínica de Homeopatia. Queremos enfim, chegar a ponto de ter todas as pessoas em Cerquilho, satisfeitas com o Projeto, e com a qualidade de nosso atendimento.

Da parte de vocês, é importante que utilizem os nossos serviços com parcimônia e economia, para podermos atender a todos que realmente precisam, que vocês freqüentem as reuniões dos Conselhos Gestores de suas equipes de Saúde, e que levem os problemas que ainda existem para o coordenador de cada Posto de Saúde. Juntos, vamos conseguir cada vez mais melhorar a qualidade de vida de nossa querida Cerquilho e de seu maravilhoso e solidário povo.

Parabéns a vocês, nesta data querida, muita felicidade e muitos anos de vida. É o que deseja de coração, a atual Secretária Municipal de Saúde, no aniversário do primeiro ano de vida do Projeto R.A.I.S./PSF.

ANEXO 8.2 do Capítulo Terceiro

PRESENTE DE ANIVERSÁRIO

Final de Setembro, e quero dar um presente de aniversário!

O aniversário é do Projeto R.A.I.S./PSF e o presente, são para todos os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde.

Nestes últimos 12 meses, os trabalhadores da Saúde, não trabalharam mais do que já vinham trabalhando. Sempre foram responsáveis, sérios, assíduos, competentes. Mas trabalharam unidos, integrados e buscaram um objetivo comum a todos, que é melhorar as condições de saúde do querido povo de Cerquilha. Trabalharam sabendo o que estavam buscando. E conseguiram.

Conseguiram dar a Cerquilha o Título de Município Amigo da Criança. Dos 625 municípios do Estado de São Paulo, somente 13 conseguiram se titular. Entre estes 13, está Cerquilha. Parabéns a vocês!

Conseguiram cuidar tão bem de nossas crianças que saímos de um indicador de coeficiente de mortalidade infantil de 23 por mil nascidos vivos em 1998, para alcançarmos nestes últimos 12 meses, um coeficiente zero. Na literatura ainda não se viu feito igual. No período de um ano, nenhuma de nossas crianças menores de um ano foi a óbito. Parabéns a vocês!

Conseguiram detectar doenças em clientes que nem sabiam que sofriam de moléstias tão graves como câncer, diabetes, hipertensão, etc. Detectaram e estão tratando de todos eles. E infelizmente não são poucos. Mas

felizmente muitos deles descobertos no início da manifestação das doenças, então o controle é mais fácil e as complicações são menores. Parabéns a vocês!

Parabéns a vocês pelos pré-natais bem feitos, pelos encaminhamentos corretos, pelos exames solicitados com critério, pelos atendimentos humanizados, pelos trabalhos de grupo educativos, pelo trabalho integrado com outras secretarias e outras instituições sociais, pela responsabilização sobre as famílias acompanhadas, pelas visitas domiciliares éticas, pelo cuidado e zelo no uso dos equipamentos públicos, pela economia na utilização de materiais, pela indicação correta de tratamentos e medicamentos, pela resolutividade da assistência, pela criação dos Conselhos Gestores, pela participação no Conselho Municipal de Saúde, pela participação no Colegiado Gestor, pela participação nas reuniões técnicas e administrativas, pelas iniciativas todas, pela criatividade, pelo envolvimento com a Saúde Pública, pela dedicação ao trabalho, pelo respeito à cidadania. Por tudo isso e muito mais é que novamente parabenizo vocês.

Por isso mesmo, quero dar um presente. O presente que quero dar é para:

- os médicos que neste último ano, produziram no mínimo 46.500 consultas além de todas as outras atividades e ainda coordenando as Unidades Básicas de Saúde da Família.
- os enfermeiros que produziram o mesmo tanto de consultas e desenvolveram todas as suas atividades específicas que já vimos, não

são poucas, embora com salários defasados e com resistência da população que não soube dar o devido valor a esta competência.

- os auxiliares de enfermagem, que buscaram seu fazer do dia a dia, com imensa sobrecarga, mesmo com nosso baixo investimento nos treinamentos e capacitações.
- os escriturários que souberam ampliar suas atribuições, mesmo com computadores deficitários, e com fluxo de comunicação muito móvel.
- os atendentes que absorvem com toda a paciência e carinho, no dia a dia, todo o “stress” da população que angustiada pelo incomodo da dor, própria ou dos filhos, pressiona o atendimento, a consulta, ou a resolutividade imediata.
- os serventes, que incansáveis na luta pelo ambiente salutar, não dão descanso para o rodo nem para o corpo.
- os agentes comunitários de saúde que faça sol ou com chuva, estão fazendo as visitas domiciliares, e enfrentando com perseverança o trabalho de levar a cada domicílio a palavra da Saúde.
- os motoristas que dirigem pacientemente as viaturas e ambulâncias sucateadas e sempre lotadas atendendo a tempo e a hora as idas e

vindas dos clientes que muitas vezes estão impacientes com o incômodo da doença. Os motoristas das viaturas administrativas, sempre prontos, pontuais e tolerantes com o corre-corre do nosso dia a dia, e por vezes até buscando e levando clientes para cobrir as lacunas de viagens. São os famosos “faz de tudo”.

- a equipe do laboratório, que teve o serviço dobrado mas não perdeu qualidade e presteza.
- a equipe de odontologia que apesar do gargalo provocado pela demanda, tem utilizado o bom senso e discernimento nos critérios de risco.
- a reduzida equipe de Vigilância à Saúde que sempre alerta nas informações e nas providências de prevenção, proteção e fiscalização não tem dia ou hora para o trabalho de vigiar a Saúde e que apesar de serem poucos, não permitiram que nenhum surto ou epidemia se instalasse em Cerquilha.
- a trabalhadora da área de ações programáticas, uma área que está nascendo e precisa de cuidados constantes na sua implantação e implementação. E só alguém com garra é capaz de tocar essa empreitada.

- a recepcionista que atende o público com a fineza, educação e discrição irretocáveis além de acumular funções de registro de produção e agendamento odontológico e fisioterapêutico.
- a responsável pelos suprimentos, que cuidando da organização, armazenamento e distribuição, tem estado alerta para as necessidades de todos os setores e serviços cuidando para que não haja desperdício.
- a equipe de fisioterapia, que em sua rotina de trabalho, acompanham dia após dia a vinda dos clientes e vibram com eles a recuperação dos movimentos.
- a equipe da Secretaria da Promoção Social, que buscam sempre a justiça e parcimônia na seleção e atendimento da população mais carente. Mesmo não sendo Secretaria independente, estão organizados e desenvolvendo projetos ambiciosos com a ousadia dos mais valentes, praticamente sozinhos.
- a trabalhadora da central de vagas que consegue fazer a mágica de encaixar e atender todos os encaminhamentos e todas as viagens. Além de coordenar o cronograma de viagens ainda responde pelo adiantamento.

- a psicóloga que solitária em seu trabalho, faz de seu desempenho o que deveria ser feito por toda uma equipe de saúde mental que ainda não existe.
- o trabalhador do serviço de malotes, entrega e postagem que com a fidelidade digna dos espartanos, não poupa esforços para cumprir seu papel, por vezes até colocando seu veículo particular a serviço para atender as necessidades dos diversos setores. Sempre com bom humor invejável, e postura respeitosa ao extremo.
- a trabalhadora da UAC, que com toda a burocracia que a atividade exige, não perde prazo nem recurso e ainda consegue achar tempo para contribuir com o trabalho dos demais setores, além das abalizadas e indispensáveis análises de conjuntura.
- a trabalhadora do serviço de controle de finanças e compras que com sagacidade, esperteza e afinco, sempre acha o preço mais barato, o melhor produto e as melhores condições de pagamento, conseguindo a proeza de fazer o dinheiro esticar para abastecer os serviços, adaptando os pedidos de compra aos poucos recursos financeiros.

- a secretária da secretária que com postura ética, discurso transparente, sempre se antecipando nas providências, tem todas as informações, documentos e contatos na ponta da língua e na ponta dos dedos. Que além da eficiência de seu papel, ainda acumula com competência impar a função de diretora administrativa, contribuindo com idéias e sugestões próprias de Assessoria Técnica.

Enfim, quero dar um presente. Não quero dar em forma de objeto. Quero dar em forma de sentimento. E este sentimento é o de reconhecimento. Quero publicamente dizer do meu reconhecimento a todos vocês.

Quero que todos se parabenizem uns aos outros pelo nosso aniversário.

Quero ajuda para mostrar o reconhecimento. Portanto, peço a todos vocês, moradores de Cerquilho, que comungam comigo neste reconhecimento, que demonstrem através de um cumprimento de parabéns pelo primeiro aniversário do Projeto R.A.I.S. – Programa de Saúde da Família a todos os trabalhadores da Saúde e a todos os moradores de Cerquilho. Portanto parabéns a vocês, nesta data querida, muita felicidade e muitos anos de vida.

ANEXO 1 do Capítulo Quarto

REALIZAÇÕES DE GOVERNO – PRESTAÇÃO DE CONTAS

A seguir, alguns resultados obtidos com a política de gestão financeira, de recursos humanos e de priorizações de investimento. Para efeito de comprovação, o código de registro junto ao Ministério da Saúde de número 35.11.50-0, com CGC número 46.634.614/0001-26, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal. Seu PAB fixo para o ano de 2.000 foi de R\$ 305.460,00, e o valor do Teto Financeiro para o ano de 2.000 foi de R\$1.117.080,00. O Fundo Municipal de Saúde foi criado em 1991, pela Lei Municipal 1.501/91 e junto ao Banco do Brasil, agência 1768X- Cerquilho, conta aberta em 1.996, a conta PAB número 58.040-6, e a conta Fundo número 58.041-4.

Os valores repassados mês a mês pelas 3 esferas de governo para o Fundo Municipal de Saúde totalizavam uma média mensal aproximado de R\$ 367.166,66, assim distribuídos: 35% de repasses do Nível Federal, 2% de repasses do Nível Estadual, 63% de repasses do Nível Municipal. Na tabela I, abaixo, estão representados, o montante gerenciado pelo Fundo Municipal de Saúde e os repasses federais e estaduais, distribuídos entre Atenção Básica e Assistência Hospitalar no ano de 2.000:

Tabela I - Repasses Totais – Ano de 2.000

Assistência Hospitalar e Ambulatorial (média e alta complexidade)	Atenção Básica	Total de Repasses Federais e Estaduais	Total do Fundo Municipal de Saúde
745.752,94	856.975,04	1.602.727,89	4.406.000,00

Fonte: DATASUS – 03/2001 e balancete analítico fornecido pela Secretaria Municipal de Finanças

A tabela acima demonstra que houve um gasto aproximado de R\$ 12,00 hab./mês, porém, não poderão ser esquecidas a invasão da população residente em Jumirim, Tietê e Cesário Lange.

A primeira observação que se fez foi com relação aos repasses da União. Pela série histórica apresentada na tabela II, verifica-se que com a política de saúde adotada a partir da vigência do projeto, os recursos financeiros não só aumentaram, como migraram da assistência hospitalar para a atenção básica:

Tabela II - Série Histórica Anual - Repasses da União

Competência	Assistência Hospitalar e Ambulatorial – média e alta complexidade	Atenção Básica	TOTAL
1998	500.953,61	212.150,84	713.104,45
1999	768.556,13	451.481,39	1.220.037,52
2000	745.752,94	856.975,04	1.602.727,98

Fonte: DATASUS – 03/2001

É possível, portanto, observar que no ano 1998 os repasses para a assistência hospitalar significaram 70,2% do total de repasses, em 1999 iniciou-se a reversão, chegando a representar 46,5% no ano de 2000. Além de que, do total de recursos

repassados houve ainda um incremento de 44,4%, provando que o investimento privilegiou a atenção básica e drenou mais recursos para o Município.

A gestão financeira criou a possibilidade de realocação e incremento dos recursos e foi um dos principais fatores que desencadeou, legitimou e viabilizou a política de saúde adotada para Cerquilha.

Os fatores facilitadores detectados para este resultado, se referenciam tanto nos repasses federais na forma de incentivo à implantação do PSF, na criação de comissão de compras e finanças da SMS, na realocação dos gastos com recursos humanos e extinção de convênios com o sindicato rural patronal, no estabelecimento da rede secundária e terciária, planejados para a necessidade da demanda real, como na revisão do contrato e no quantitativo de autorizações para Internação hospitalar com a Santa Casa de Misericórdia de Cerquilha, onde, os médicos generalistas eram também médicos auditores da Unidade de Avaliação e Controle, esquema que funcionava em três das oito equipes iniciais de PSF.

Com relação a gestão de recursos humanos houve a necessidade de algumas demissões de médicos e contratações de novos, com perfil adequado à nova política com seleção de profissionais com compromisso social, além da elaboração e aplicação de provas de seleção e, destaca-se a política de capacitação e treinamento e a criação de colegiado gestor. Estas intervenções foram fundamentais no cômputo dos resultados obtidos. A seguir, os quadros I e II, apresentam o que o projeto constituiu como mínimo para o município de Cerquilha. O Quadro I apresenta o quantitativo por categoria de

trabalhadores da rede por unidade básica de saúde e o Quadro II, traz o total geral da SMS e respectivos salários brutos iniciais:

Quadro I – Composição do quadro de pessoal da Rede de Unidades Básicas de Saúde

UBSF						
Categorias	Nova Cerquilho	Parque das Árvores	Parque Alvorada	Vila Pedroso	Centro	Total
Médicos Generalistas	4	2	1	1	1	9
Enfermeiros Consultantes	4	2	1	1	1	9
Aux. de Enfer. Visitadores	9	5	3	3	3	23
Agentes Com. de Saúde	16	8	4	4	4	36
Atendentes	4	2	1	1	1	9
Aux. administrativos	2	2	1	1	1	7
Serventes	2	1	1	1	1	6
Total	41	22	12	12	12	99

Fonte: Departamento de Pessoal da SMS de Cerquilho

Quadro II - Valor do Salário Base Bruto Mensal, Inicial por Categoria Profissional Individual e Total

Categoria Profissional	Quantidade de Servidores	Valor em R\$ do Salário Bruto Inicial Individual	Valor em R\$ do Salário Bruto Inicial Total
Médicos Generalistas	9	4.800,00	43.200,00
Enfermeiros Consultantes	9	1.500,00	13.500,00
Enfermeiros	2	1.500,00	3.000,00
Auxiliares de Enfermagem Visitadores	23	550,00	12.650,00
Auxiliares de Enfermagem	4	550,00	2.200,00
Agentes Comunitários de Saúde	36	350,00	12.600,00
Atendentes	12	400,00	4.800,00
Auxiliares Administrativos	7	500,00	3.500,00
Serventes	9	350,00	3.150,00
Cirurgiões Dentistas	9	1.500,00	13.500,00
Recepcionistas	1	400,00	400,00
Escriturários	4	500,00	2.000,00

Almoxarifes	1	600,00	600,00
Fisioterapeutas	4	1.500,00	6.000,00
Farmacêuticos	1	1.500,00	1.500,00
Assistentes Sociais	4	1.500,00	6.000,00
Psicólogos	1	1.500,00	1.500,00
Veterinários	1	2.000,00	2.000,00
Fiscais Sanitários	4	500,00	2.000,00
Agentes Controladores de vetores	1	500,00	500,00
Biomédicos	1	1.500,00	1.500,00
Técnicos de Laboratório	2	1.000,00	2.000,00
Auxiliares de Laboratório	2	450,00	900,00
Motoristas de Viaturas Administrativas	4	600,00	2.400,00
Motoristas de Ambulância	7	900,00	5.600,00
Médicos Especialistas	7	1.500,00	10.500,00
Médicos Auditores	2	1.500,00	3.000,00
Total	167		160.500,00

Fonte: Departamento de Pessoal da SMS de Cerquilho no ano de 2.000

Do orçamento da saúde, o item pessoal consumiu 50% do total de gastos do ano de 2000.

O município conta com somente um hospital - Santa Casa de Misericórdia de Cerquilho – entidade filantrópica, com total de quarenta e três leitos, sendo trinta leitos gerais, distribuídos nas áreas de clínica médica, pediatria, cirurgia geral com um centro cirúrgico de duas salas e dez leitos de maternidade com berçário. A prefeitura estabeleceu contrato com esta entidade para o serviço de duzentos AIH/mês (autorização de internação hospitalar). Foram destinados vinte leitos para uso dos clientes SUS além de um Pronto Socorro para urgências/emergências que também foi mantido pelo Fundo Municipal de Saúde. Contou ainda com Serviço de Radiologia, sendo que o aparelho de Raios-X, de propriedade da prefeitura, foi colocado à

disposição da Santa Casa de Misericórdia para uso comum das duas entidades. O Serviço de Remoção de Clientes também foi mantido pelo Fundo Municipal de Saúde.

Quanto aos serviços de apoio diagnóstico, contou com o Laboratório Municipal de Análises Clínicas, além da compra dos Serviços de ultra-sonografia, eletroencefalograma, ergonometria, endoscopia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, mamografia, eletroneuromiografia, endoscopia digestiva, urografia excretora, colonoscopia, densiometria óssea, audiometria, etc.

Instituiu, também, Serviço de Fonoaudiologia e Serviço Municipal de Fisioterapia para maior resolutividade da rede básica de saúde.

Com relação ao Centro de Odontologia, a estrutura física e equipamentos, embora de boa qualidade, contando inclusive com dois aparelhos de radiografia, apresentaram dois problemas centrais que não foram devidamente equacionados: oferta de consultas menor do que a demanda e falta de organização da assistência para adequação à lógica de programação das equipes de Saúde. As equipes de odontologia foram divididas pelas áreas. Entretanto, nove equipes com cirurgiões dentistas, foram insuficientes.

O Ambulatório do Sindicato Patronal Rural (sem fins lucrativos) passou a ofertar serviços somente aos seus associados devido ao cancelamento do convênio SUS. Essa medida foi adotada para evitar duplicação de gastos para uma parcela da

população em detrimento dos demais habitantes. Considerando que o critério de cobertura e atendimento pressupunha a universalidade e a integralidade da assistência, seria incoerente sua manutenção.

Ao final de um ano de desenvolvimento do projeto, o município contava com o Conselho Municipal de Saúde, criado em 26/04/1991 pela Lei Municipal 1.500/91, que funcionava com dezoito membros titulares, sendo três vagas destinadas aos representantes dos trabalhadores da Saúde, três vagas para representantes de prestadores de serviço privados/filantrópicos conveniados, três vagas ocupadas pelo poder público municipal (sendo uma delas para o Secretário da Saúde) e nove vagas ocupadas pelos representantes de usuários. Destas, cada conselho gestor tinha direito a uma vaga. As reuniões ordinárias eram mensais, com registros em atas, e função deliberativa.

Foram criados no município, cinco Conselhos Locais de Saúde que embora estivessem atuantes, ainda não tinham sido oficializados através de Portaria de Criação, porém, cada micro-área tinha um representante do segmento dos usuários.

Unidades Básicas de Saúde da Família localizadas em área urbana, eram quatro e, o projeto instituiu a quinta unidade. Nove equipes atenderam toda a população - urbana e rural, com atendimentos descentralizados por bairros, tornando o acesso fácil e desenvolveram atividades programáticas, cirurgias ambulatoriais (pequenas cirurgias), serviço de dispensação de medicamentos e coleta de material de

laboratório. As equipes eram multidisciplinares, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com atendimento individual, familiar e coletivo, contextualizado na realidade sócio cultural. Com ações de prevenção das doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e integrada. As Unidades de Saúde, foram equipadas para atender, no mínimo, 80% dos problemas de Saúde da área de abrangência, principalmente com atenção aos grupos populacionais expostos a maior risco, conferindo resolutividade aos problemas, evitando a busca de serviços fora da localidade e trabalhando, concomitantemente, a prevenção das doenças, racionalizando o acesso aos demais níveis de referência do SUS. Os equipamentos que constavam dos consultórios médicos e de enfermagem, eram desde balanças, estetoscópios, esfigmomanômetros (de adulto e infantil), até aparelhos de eletrocardiograma e glicômetro.

- De maneira resumida, ficou assim o quadro da capacidade física instalada:

05 Unidades Básicas de Saúde da Família

01 Ambulatório de Especialidades Médicas

01 Laboratório de Análises Clínicas

01 Serviço de Fisioterapia

01 Centro de Odontologia

05 Farmácias

01 Serviço de Suprimentos

01 Serviço de Vigilância à Saúde (integração de Serviço de Vigilância Epidemiológica, Serviço de Vigilância Sanitária e Unidade de Auditoria, Avaliação e Controle - UAC)

01 Serviço de Promoção Social

As Unidades absorveram, também, toda a demanda do antigo pronto atendimento. A orientação do atendimento na rede básica municipal era para que fosse feita de maneira programática naquilo que coubesse, conforme listado abaixo:

Programa de prevenção, tratamento e acompanhamento das doenças crônico-degenerativas - Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus; prevenção do câncer cervico-uterino, de mamas e de próstata; ações programáticas da área da criança, escolar, adolescente, deficiente, mulher, trabalhador, adulto, idoso, bucal, mental; programas de doenças infecto-contagiosas como tuberculose, hanseníase e DST/AIDS.

Foi ampliada a oferta de hora médico nas UBSF – onde três Ginec./Obstetras, seis pediatras e seis clínicos que totalizavam quinze médicos, ofertavam trinta horas/dia de atendimento e recebiam, o correspondente, a R\$27,00 a hora (valor líquido) em setembro de 1999. Com o Projeto, oito médicos ofertaram sessenta e quatro horas/dia de atendimento e sendo pago o correspondente a R\$ 20,00 a hora (valor líquido).

Com a criação do ambulatório de especialidades, ampliou-se o acesso à especialidades médicas, como por exemplo: Ortopedia, Otorrinolaringologia, Infectologia, Endocrinologia, Ginecologia, Obstetrícia, Cirurgia, Pediatria, e manteve-se

as especialidades de Neurologia, Dermatologia, Cardiologia, Oftalmologia, Psiquiatria, Gastroenterologia e Urologia.

Oferta de exames laboratoriais eram de 2.523 em setembro de 99, sendo que no primeiro trimestre de vigência do Projeto alcançou-se um pico de quase 6.000 exames/mês e, ao final de setembro de 2000, reduziram-se para aproximadamente 3.500 exames por mês.

Cerquilho recebia trimestralmente R\$16.769,93 em medicamentos da Secretaria Estadual da Saúde, através do programa denominado, “dose certa”. Com o projeto passou a receber R\$ 30.143,32, significando um adicional de R\$13.373,39 ou seja aumento de 79,74%. Além dos medicamentos recebidos, a SMS investia no abastecimento das Unidades Básicas e do Ambulatório de Especialidades Médicas, mais de R\$ 60.507,00 reais por trimestre. Este consumo significou uma média de consumo mês/habitante de R\$ 1,00.

Ainda foi implantado o Serviço de Vigilância à Saúde (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância à saúde do trabalhador e unidade de avaliação e controle), bem como, assistência farmacêutica.

O encaminhamento de clientes para outros municípios de referência foi feito através da Central de Vagas, para algumas especialidades médicas e exames que o projeto não ofertava ou a oferta era insuficiente. Por exemplo, clientes referenciados

para oftalmologia ou hemodialise eram encaminhados para NGA (Núcleo Geral de Assistência) de Tatuí, Conjunto Hospitalar de Sorocaba e UNESP – Botucatu. Os encaminhamentos com guias de referência SUS, para os Hospitais Universitários de Campinas e de São Paulo. A remoção destes clientes era feita através de transporte público municipal.

Foi concedido, para Cerquilha, o título de “Município Amigo da Criança” – ocasião em que o presidente do COSEMSP e CONASEMS, Gilberto Nataline enviou ofício parabenizando a atenção especial dada no município às crianças, adolescentes e às mulheres.

Experimentalmente, foram credenciados três médicos generalistas, como auditores da UAC – Unidade de Avaliação e Controle. Esta experiência comprovou a importância do acompanhamento, pelas equipes, dos clientes em todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde.

Criado em novembro de 1999 o Serviço de Ouvidoria Pública em Saúde. Esse serviço foi descentralizado para todas as UBSFs de Cerquilha.

O Conselho Municipal de Saúde, convocou e executou a 1ª Conferência Municipal de Saúde de Cerquilha e a 1ª Conferência Intermunicipal de Saúde com a participação dos municípios de Tietê, Cesário Lange, Jumirim e Porto Feliz. Cerquilha sediou este evento ocorrido em 13 de novembro de 99.

Foi organizado e realizado o 1º encontro de médicos da rede de serviços públicos municipais com médicos da Santa Casa de Misericórdia de Cerquillo, buscando maior entrosamento e conseqüentes benefícios para população.

Instituída a Comissão de Compras para tomada de preços e especificação de produtos, visando ampliação da eficiência no planejamento de gastos, na garantia de entrega em datas acordadas e menor custo de equipamentos, materiais, medicamentos, insumos, serviços, etc.

Desenvolvidos treinamentos, reciclagens, atualizações, encontros e supervisões aos profissionais da rede (Educação Continuada).

Foram realizados alguns eventos educativos integrados com outras Secretarias Municipais, a exemplo da secretaria de esporte e turismo, através do projeto “Caminhando com Saúde”, e do trabalho de conscientização sobre a importância do uso de preservativos sexuais na semana de combate a AIDS (dezembro/99) através do bloco carnavalesco da Saúde, carnaval/2000. Ambos com farta distribuição de camisinhas.

Foram apresentados, no mês de abril, em audiência pública, por convocação da câmara municipal, os resultados de impacto dos primeiros 100 dias úteis de vida do projeto (os cinco primeiros meses).

O Projeto R.A.I.S. levou sua experiência e apresentou os resultados prévios de impacto no XIV Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo ocorrido em Ribeirão Preto/SP, em julho de 2000.

Foi implantada a 9ª equipe de PSF, para descongestionar as UBSFs e atender melhor os moradores da zona rural.

Houve ampliação do quadro de auxiliares de enfermagem em todas as UBSFs, pois se percebeu que, dois por equipe, como pressupõe o Ministério da Saúde, foram insuficientes para dar respostas resolutivas dentro das Unidades, além de acompanharem os demais membros da equipe, tanto nos trabalhos de grupo, como nas visitas domiciliares.

Foram garantidos, o tratamento e acompanhamento médico e laboratorial às doenças crônicas dos adultos (Diabetes e Hipertensão), inclusive, com distribuição de medicamentos de última geração para que a adesão ao tratamento fosse o maior possível.

Foi criado o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno.

Instituído o serviço de Vigilância ao recém-nascido de baixo peso.

Através do Programa de Combate às Carências Nutricionais foi feito o acompanhamento aos desnutridos de seis meses a dois anos.

Implantada em todas as UBSFs a terapia de reidratação oral.

Criado o serviço de investigação de óbito – com instrumentos específicos de pesquisa e visitas domiciliares.

Estabelecidos protocolos de atendimento na área da criança, pré-natal, hipertensão e diabetes – a exemplo da tuberculose e hanseníase.

Ampliou-se a adesão ao tratamento dos clientes com Tuberculose e respectivo aumento dos casos de alta por cura.

O programa de hanseníase foi descentralizado para todas as UBSFs.

Instituíram-se exames de mamografia de rotina para prevenção do câncer de mama no Programa de Atenção à Saúde da Mulher.

Instituíram-se exames de rotina no pré-natal para detecção do vírus do HIV (mediante aquiescência da gestante) e ultra-sonografia obstétrica.

Instituiu-se rotina de exames de PSA no Programa de Atenção à Saúde do Adulto.

Foi feito o levantamento censitário canino em 100% dos domicílios, além da instituição de esterilização de cães vadios, pois se sabe onde ficam e quem os alimenta.

Foi montada a oficina para confecção de coleiras e placas de identificação de animais domésticos e colocados em todos os cães e gatos vacinados na campanha de combate à raiva animal.

Foi articulado junto ao município de Porto Feliz, convênio para alojamento em canil municipal dos cães vadios de Cerquilha. Já em fase final de negociação.

Implantado o banco de dados do sistema de informação SIAB e SIGAB em todas as Unidades e Serviços de Saúde. São sistemas que se comunicam e são totalmente gratuitos fornecidos pelo DATASUS em substituição ao sistema anterior que, além de ineficiente, onerava por demais o Fundo Municipal de Saúde.

Foram adquiridas mais duas viaturas uma, destinada exclusivamente para visitas domiciliares, principalmente zona rural, e outra, para compor a frota do Serviço de Vigilância.

Adquiridas mais duas ambulâncias destinadas à complementação da frota da central de vagas e do pronto socorro da Santa Casa.

Nenhum Boletim de Ocorrência na polícia contra profissionais da SMS desde a implantação do projeto. Antes era rotina semanal inclusive com plantão policial dentro da Unidade Básica de Saúde.

A seguir, serão destacados alguns tópicos, capazes de traduzir de forma resumida um possível impacto provocado pelo projeto de intervenção. Os dados e informações foram colhidos dos boletins diários e mensais de produção, ambulatoriais, hospitalares e de laboratório bioquímico, além dos relatórios dos serviços de suprimentos, central de vagas, vigilância à saúde e unidade de avaliação e controle até o período de final de setembro de 2.000:

Famílias cadastradas, ao final de setembro de 2.000, totalizaram 8.142.

Cobertos com Plano de Saúde Privado em torno de 13.027 pessoas (40% do total dos cadastrados).

Houve incremento em 50% dos Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal na faixa de 0 a 14 anos.

Internação em pediatria caiu de 38 em setembro de 1999 para 10 internações no mês de junho de 2000. A média mensal de internações em pediatria diminuiu 46%. Durante a vigência do projeto R.A.I.S., o pico máximo de internações chegou a 22 clientes em clínica pediátrica, e isso ocorreu devido à mudança climática e a forte seca na região.

Desde a implantação não houve registro de casos de internação em pediatria por doenças imunopreveníveis.

Internação em clínica médica diminuiu 7%.

Partos operatórios caiu de 40% para 28%.

A internação em clínica obstétrica aumentou 13%, significando maior confiabilidade na maternidade local.

Em compensação, a clínica cirúrgica aumentou 53%, significando uma maior agilidade nos diagnósticos dos médicos do PSF e facilidade de acesso às especialidades cirúrgicas.

E o total de internações teve uma diminuição de 15%, em consequência da queda vertiginosa das internações em pediatria.

Fila de espera em Ambulatório de Especialidades Médicas caiu de 1.604 clientes em setembro de 1999, para 502 em setembro de 2000.

Clientes em tratamento psiquiátrico – de 500 caiu para 70 no total (diferença devida a alta de tratamento).

Fila de espera para exames por imagem (tomografia, mamografia e ultrassonografia, etc.) caiu de 338 para 219.

Número de diabéticos em tratamento e acompanhamento: 810 diabéticos (setembro/1999, era de 90 clientes). Esta cobertura significou 3,8% da população adulta. E significou, também, uma ampliação de 900% de inscrições neste programa.

Número de hipertensos em tratamento e acompanhamento chegaram a 1.968 (setembro/1999 era de 150 clientes). Extensão de cobertura para 10,25% do total da população adulta do município. Uma ampliação de 1.300%.

Com diabetes e hipertensão arterial, chegaram a 368 inscritos (setembro de 99 não se dispunha desta informação)

Cobertura de pré-natal chegou a 90% das gestantes detectadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, sendo que 80% delas, inscritas já no 1º trimestre de gravidez.

Número de gestantes de risco inscritas em setembro de 2000 no programa de Pré-Natal (gravidez precoce) era de 18 gestantes, significando 11% do total de 151 cadastradas e acompanhadas (setembro de 99 não se dispunha desta informação). Inscritas no programa de pré-natal 3,4% do total da população feminina em idade fértil.

Mortalidade materna – zero em 99 e zero até final de setembro de 2.000.

Mortalidade infantil caiu de 23:1000 nascidos vivos em 98 (11 óbitos) para 08:1000 em 99 (em números absolutos – 04 óbitos, todos ocorridos no 1º semestre de 1999, e nenhum óbito infantil notificado, desde a vigência do projeto).

Evolução da mortalidade infantil apresenta o seguinte quadro de coeficientes (número de óbitos por mil 1.000 nascidos vivos):

Série Histórica Anual, de Coeficiente de Mortalidade Infantil no Município:

1992 : 17,55
1993 : 16,66
1994 : 25,36
1995 : 25,52
1996 : 16,02
1997 : 17,27
1998 : 23,06
1999 : 08,00

Fonte: DATASUS – via Internet em 2001

Não houve, em 1999 e 2000, casos de zoonoses no município. Contudo, em relação a doenças transmitidas por vetores, destaca-se a Leishmaniose Tegumentar, com 4 casos autóctones em 1991, 5 casos em 1992 e 7 casos em 1994.

Distribuição das Doenças de Notificação Obrigatória, em Número de Casos, em 2000

AIDS	7
Dengue	0
Esquistossomose	0
Hanseníase	5
Leptospirose	0
Meningite	0
Meningite Meningocócica	0
Sarampo	0
Tétano	0
Tracoma	0
Tuberculose	4

Fonte: Serviço de Vigilância à Saúde em dezembro de 2000

Com relação à cobertura vacinal, a preocupação foi manter a boa cobertura. Tanto os faltosos, como as vacinas iniciais, já contavam com bom esquema de convocação, acompanhamento e avaliação.