UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**SALOBRINHO: A HISTÓRIA DE SAÚDE DE UM BAIRRO DE
ILHÉUS-BAHIA**

CRISTINA SETENTA ANDRADE

São Paulo
2003

SALOBRINHO: A HISTÓRIA DE SAÚDE DE UM BAIRRO DE ILHÉUS-BAHIA

CRISTINA SETENTA ANDRADE

Tese de Doutorado apresentada ao
Departamento de Prática de Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de
São Paulo, para obtenção do grau de Doutor.

Área de concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre

São Paulo

2003

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data

A Valdemir, pela compreensão,
carinho e paciência nessa minha
jornada.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos ao Prof. Dr. Fernando Lefèvre, pela acessibilidade e gentileza na orientação prestada;

À Profª Dra. Denise Del Rey (in memorium), pelo incentivo e confiança no ingresso deste Curso;

Aos meus filhos Felipe, Bruno e Waldemir, pela compreensão e respeito pelas minhas ausências;

Aos meus professores do Curso de Doutorado em Saúde Pública, da USP, por contribuírem na construção do meu conhecimento;

Aos coordenadores do Curso de Doutorado em Saúde Pública, Prof. Dr. Paulo Fortes e Evelin Takeda, pela presteza e dedicação;

À Equipe Saúde da Família do bairro do Salobrinho, que permitiu conhecer os caminhos tortuosos para a mudança da saúde;

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação, em especial Maridalva, Adélia, Sílvia e Creuza, pela grata convivência e troca de experiências;

Aos colegas do Departamento de Ciências da Saúde da UESC, pelo incentivo, apoio e compreensão;

À Douglas, bolsista deste projeto, que contribuiu na busca de informações e na produção do vídeo;

À Universidade Estadual de Santa Cruz, pela bolsa de estudo concedida.

RESUMO

Andrade C. S. Salobrinho: **História de saúde de um bairro de Ilhéus-Bahia**. São Paulo; 2003.[Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

O estudo busca analisar, a partir do contexto histórico-social, as mudanças voltadas para a atenção básica de saúde, tendo como *locus* o bairro do Salobrinho, que localiza-se em um extremo da Universidade Estadual de Santa Cruz. Esse bairro sofreu a crise da região cacauieira e implantou a estratégia Saúde da Família. A partir dos pressupostos metodológicos do estudo qualitativo, foram utilizados procedimentos da pesquisa histórico-documental e da entrevista semi-estruturada. Os sujeitos do estudo constituíram-se de antigos moradores do bairro, lideranças comunitárias, usuários do serviço de saúde e trabalhadores de saúde. Para os dados concernentes aos primeiros sujeitos (antigos moradores), utilizou-se da história oral e aos demais (lideranças, usuários e trabalhadores), o Discurso do Sujeito Coletivo. A análise temática revelou que a história de saúde do Salobrinho teve influência da monocultura cacauieira, começando a sofrer mudanças no campo da saúde, a partir da implantação da estratégia Saúde da Família. Tal estratégia foi considerada um ganho para a população. Em respeito às perdas com saúde, desvelou-se a problemática da questão ambiental, focada preponderantemente na poluição. O estudo revelou, ainda, não haver participação social, embora existam reuniões comunitárias para grupos específicos. Depreendeu-se, em síntese, que apesar da implantação do PSF, a participação social, ponto fundamental em foco, mostrou-se fragilizada e a problemática da questão ambiental sentida pelos sujeitos da pesquisa não se encontra incorporada à estratégia.

Descritores: Programa Saúde da Família, Participação Social, Saúde e Ambiente.

SUMMARY

Andrade C. S. Salobrinho: **História de saúde de um bairro de Ilhéus-Bahia.**
[Salobrinho: History of health a district of Ilhéus, Bahia] São Paulo (BR); 2003 [Tese de Doutorado–Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

This research seeks to analyze the changes in the basic awareness of health from a historic and social perspective in Salobrinho a district of Ilhéus, Bahia, Brazil, one of the extremes of the University of Santa Cruz. This district went through the cocoa regional crisis and implanted the family health program (FHP). Starting from the methodological presuppositions of qualitative research, historical-document proceedings were used, as well as the semi-structured interview. Subjects were ancient inhabitants of the district, community leaders, the users of health service and the people engaged with the health service. Oral History was used for data collected with the first subjects (ancient inhabitants) whereas the collective subject speech (leaders, users and workers) as methodological instruments. The thematic analysis revealed that the history of Salobrinho was influenced by the unique cocoa culture of the South Region of Bahia, starting to suffer changes in the health field ever since the implantation of the Family Health Strategy. Such a strategy was considered a gain to population. Concerning to the losses with health, the environment issue was revealed with main focus on the pollution. It was also revealed lack of social engagement although community meetings occur with specific groups. It was considered, in synthesis, that despite the implantation of family health strategy, the social engagement, the fundamental aspect in focus, was shown weakened and the concerns of the subjects with the environment issue is not integrated with the strategy.

Descriptors: Family's Health Program, Social Participation, Health, Environment.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 A política de saúde para a atenção básica	5
1.2 O Programa Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica	11
1.3 A participação da população nas questões da saúde	16
2. OBJETIVOS	26
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS	27
3.1 Tipo de estudo	27
3.2 Técnicas de coleta de dados	27
3.3 Os sujeitos da pesquisa	29
3.4 O caminho percorrido	31
3.4.1 A coleta das memórias	31
3.4.2 Outras fontes de informações	32
3.4.3 As entrevistas semi-estruturadas	33
3.5 O tratamento dos dados	34
3.6 O vídeo como produto de uma pesquisa	36
4. HISTORICIANDO E CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA	38
4.1 A cidade de Ilhéus	38
4.1.1 O setor saúde de Ilhéus	41
4.2 O bairro do Salobrinho	43
4.2.1 A FESPI-UESC e o Salobrinho	46
4.2.2 A participação da população no Salobrinho	49
4.2.3 O setor saúde do Salobrinho	50

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
5.1 A situação de saúde do Salobrinho com o PSF: leitura de uma comunidade	67
5.2 A participação da população nas questões da saúde	92
5.3 O ganho na saúde do Salobrinho com a estratégia saúde da família	107
5.4 As perdas na saúde do Salobrinho	130
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
7. REFERÊNCIAS	153

ANEXOS

Anexo 1 – Roteiro de perguntas	II
Anexo 2 – Termo de consentimento	III
Anexo 3 – Arcabouço das expressões chaves e das idéias centrais do D.S.C.	IV

1 INTRODUÇÃO

As mudanças da política de saúde no país têm direcionado diversas formas de reorganização da atenção básica do sistema dos serviços de saúde. Tal tendência de mudanças em um âmbito local quer resgatar os sujeitos sociais, a dinâmica de interesses, as suas relações de cidadania e direito, através de uma ação social cujo significado para a população seja constantemente analisado na perspectiva do atendimento de suas necessidades.

Tal perspectiva busca atender principalmente as pequenas cidades sem infra-estruturas, que são as mais sofridas com os problemas de saúde, pois vêm de histórias de vida e de saúde excludentes e diversificadas. Essas histórias configuram desigualdades sociais em que na reorganização do sistema e dos serviços de saúde com vista à mudança no modelo de atenção têm reflexos diretos na condição de vida influenciada pela história e cultura.

Dessa forma, a escolha do bairro Salobrinho para estudo deve-se à sua localização em uma zona rural de Ilhéus-Bahia, onde está instalada a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), com cursos na área de saúde, como enfermagem, biomedicina e recentemente medicina que têm histórias confluentes de expansão.

A escolha do tema deveu-se ao fato de ser docente da UESC a mais de quinze anos e verificar o desenvolvimento de ações no ensino, na extensão e na pesquisa de forma desintegrada intra e interdepartamental, que não expressam uma política universitária.

Por outro lado, desde a implantação da Federação das Escolas Superiores de Ilhéus e Itabuna (FESPI) - atual UESC -, que documentos fazem referência ao Salobrinho tornar-se uma “vila universitária”. Tais questões me preocupam, na medida em que considero as ações desenvolvidas pela UESC estarem relacionadas ao “assistencialismo” e ao uso de uma comunidade para o aprendizado do aluno, sem fomentar sujeitos sociais para sustentabilidade dos processos e projetos quando do afastamento da UESC. Nessa perspectiva indago se os atores sociais sentem-se fortalecidos e participantes desse processo?

Outro fator para escolha do tema deve-se à implantação de políticas sociais no Salobrinho, no campo da educação e da saúde nos últimos anos, com destaque

para o setor saúde na atenção básica, com o Programa de Saúde da Família (PSF). Essas mudanças são medidas que, na reorganização do sistema de saúde, são consideradas como porta de entrada aos serviços de saúde para uma atenção integral e equânime. Estão sendo implantadas com incentivos financeiros do governo federal, porém não se sabe até que ponto elas vêm contribuindo no atendimento da atenção básica da população com vistas a uma melhoria no campo da saúde.

Tais preocupações no campo da saúde tornam-se pertinentes, na medida em que a UESC também faz parte do Pólo de capacitação de recursos humanos e vêm acompanhando às políticas de saúde da Bahia e do Brasil, o que a torna co-responsável por esse processo. Também entendo que a UESC, enquanto promotora de educação no campo da saúde e na reorganização da atenção básica com a implantação do Programa Saúde da Família impliquem na participação da população.

Nessa perspectiva, a análise das mudanças no Salobrinho, a partir de sua história, é pertinente, visto que atores sociais diversos (lideranças da comunidade, usuários do serviço de saúde, trabalhadores do serviço de saúde); interesses diversos e o cenário político-institucional podem explicar os ganhos e as perdas do setor saúde, a partir da identificação do contexto que reflete a cultura de uma comunidade na qual houve investimentos em políticas públicas e tem a presença de uma universidade.

Nesse contexto, as universidades deverão constituir-se parceiras de projetos para promoção da saúde da comunidade, no campo da pesquisa, com investigações para possíveis mudanças e da extensão, com troca de saberes, estímulos à participação social, entre outros. A Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) propõe-se a ser um vetor de modificação sociocultural, tecnológica e social, mediante parcerias com outras instituições públicas e privadas, voltadas para os problemas da região, buscando alternativas, a partir de uma perspectiva intersetorial. Busca, também, contribuir para o pleno exercício da cidadania, visando a melhoria das condições de vida da população dessa região.

No campo da saúde, a UESC desenvolve experiências na formação de recursos humanos, pautada na estratégia saúde da família, com conteúdos teórico-práticos na graduação de enfermagem e medicina, realização de práticas supervisionadas, projetos de pesquisa e extensão em núcleos do PSF dos municípios

de Ilhéus e Itabuna. A UESC também participa do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF-Bahia, através de assessoria técnico-científica, com visitas técnicas, treinamentos introdutórios às equipes do PSF, capacitação de conselheiros municipais de saúde, além de ministrar cursos de especializações em saúde da família e saúde pública.

Também, por estar em uma região da mata atlântica, a UESC busca desenvolver uma relação harmônica entre o homem, a natureza e a tecnologia, utilizando-se de conhecimentos que venham a implantar e/ou implementar estratégias que levem à retomada do equilíbrio ecológico na região.

Além disso, o bairro por estar afastado do centro da cidade, sofreu e têm sofrido influências da cultura do cacau, a exemplo da crise da lavoura cacaueira que geraram mudanças que caracterizaram sua história.

Nesse contexto, a investigação permitiu, a partir da historicidade e caracterização de uma localidade, conhecer as mudanças desencadeadas na atenção básica pelo processo de descentralização da saúde, que envolveu novos sujeitos, e impactos diversos nesse campo.

Diante disso, indago: como a população percebe as mudanças ocorridas no Salobrinho, ao longo de sua história? Há participação da população na implantação e no controle dessas políticas? As políticas de saúde na atenção básica têm influenciado essas mudanças? A população reconhece o papel da Universidade nesse processo?

O objeto de estudo é a representação do bairro do Salobrinho em Ilhéus, Bahia. Busco, a partir da história de saúde de uma comunidade, analisar, em um contexto histórico-social, as mudanças e inovações voltadas para a atenção básica de saúde. Também, o fato de na comunidade estar presente uma universidade, em que os documentos expressam parcerias entre a prefeitura e a universidade, denominação do bairro de “vila universitária” e vínculos na formação e extensão no campo da saúde, não significa que ações de melhorias concretas na comunidade e na construção de sujeitos coletivos para a sustentabilidade do processo, além disso, a crise da região cacaueira provocou mudanças nas relações de poder da região. Fatos como esses merecem investigações que poderão contribuir no caminhar das políticas

públicas e de saúde na região e outras localidades, como também na relação e definição do papel da Universidade nesse processo.

Tais considerações remetem a discussão sobre a atenção básica de saúde no país que teve seu avanço, enquanto uma estratégia da política de “saúde para todos no ano 2000”. Tal estratégia tinha como ideário a integralidade, a equidade, a descentralização, a intersetorialidade, a participação da comunidade e a hierarquização de serviços de saúde, e foi incorporada como princípios da reforma sanitária brasileira (MENDES, 1998). Posteriormente, defendeu-se como um dos projetos estruturantes a formação de distritos sanitários para reorganização dos serviços de saúde e propôs-se como paradigma da mudança, a produção social da saúde. Tal mudança estava pautada em uma concepção de saúde de um pólo negativo voltada para a doença para um pólo positivo voltado para qualidade de vida, entendida como um viver cotidiano, desimpedido, de um modo de “andar a vida” prazeroso, individualmente ou coletivamente, com acesso a bens e serviços econômicos e sociais. A mudança estava pautada também de uma prática sanitária de atenção médica, para uma prática de vigilância da saúde, para reorientação do sistema de saúde, sendo o programa de saúde da família (PSF) considerado como uma das estratégias de reorientação para a atenção básica (MENDES, 1996).

A estratégia saúde da família atua em área de abrangência, território, que para MENDES (1999), constitui-se em um espaço delimitado, entendido enquanto dinâmico, processual, onde as pessoas vivem, relacionam-se, constroem e desconstroem e no qual existem problemas a serem enfrentados com a participação da população. Os níveis de agregações do território são as microáreas, entendidas pelo autor, como espaços onde vivem grupos populacionais mais ou menos homogêneos quanto às condições de vida e saúde, o que possibilita a microlocalização de problemas de saúde e a focalização das desigualdades sociais e de saúde, através da identificação de necessidades e das respostas sociais.

Destaco, como base da atenção básica, o processo da descentralização na municipalização da saúde, que envolve redistribuição do poder, redefinição dos papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, novas relações entre as três esferas de governo e o controle social.

Tomei o espaço do Salobrinho como esse território vivo, que na reorientação da atenção básica implantou a estratégia do Programa Saúde da Família para o desenvolvimento de uma atenção à saúde voltada para um atendimento humanizado, em determinada área de abrangência, para um número delimitado de famílias, com ações que priorizassem a promoção da saúde e prevenção da doença, um trabalho em equipe voltado para as famílias e seu ambiente, com planejamento de ações conjuntas da equipe de saúde e dos usuários, voltadas para o enfrentamento dos problemas da comunidade e crescimento dos sujeitos.

1.1 A política da saúde para a atenção básica

As preocupações com a necessidade de mudanças no campo da saúde começaram na década de 1970, em conjunto com a luta pela democracia do país, que questionava e reivindicava políticas sociais, também no campo da saúde.

Em meados dessa década, a conjuntura política no país apresentava o esgotamento do “milagre econômico”¹, com a inflação acarretando empobrecimento de várias parcelas da população e o colapso das políticas públicas e sociais (SILVA, 1995).

MENDES (1999) refere que efeitos dessa situação econômica levaram a uma deficiência quantitativa e qualitativa dos serviços públicos de saúde, com o crescimento dos serviços privados pouco acessíveis aos trabalhadores rurais e desempregados, caracterizando uma iniquidade do acesso à saúde. Por outro lado, o governo era pressionado pela população, para mudanças na área social, devido ao crescimento descontrolado da mortalidade infantil, como também pela expansão das grandes endemias que caracterizavam o ciclo vicioso entre a pobreza e a doença.

Isso proporcionou, no campo da saúde, inquietações no cenário nacional, sobretudo no que se refere às reformulações legais e à criação de estratégias de ações de saúde, a exemplo da implantação do Programa de Interiorização das Ações de

¹ O “milagre econômico” é caracterizado como o período da ditadura militar em que houve crescimento econômico no setor industrial, agrícola e no comércio, com financiamento facilitado pelo Estado para investimento no país.

Saúde (PIASS), que expandiu, a baixo custo, a assistência à saúde, com privilégios para o nordeste, que detinha um grande contingente eleitoral.

No plano internacional, a Conferência de Alma Ata, em 1978, definiu a atenção primária à saúde como;

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios acessíveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE citado por STARFIELD, 2002, p.30).

A Conferência também estabeleceu que os componentes básicos da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantil, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional (STARFIELD, 2002). Dessa forma, a Conferência influenciou na decisão de investimentos na atenção primária de saúde no Brasil, através do caminho da promoção da saúde, com intervenções no setor social. Perspectiva essa, que transcendia o campo da saúde, com novas abordagens conceituais e técnicas nas propostas de trabalho e ações políticas.

No final da década de 1970, o Brasil foi marcado por diferentes propostas de reorganização do sistema de saúde. Tais propostas voltavam-se para o crescimento da atenção primária à saúde, com deslocamento do eixo da assistência hospitalar para ações que possibilitassem maior integração entre as ações preventivas e curativas, sendo consideradas uma estratégia do regime militar para reduzir os custos do sistema previdenciário.

Tais propostas subsidiaram e influenciaram a implantação das Ações Integradas de Saúde, sistema através do qual se buscava integrar as instituições públicas federais, estaduais e municipais, para garantir uma atenção básica de qualidade nos serviços municipais de saúde, das gestões colegiadas através dos conselhos de saúde e da transferência de recursos financeiros da previdência social para os estados e municípios (ESCOREL 1998).

Nesse contexto, a mudança do governo militar para um governo civil levou a grandes expectativas no campo político, econômico e social. O setor de saúde direcionava-se para três objetivos: politização da questão saúde, alteração de normas constitucionais e mudanças das práticas institucionais, através das propostas vindas da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, voltadas para uma Reforma Sanitária no país, reforma essa que era marcada pela defesa de valores e de luta pela democracia.

Tais propostas foram, na sua maioria, incorporadas pela Constituição de 1988, passando a saúde, a fazer parte da seguridade social, de relevância pública, componente de qualidade de vida, além de direito de todos e dever do Estado, devendo os serviços de saúde descentralização, participação da comunidade e atenção integral, configurando-se enfim o Sistema Único de Saúde (SUS) (RODRIGUES NETO, 1994 e AROUCA, 2001).

PAIM (1994) refere-se a três aspectos fundamentais que permeiam a reforma. Primeiro, o envolvimento do conceito ampliado de saúde, como resultante de multi-causalidade, acesso à alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, terra e a serviços de saúde, que atendam às necessidades da população. Segundo, o fato de a saúde ser vista de forma integral, sendo o Estado responsável pela garantia do direito à saúde. E o terceiro, a reforma instituir um

Sistema Único de Saúde (SUS), rompendo com um processo gerencial e burocrático, passando para um processo de participação da população, nascido da sociedade.

O setor saúde nos anos de 1990 foi marcado por diferentes concepções do sistema de saúde brasileiro, tendo, por um lado à referência do SUS e a descentralização como base para sua reformulação. Por outro lado, influências políticas apoiadas no modelo neoliberal tentaram construir um projeto conservador de saúde, com estratégias de privatizações que penalizariam os menos favorecidos; descentralização da saúde com a diminuição do papel do Estado e a focalização nas propostas de atenção primária à população carente. O setor privado da saúde procurou interferir nas Leis 8080 e 8142 (BRASIL 1990a,b) e nas normas operacionais básicas, tendo o processo de descentralização iniciado, por um lado, de forma lenta e, por outro, com lutas políticas pela defesa da democracia e cumprimento da legislação (MENDES, 1999).

Porém, mudanças no setor saúde só começaram a ocorrer a partir de meados da década de 1990, após a legislação brasileira respaldar as modificações operacionais e os incentivos financeiros para o desencadear de mudanças, a partir da descentralização da saúde que responsabilizou os municípios pela gestão da saúde.

Na mudança do governo Federal, em 1994, configurou-se o avanço do processo de descentralização da saúde pela municipalização, respaldado na Norma Operacional Básica de 1993 - NOB/93 (BRASIL,1993c), responsabilizando o município, segundo o poder, as competências e as distribuições de recursos, com reordenamento dos papéis das instâncias político-administrativas da gestão de saúde. Desse modo, os municípios assumem, de forma ascendente, a responsabilidade pela oferta e gestão dos serviços de saúde.

O processo de descentralização da saúde, para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, buscou promover mudanças no modelo de atenção, através da normatização das políticas de saúde que direcionou manter a reorganização do sistema e dos serviços de saúde municipais. Tais mudanças permitiram avanços da descentralização que se diferencia a depender do gestor municipal, do tamanho do município, da complexidade dos serviços de saúde municipal, da estrutura econômica e social do município, da cultura, entre outros

fatores, havendo responsabilização direta do gestor na oferta e gestão do sistema de saúde.

A descentralização da saúde como componente de processo de democratização é compreendida como um dos caminhos para redefinição das práticas de saúde em função do perfil epidemiológico de cada localidade e das necessidades de saúde de cada comunidade.

A reorientação para mudança do modelo de atenção teve início, com prioridade na reorganização da atenção básica de saúde pelos municípios, através de incentivos e medidas, como o Piso de Assistência Básica (PAB)², o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e a estratégia saúde da família, todos voltados para a atenção básica em saúde, sendo considerado o primeiro nível de acesso da população ao sistema de saúde, com privilégio para as ações preventivas e de promoção da saúde em relação às ações curativas de média e alta complexidade.

A partir de 1998, o Ministério da Saúde definiu a atenção básica como “conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, reconhecendo que para a ampliação desse direito, se torna necessário avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente” (BRASIL, 1998).

Nesse contexto, MENDES (2002b) refere, como objetivos dos sistemas dos serviços de saúde, o alcance de um nível ótimo de atendimento de forma equitativa com bondade e justiça ao longo da vida dos cidadãos; a garantia de proteção dos riscos para os cidadãos, entendendo que os riscos de morrer e adoecer não se distribuem igualmente entre os cidadãos, podendo ocorrer avaliações quanto aos indicadores negativos; o acolhimento dos cidadãos, na busca de atender as expectativas da população em relação à forma de serem tratados nos serviços de saúde com respeito aos seus direitos no acesso e escolha do serviço e na informação do seu estado de saúde, podendo o serviço ser avaliado através da satisfação dos cidadãos; a efetividade, com base em evidências, com oferta de serviços úteis, sem

² PAB: valor per capita que, somado às transferências estaduais e aos recursos do município, deverá financiar a atenção básica de saúde, acrescido de uma parte variável destinada ao incentivo, das ações de vigilância sanitária, PACS / PSF e programas de carências nutricionais (PAIM, 1999). O valor per capita em 2003 é de R\$12,00 hab/ano.

falta, nem excesso; a eficiência técnica, econômica e alocativa o serviço de saúde é eficiente tecnicamente quando produz o máximo de serviços com determinado nível de recursos; a eficiência econômica quando utiliza combinações de recursos para produzir serviços a menor custo e a eficiência alocativa quando utiliza recursos para atividades de maior valor social.

Nessa perspectiva, a Norma Operacional Básica de Assistência 01/2002 busca a reorganização do sistema de saúde para garantir o acesso da população, de forma equânime e integrada, às ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade e a regionalização como estratégia de organização da assistência. A ampliação da cobertura na atenção básica se dará através da estratégia Saúde da Família, que incorporará ações de pequenas cirurgias ambulatoriais, dando maior resolubilidade na atenção básica (MOLESINI e OLIVEIRA, 2002).

A integração dos serviços permitirá a estruturação dos níveis de atenção primária, secundária e terciária, com distribuição espacial equânime, de acordo com o nível de densidade tecnológica. A regionalização, por sua vez, permitirá a delimitação de quatro espaços territoriais que se superpõem e se articulam, buscando integrar pontos de atenção e fusão de outros serviços para otimização do sistema de saúde.

O papel da microrregionalização será o de disponibilizar maior complexidade de serviços, buscando a melhoria de acesso da população, otimização de recursos com ganhos de escala, e estabelecendo a cooperação entre sistemas de saúde com menor resolubilidade.

O município na atenção básica ampliada deverá ofertar ações de saúde como: programas de saúde da criança, da mulher e saúde bucal; controle da tuberculose, da hipertensão e diabetes mellitus; eliminação da hanseníase, além dos procedimentos referendados no Sistema de Informações da Atenção Básica. Conforme SCHRAIBER, NEMES e MENDES-GONÇALVES (1996), a utilização das ações programáticas de saúde é um instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, que toma como ponto de partida, a identificação das necessidades sociais da população que demanda os serviços das unidades básicas.

Também, foi estabelecido na norma assistencial, o módulo assistencial que deverá ter resolubilidade no primeiro nível de referência, com área de abrangência

definida e identificação do município sede. Deverá ofertar, além das ações da atenção básica, ações de saúde como: patologia clínica, radiologia, fisioterapia e odontologia; leitos hospitalares para internação em clínica médica, pediatria e obstetrícia para partos normais.

A região de saúde (microrregiões e macrorregiões) conta além da atenção básica ampliada, com serviços ambulatoriais e hospitalares especializados. Para as microrregiões, caberiam um nível secundário mais complexo e alguma incorporação de tecnologia na rede hospitalar. As macrorregiões agregariam municípios com maior concentração de serviços que executem procedimentos de maior complexidade, a depender do desenho político gerencial com os estados (BRASIL, 2001a).

Nessa perspectiva, a criação de cidades-pólo poderá compreender um ou mais módulos assistenciais que servirão de referência para a média e alta complexidade no campo da saúde, buscando oferecer resolubilidade aos problemas de saúde da população.

Também, a Emenda Constitucional 29/2000, que determinou a aplicação de recursos de no mínimo 7% para a saúde, do orçamento municipal no ano de 2000, com aumento gradativo de no mínimo 15% até 2004, aponta a possibilidade de investimentos crescentes no campo da saúde, que poderão ser utilizados na reestruturação do setor de saúde nos municípios.

1.2 O Programa Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica

O Ministério da Saúde em 1996 propôs, como uma das estratégias para reorganização da porta de entrada dos serviços de saúde, acompanhamento das ações de atenção básica e, para o atendimento primário em saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), como forma de colaborar na organização do SUS com a participação da comunidade. Esse composto de uma equipe mínima de médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários, com o propósito de interiorização do SUS para uma assistência voltada para a família, de ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família terão prioridade, tanto dos adultos quanto das

crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, com deslocamento do eixo de atenção centrada na figura do médico, para uma preocupação de toda a equipe de saúde, (VASCONCELOS, 1998).

Também, o Ministério da Saúde (BRASIL,1996) buscou subsidiar os propósitos do PSF com uma assistência integralizada com articulações e planejamento unificado de atuação intersetorial. O objetivo era construir um modelo de atenção à saúde, baseado na promoção e que rompesse com o modelo tradicional de atenção, com a introdução da idéia de reorganização do sistema a partir da atenção básica.

Em verdade, a criação da Norma Operacional Básica (NOB/96) representou um caminhar para a mudança do modelo de atenção à saúde, com predomínio das ações preventivas e de promoção da saúde através do incentivo à implantação do PSF com verbas específicas, em detrimento das ações curativas de média e alta complexidade hospitalares. Também, potencializa os avanços do processo de descentralização, na busca de um equilíbrio entre as diferentes esferas de governo, com o incentivo do repasse de recursos e de maior poder para os municípios no setor saúde, proporcionando, assim, maior autonomia dos estados e dos municípios, ficando a União apenas na coordenação e regulação do SUS (SILVA JÚNIOR, 1998).

Dessa forma, o governo federal induziu os municípios à priorização da atenção básica com a adoção do PACS e do PSF, através de incentivos financeiros, suporte técnico e de gestão para o desenvolvimento das ações, em um processo de rápida expansão para todo o país (BODSTEIN, 2002).

A estratégia de saúde da família propõe a estruturação dos serviços básicos de saúde, como também uma mudança na relação com a comunidade, através de compromisso e de responsabilidade compartilhados. Tal estratégia perpassa pela reestruturação do sistema como um todo, desde a atenção básica à saúde, até o último nível de complexidade assistencial, com o objetivo de gerar novas práticas, novas relações, em que haja indissociabilidade entre as práticas clínicas individuais e coletivas, apontando para o estabelecimento de novas relações entre profissionais de saúde e o usuário (MENDES, 1996).

Pretende-se que tais unidades, articuladas com Unidades de Saúde de maior complexidade, dêem resolubilidade acerca de 85% dos problemas de saúde, através

da assistência integral ao usuário. Para isso, é necessária a reorganização do sistema de saúde para atender às necessidades de saúde da população (BRASIL,1999).

Para implantação de uma Unidade de Saúde da Família, o Ministério da Saúde preconizou um percentual de cobertura populacional de 2400 a 4000 habitantes que atendessem a cerca de 600 a 1000 famílias, para cada equipe de saúde, com composição mínima de um médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários, com jornada de quarenta horas semanais para atender à população. Caso quisesse agregar o PACS, a composição ficaria em cerca de quatro a seis agentes por equipe, que deveriam residir na sua área de atuação. Outros profissionais poderiam ser agregados à equipe de saúde da família, a partir das demandas e organização do serviço de saúde.

A equipe de Saúde da Família (ESF) dedica-se, de forma integral, a prestar atenção à saúde de uma população adscrita, em uma determinada área de abrangência, com o desenvolvimento de atividades de forma dinâmica e avaliação permanente, através do acompanhamento dos indicadores de saúde da área. Deve: conhecer a realidade das famílias nos aspectos sociais, demográficos e epidemiológicos; identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco a que a população está exposta; elaborar plano local participativo, para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; prestar assistência integral à demanda organizada e espontânea, com ênfase na promoção da saúde; utilizar o sistema de referência e contra-referência para os problemas detectados; desenvolver práticas pedagógicas participativas voltadas para o autocuidado do indivíduo; promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas detectados.

As equipes de saúde da família desenvolvem também, ações territoriais além dos muros das unidades de saúde, dando ênfase às atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários.

O trabalho centrado na equipe multiprofissional busca a troca de informações entre os saberes específicos dos profissionais de saúde e o saber popular do agente comunitário de saúde e da população, em que a co-responsabilidade do cuidar permeia por ações voltadas para uma melhoria da qualidade de vida. A base de

atuação é na unidade saúde da família, na visita domiciliar, na internação domiciliar e na participação em grupos comunitários.

As informações sobre o PSF são repassadas mensalmente ao Ministério da Saúde em boletins próprios, pelo Sistema de Informação Ambulatorial. Informa-se a produção dos programas de controle de hipertensão sistêmica, diabetes mellitus, pré-natal, tuberculose e hanseníase para o controle dos agravos na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (CUNHA, 2001).

A família e seu espaço social é o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde, sendo a comunidade e seus atores sociais sujeitos de um processo que integra os fatores políticos, sociais, econômicos e culturais, que irão catalizar o reordenamento dos níveis secundários e terciários. SOUZA (1999) considera que, nesse espaço da prática de saúde da família, assumem-se alguns compromissos importantes, tais como: entendimento da família, do seu espaço como núcleo social básico da abordagem; assistência integral, resolutiva, contínua e de qualidade; intervenção sobre os fatores de risco; humanização das práticas de saúde; criação de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais e a comunidade; desenvolvimento de ações intersetoriais através das parcerias; democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização do serviço e da produção social da saúde; reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) reconhece que, embora o Programa Saúde da Família tenha sido elaborado inicialmente como um programa focalizado, dirigido a grupos de excluídos ao acesso de atendimento aos serviços de saúde, tem permitido a reorganização da atenção básica de saúde, que influirá na reestruturação do modelo de atenção.

WESTPHAL E CASTRO (2001) consideram o Programa Saúde da Família um componente interessante, pertinente e oportuno para construção progressiva de um novo modelo de atenção, pois a composição da equipe e seu modo de operacionalizar têm um potencial de corrigir ou sanar insuficiências graves do sistema, como também conferir uma melhor qualidade às diversas realidades presentes na prestação de serviços e na relação dos trabalhadores e usuários.

Também, outras iniciativas foram desenvolvidas buscando a melhoria da qualidade e humanização no atendimento. Iniciativas que incidem sobre as relações técnicas e sociais do trabalho em saúde com “foco no cliente”, que contribuem para modificar aspectos técnicos e organizacionais do processo de prestação de serviços de saúde. Isso, porque no modelo privatista, os trabalhadores de saúde são meros cumpridores de rituais, coisificam a relação trabalhador usuário, reduzindo o universo das necessidades e dos saberes previsíveis e estruturados (MERHY, 1997).

Para MERHY (1997, p.123), “um dos grandes desafios é a busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários, efetivos e potenciais, do sistema de atenção à saúde. Buscando uma relação mais solidária entre os próprios trabalhadores do ponto de vista do seu desempenho técnico e a construção de um trabalhador coletivo na área da saúde”.

CAMPOS (1992) discorda da postura de valorização do ambiente, proposta pelo PSF em relação aos usuários, considerando que restringe a abordagem individual, a clínica. Propõe, então, para quebra da divisão do processo de trabalho, na reorganização dos serviços de saúde, a estruturação de equipes multiprofissionais voltadas para o atendimento de um dado número de usuários, com problemas delimitados e para uma parcela de demanda espontânea. Os agentes comunitários fariam as visitas domiciliares e a equipe composta de médicos especialistas nas áreas básicas, enfermeiros, odontólogos e assistentes sociais estariam sempre discutindo problemas de saúde de um grupo de usuários, para estarem intervindo nos problemas de saúde das comunidades de vinte a trinta mil habitantes.

FRANCO e MERHY (2002) analisam que, quando a estratégia do PSF resume sua ação à vigilância à saúde, com pouca incursão na clínica, fica sem força para reverter a configuração do modelo médico hegemônico. Afirmam que “para um modelo assistencial centrado no usuário, propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves /leveduras, com produção do cuidado, entendido enquanto ações de Acolhimento, Vínculo, Autonomização e Resolução” (FRANCO e MERHY 2002, p. 3).

Na avaliação da implantação e funcionamento dos Programas Saúde da Família, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) constatou um crescimento acentuado nas ações básicas de saúde, que ampliou o acesso da população aos

serviços de saúde. Porém, não faz referência às ações extras unidades saúde da família e/ou intersetoriais voltadas para promoção da saúde que expressem mudanças no modo de vida dos indivíduos e da comunidade, apesar de apresentar o objetivo de estabelecer parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais. Conseqüentemente, a proposta da NOB/96 de reorientação do modelo ficará comprometida, se não forem estruturados serviços que promovam ações intersetoriais com vista à mudança para um gradiente positivo da saúde.

No ano de 2000, o Ministério da Saúde incorporou na ESP, o cirurgião dentista, contribuindo assim, com recursos financeiros para incentivar ações de saúde bucal no PSF. Os municípios retardaram a inclusão do dentista na ESF, porque isso requeria um maior investimento e os recursos dos Fundos Municipais de Saúde estavam aquém do valor recebido per capita/mês.

A odontologia como componente da atenção integral pôde ser incorporada na equipe saúde da família do Salobrinho, após o Ministério da Saúde sinalizar a inclusão de um dentista para cada duas equipes de saúde da família, com aumento do incentivo financeiro, de forma a equacionar mais uma pendência quanto ao atendimento das necessidades de saúde da população.

1.3 A participação da população nas questões da saúde

As discussões sobre a necessidade da participação da população nas questões da saúde iniciaram na década de 1970, em um contexto de ditadura militar, autoritarismo e opressão, juntamente à luta pela democratização do país, que questionava dentre outros fatores, as ações sociais efetivas no campo da saúde para melhoria dos indicadores de saúde e a saúde como um direito social de cidadania. Proposta nesse sentido foi apresentada no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, no ano de 1979, em Brasília, e inserida como princípio e objetivo das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983, para melhoria da rede de serviços dos três níveis de governo. A criação das comissões interinstitucionais nos níveis federal, estadual, municipal, regional e local da administração pública, ocorreram para possibilitar a integração das ações dos provedores públicos de serviços de saúde com as seguintes denominações: Comissão Interministerial de Planejamento e

Coordenação (CIPLAN), Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional (CRIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS). As três primeiras eram compostas somente por prestadores de serviços públicos de saúde e as duas últimas previam também a participação da população, possibilitando canais de representações políticas dentro da organização estatal no processo de decisão política setorial (PAIM 2002).

Diante disso, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, pode ser vista como um momento de síntese, de ruptura com o continuísmo, pois foi amplamente participativa e sua proposta permitiu a incorporação, como princípio Constitucional, em 1988, do SUS de participação popular no seu gerenciamento, cabendo às organizações populares e lideranças papel central nesse processo (PAIM, 2002).

A Lei 8.142/1990 (BRASIL 1990b) efetivou a possibilidade do envolvimento dos usuários no processo de decisão setorial, determinando que os conselhos de saúde devem ser permanentes nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública, os quais devem ser compostos por prestadores de serviços públicos e privados de saúde, de profissionais de saúde e de usuários. Os últimos compondo a metade do conselho, enquanto a outra metade deverá ser composta por conselheiros dos demais segmentos sociais. A existência de conselhos de saúde, segundo determinações legais, é um pré-requisito da secretaria estadual de saúde para que os municípios se habilitem no recebimento de recursos financeiros federais. Devem esses fóruns participar do estabelecimento de estratégias, decidir alocação de recursos financeiros e monitorar a implementação de políticas de saúde no processo de municipalização com controle sobre os cuidados de saúde, financiados com recursos públicos no município (CÔRTES, 2001).

Em verdade, é importante não ignorar todos os espaços de luta para o avanço do processo de democratização da saúde no país, espaços esses que garantiram a participação da população, através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, como um espaço para o qual são canalizadas demandas e conciliados os interesses dos participantes, através do consenso, gerando, assim, o fortalecimento dos setores democráticos e populares, que visam à construção do novo sistema de saúde de forma participativa. Também vale ressaltar que, na Constituição de 1988, a

saúde passou a ser conceituada, no seu art. 196, como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação” (BRASIL,1988).

A ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1992) considerou a participação social, quando em uma determinada comunidade diferentes grupos (organizacionais, institucionais, comunitários) se unem para participar e intervir na identificação das questões de saúde e outros problemas afins, propondo, definindo e colocando em prática as soluções. Essa aliança de todos é reconhecida para definição de prioridades, na busca de opções e na tomada de decisões, e quando medidas sobre a saúde são efetuadas a partir de negociações, de acordo com as condições. Enfim, busca-se converter as pessoas em sujeitos históricos que constroem seu próprio futuro em uma dimensão política.

A participação comunitária está inclusa na noção anterior, porém, com uma visão de ações individuais, familiares, comunitárias, visando promover a saúde, prevenir ou recuperar doenças e participar nos processos de reabilitação de enfermos.

O reconhecimento e a garantia de direitos sociais, embora fruto de intensas lutas democráticas, acaba direcionado a direitos de indivíduos e direitos setorializados. O indivíduo é fragmentado em carências e seu direito passa a ser consumido e fornecido de forma dicotomizada, com poucas conquistas no que tange às ações intersetoriais das políticas sociais.

As discussões continuaram em 1996, tendo se verificado na X Conferência Nacional de Saúde, a diversidade de atuação dos conselhos de saúde no país, com diversos grupos de trabalho que invertiam os papéis dos conselhos e dos gestores. Aos primeiros competiam as atividades de gerência, enquanto que aos outros, caberia o controle da execução. Em determinadas localidades, presenciavam-se relações conflituosas entre lideranças sindicais, movimentos populares e gestores, justificadas no anseio de assumir diretamente a administração dos serviços. Em outra localidade, o conselho estadual de saúde tornou-se ordenador de despesas, graças à intervenção do Ministério Público, que denunciou irregularidades na administração financeira do SUS. Porém, o que mais se presenciou foi a redução da área de atuação política dos conselhos, restrita às determinações do poder executivo

na área de saúde, sendo recomendadas no relatório da X Conferência Nacional de Saúde, como forma de atenuar o problema de iniciativas para a capacitação dos conselheiros.

A X Conferência também referendou o controle social na gestão de cada unidade do sistema, com constituição de novos mecanismos de controle, a exemplo dos conselhos gestores de unidades ambulatoriais e hospitais, cujos serviços são financiados com recursos do SUS, como também em indústrias farmacêuticas. E propôs a constituição de serviços de ouvidoria e disque-denúncia em todos os níveis do SUS. Porém, o que vem sendo apontado como obstáculo é a falta de normatização que garanta a constituição desses conselhos (BRASIL,1996).

As formas de gestão participativa no processo de municipalização centram-se na constituição e no desempenho dos conselhos de saúde, e as comissões locais de saúde indicam um papel heterogêneo e incipiente em vários municípios brasileiros. A implementação dos conselhos constituiu-se uma das inovações da política de saúde, pela via de mecanismos de gestão participativa e pela institucionalização de formas de controle e de fiscalização sobre as ações de saúde permeadas pelas demandas sociais, na produção e oferta de serviços, sendo uma contribuição para o exercício da cidadania e dos direitos.

Os conselhos de saúde, por vezes impregnados de interesses, geram tensões de conflitos por sua composição, formado por profissionais, por prestadores de saúde e pela representação de diversos segmentos sociais, com demandas e interesses divergentes, que não isentam práticas clientelistas e corporativistas.

Em verdade, os conselhos são representações da sociedade nas políticas públicas, exercendo controle social, enquanto uma prática social, vivenciado no cotidiano dinâmico, em que as pessoas com acesso à informação e maior conhecimento estejam interessadas e proponham formas de controle e intervenção. A criação de canais de participação é importante, na medida em que permite a construção de sujeitos coletivos, envolvidos na melhoria de sua comunidade. Porém, se faz necessário a capacitação dos atores sociais que, com o saber do acesso à informação permitirá um equilíbrio igualitário nas discussões e consensos nas tomadas de decisão.

Nesse sentido, COHN (1997) cita a importância de democratizar o próprio Estado e refere também a necessidade do fortalecimento técnico-administrativo em uma dimensão política, na democratização e relação com os cidadãos. O autor propõe a descentralização e a ampliação dos espaços de participação e de práticas com ênfase na pobreza e conseqüentemente na desigualdade, para diversificar os campos de exercício de cidadania com reconhecimento das diferenças, na busca da equidade em uma articulação da democracia política e democracia social.

Nesse processo, a participação social é prioritária na gestão pública para o avanço da democratização do Estado, mesmo diante dos riscos presentes pela centralização do poder pelo secretário municipal, enquanto executivo, presidente do Conselho Municipal de Saúde. A participação social é prioritária também na direção e controle do fundo municipal de saúde; na cultura política local patrimonialista e clientelista, que poderá ter maior concentração do poder executivo local e maior apropriação da máquina por parte das elites políticas locais; da tendência à burocratização advindas da racionalidade administrativa, que gera desigualdades de informações e socialização discriminada e relativa, apresentadas de forma agregada e confusa, sem discriminação detalhada para uma melhor compreensão.

Por outro lado, atualmente há maiores possibilidades de democratização, devido a maior diversidade de atores sociais no processo, havendo a possibilidade de se compatibilizar democracia representativa e democracia, para o aprendizado de exercício de cidadania para os atores e movimentos populares na relação complexa do Estado e sociedade.

O desafio é democratizar a máquina administrativa com qualificação de recursos humanos para, assim, resgatar o interesse público como eixo fundamental e norteador da política de saúde voltada para o modelo de mudança do quadro de saúde. Isso, através de uma estratégia de democratização pela subordinação da burocratização estatal aos interesses e ritmos da população, em que o Estado intervenha de forma ampla nos problemas sociais por meio da articulação com os diversos atores da sociedade civil.

A comunidade tem um papel efetivo de participação, com interação no conhecimento da realidade, definição de prioridades, desenvolvimento e avaliação

das ações no processo de cura e reabilitação e na construção de uma vida saudável (TEIXEIRA, 1999).

Vale ressaltar que no ano 2000, a XI Conferência Nacional de Saúde considerou como desafio a luta pela garantia do controle social permanente sobre o sistema de saúde, através do fortalecimento dos conselhos de saúde, inclusive na assistência médica supletiva e demais serviços e saúde privados, fazendo-se necessárias adequadas articulações com o ministério público, com a sociedade civil e com os poderes públicos nas diversas esferas de governo.

Para JACOBI (2002), a ampliação das possibilidades de acesso da população, em uma perspectiva de desenvolvimento social e de fortalecimento da democracia, garante também a efetividade de programas sociais e busca da equidade através de políticas compensatórias. Refere que, nesse contexto, a dimensão da cidadania inclui, de um lado, a constituição de sujeitos sociais ativos e, de outro, um aprendizado de convivência social com os cidadãos emergentes que lutam por mudanças. Seguindo essa perspectiva, VASCONCELOS (2001) entende saúde como relação entre corpo, mente e ambiente, afirmando que a constituição de sujeitos sociais ativamente envolvidos no controle de sua própria vida é parte do processo de conquista da saúde e controle da doença.

FLEURY (1997) aborda a questão do desenvolvimento da cidadania como mediação entre o Estado e a sociedade, em que pese a emancipação da participação cidadã no controle e na gestão do que é público, para a reconstituição de sujeitos portadores de direito. Para isso, entende que, no setor saúde, a política deve ser vista como capaz de apreender a emergência dos conflitos, envolvendo sua lógica cultural institucional e a mobilização de atores sociais na formulação e implementação de modelos explicativos capazes de perceber a dinâmica e articulação entre eles.

Os movimentos sociais quando organizados, estruturam-se para fortalecimento desse poder, sendo relevantes mesmo quando agrupam pessoas para atuação de programas específicos, a exemplo da criação de movimentos sociais de grupos de mulheres, idosos, entre outros, para democracia do poder, em relação aos saberes entre os sexos, na micropolítica, entre os trabalhadores, enfim entre os fracos e os fortes. Experiências na zona leste de São Paulo ocorreram visando o setor saúde e se expandiram para discussões e reivindicações mais amplas de cidadania,

fortalecendo a organização de comunidades, no momento em que as mudanças foram acompanhadas de uma prática social de conscientização de mudanças, de valores e de direitos. Já em Duque de Caxias, no Rio de Janeiro, apesar da experiência em organização social, as ações do conselho de saúde não avançaram em uma perspectiva de direito social.

As ações que resgatam, ainda que parcialmente, a dignidade dessa população é necessária, pois podem estar contribuindo para mudanças de incentivo à cidadania, ao tempo que privilegia os problemas locais das áreas de risco que podem contribuir para o entendimento de sua complexidade e sua dinâmica.

VASCONCELOS (2001) afirma que se houver uma prática defensiva de desrespeito aos direitos humanos básicos, ou voltada para a reivindicação de benfeitorias específicas, essas associações passam a fazer parte das políticas estatais, evidenciando interesses diversos dos sujeitos na forma de encaminhá-los, que geram conflitos internos. Outras ações públicas efetivas ampliam o poder nos partidos políticos ou ocupam postos em órgãos estatais, abandonando, muitas vezes, o trabalho nas comunidades. Esse trabalho, de aceno de conquistas de melhorias para a região e de acesso às decisões políticas da sociedade, deverá ser acompanhado de contínuo processo educativo para a população, a fim de ampliar a participação dos moradores na organização da população pela sua complexidade de lidar com a diversidade de pessoas.

Tal realidade é confirmada por CÔRTEZ (2001 p.9), ao afirmar que:

a disseminação dos conselhos e a realização de conferências em praticamente todos os municípios do país não significam que em todas as localidades a representação dos usuários tenha sido autônoma e consistente... Alguns têm participação intensa de representantes de movimento popular e sindical. Outros foram criados apenas para responder a uma exigência legal, desse modo viabilizar o recebimento dos recursos financeiros.

Dessa maneira, os Conselhos de Saúde estão presentes na grande maioria dos municípios brasileiros, com o propósito de cumprirem um pré-requisito para habitarem na gestão descentralizada e conseqüentemente receberem recursos financeiros do piso da atenção básica (PAB), sem maiores compromissos da participação da comunidade nas decisões do setor saúde. Tais conselhos demonstram, na prática, que não constituem uma maior interlocução entre a sociedade e o poder público para responderem de forma eficiente e com equidade, às necessidades da população (BODSTEIN, 2002).

Nessa perspectiva, CAMPOS (2000), propôs o método de “co-gestão” de coletivos, que objetiva repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho. A finalidade é produzir bens e serviços necessários ao público e cuidar da constituição dos sujeitos coletivos, com funções básicas de administrar e planejar os processos de trabalho, objetivando a produção de valores de uso de caráter político, como forma de alterar as relações de poder e construir a democracia, ressaltando a capacidade que os processos de gestão tem de influir sobre a constituição dos sujeitos. O autor trata ainda de espaços coletivos com reflexão crítica, produção de subjetividades e constituição de sujeitos, propondo o método da roda, no entendimento de roda como espaço democrático, como um modo para operacionalizar a “co-gestão”, sendo um espaço de construção de lugares e tempos por meio do quais as equipes podem interferir nos sistemas produtivos. A “co-gestão” nesses espaços é um caminho para democratização e para a progressiva desalienação da maioria, produzindo compromisso e solidariedade com o interesse público e gerando a capacitação reflexiva e autônoma dos agentes de produção para se construir a democracia e fomentar pessoas para sustentá-la.

Portanto, a autonomia e o controle no processo de produção têm como desafio central: ser democrático, administrar diferenças e choques dos distintos interesses e desejos.

Nessa lógica, a democracia é entendida como produto social que possibilita o exercício do poder para se ter acesso a informações, se tomar parte das discussões e se tomar decisões, para possibilitar alterações dos esquemas de dominação, produção de novos contratos e a instituição de uma nova hegemonia. Assim, há necessidade de a equipe de trabalho ser capaz de ter habilidade para compor consensos, alianças e

implementar projetos que visem a uma atenção integral, pautada em movimentos populares locais, aliados a profissionais de saúde identificados com seus interesses, para conseguirem conquistar maior controle do seu funcionamento, redirecionando sua prática cotidiana.

O método de “co-gestão” privilegia os sujeitos, propondo a constituição de coletivos organizados com capacidade de análise e de co-gestão, para, com argumentos, liderarem tanto a produção de bens e serviços, quanto a sua própria constituição, através do olhar crítico das políticas, projetos, programas, práticas sociais e produtos. Também, vêm sendo incentivadas pesquisas no campo das ciências sociais, que abordem investigações quanto à participação da população no campo da saúde, no tocante à implementação do Sistema Único de Saúde, no processo de municipalização da saúde na relação Estado/sociedade (CAMPOS 2000).

A estrutura do trabalho

Este estudo está estruturado em quatro momentos. O primeiro descreve a cidade de Ilhéus, a história de saúde do Salobrinho contada a partir de antigos moradores do bairro, de documentos históricos, a FESPI- UESC e o Salobrinho, a Participação da população no Salobrinho e o setor saúde do Salobrinho.

O segundo momento aborda os aspectos metodológicos desta pesquisa, descrevendo o tipo de estudo, as técnicas de coleta de dados, os sujeitos da pesquisa; o caminho percorrido para a construção da história de saúde do Salobrinho e o método de análise dos dados, buscando enfatizar a importância da pesquisa qualitativa nos estudos sobre a atenção básica saúde.

O terceiro momento refere-se aos resultados da pesquisa, com apresentação das idéias centrais e dos discursos dos sujeitos coletivos, a partir das expressões-chaves e das idéias centrais, comentando os resultados dos diferentes grupos de sujeitos representados (lideranças comunitárias, usuários do serviço de saúde e trabalhadores de saúde) com uma análise e discussão da situação de saúde do Salobrinho. Além disso, analiso e discuto a participação da população nas questões de saúde do Salobrinho, os ganhos que esse bairro apresentou na saúde com o PSF,

enfocando o papel da equipe da saúde da família, as visitas domiciliares, a assistência integral e humanizada. Analiso e discuto ainda as perdas, abordando os problemas ambientais.

Por fim, faço algumas considerações, demonstrando de que forma vem se construindo a saúde do Salobrinho, com vista à analisar a atenção básica em uma pequena comunidade, de modo a refletir não só o processo de trabalho, mas, também, a sua percepção política e ideológica. O estudo revelou a importância da abordagem qualitativa na análise da reorganização da atenção básica com a implantação do PSF no Salobrinho, contextualizado historicamente, como também, o papel da Universidade nesse contexto.

2 OBJETIVOS

- 2.1 Analisar a história de saúde do bairro do Salobrinho, em Ilhéus-Bahia, em um contexto histórico-social, considerando as mudanças na atenção básica de saúde;
- 2.2 Analisar como os atores sociais (lideranças comunitárias, usuários do serviço de saúde e trabalhadores de saúde) do Salobrinho representam a realidade de saúde de seu bairro.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Optei neste trabalho por uma abordagem qualitativa, entendida por MINAYO (1996, p.10), como aquela capaz de “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas, tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

A escolha dessa abordagem de investigação justificou-se por se tratar de um estudo que buscou apreender a história de saúde de uma comunidade revelada pela população e trabalhadores de saúde através da vivência do cotidiano dos mesmos, nos aspectos direta ou indiretamente relacionados à saúde. Considerei também as mudanças no setor saúde a partir do processo de descentralização do SUS voltados para atenção básica, em que contexto estadual e municipal favorecem ou não os avanços no setor saúde, revelando, então, a importância da análise qualitativa.

Para MINAYO (1996), a pesquisa qualitativa possui instrumentos próprios de abordagem da realidade, que contribuem para a compreensão dos valores culturais, das representações de determinado grupo sobre temas específicos, das relações que se dão entre atores sociais e também contribui para avaliação das políticas públicas e sociais a quem se destina.

3.2 Técnicas de coleta de dados

A partir dos pressupostos teórico-metodológicos da pesquisa qualitativa, foram adotados procedimentos metodológicos da investigação histórico-documental e da técnica de entrevista semi-estruturada.

Quanto à investigação, optei em realizá-la com antigos moradores, através da técnica da história oral, com vistas a resgatar a história do Salobrinho.

Esclarecendo sobre a história oral, QUEIROZ (1988, p.19) afirma que:

é um termo que recobre uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documento, ou cuja documentação se quer completar. Colhida por meio de entrevistas de variada forma, ela registra a experiência de um só indivíduo ou de vários indivíduos de uma mesma coletividade. Neste último caso, busca-se uma convergência de relatos sobre um mesmo acontecimento ou sobre um período de tempo.

Tal pesquisa foi complementada com documentos que melhor caracterizaram a história de saúde da comunidade.

Quanto à pesquisa documental, utilizei-me de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que foram re-elaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. As fontes documentais existentes em grande número foram os primeiros caminhos explorados, como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações, entre outros. Os documentos utilizados em segunda mão e que, de alguma forma, foram analisados são os relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas, entre outros.

Com a pesquisa histórico-documental, pretendi resgatar, recuperar e reconstruir a história da comunidade do Salobrinho, analisando os documentos sob a luz das políticas de saúde do país, considerando os contextos dos municípios de Itabuna e de Ilhéus, na Bahia, pois, entendo que os atuais acontecimentos são reflexos de uma história dessa comunidade. De posse das informações dos histórico-documentais e dos depoimentos de antigos moradores, foi-se descrevendo a história de saúde do Salobrinho, em um contexto local, regional e nacional, ressaltando o desenvolvimento de políticas públicas implantadas e implementadas em tal localidade.

Também utilizei como técnica de coleta de dados a modalidade de entrevista semi-estruturada, que, de acordo com TRIVIÑOS (1992, p.146) “ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para

que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação”.

Nessa linha, optei pelo tipo de entrevista informal por ser pouco estruturada - desde quando esses sujeitos da pesquisa são antigos moradores - para coleta de informações e por permitir uma visão geral do problema pesquisado (GIL, 1994). A entrevista informal visa a abordar realidades pouco conhecidas pelo pesquisador, ou então oferecer uma visão aproximativa do problema pesquisado, recorrendo a informantes-chave, que na primeira etapa desta pesquisa são os antigos moradores do bairro do Salobrinho.

Na segunda parte do percurso da pesquisa qualitativa, optei pela entrevista semi-estruturada, na busca de descrever o pensamento coletivo de indivíduos de uma comunidade. Tal escolha se deu pelo fato de eles, enquanto produtores e veiculadores de sentido, pertencerem as famílias das línguas e linguagens e, portanto, à ordem do discurso ou do texto (LEFEVRE e LEFEVRE, 2002).

Este tipo de entrevista, por ser flexível na coleta de informações, desenvolve-se de forma mais espontânea, sem modelos pré-estabelecidos de interrogação.

Continuando com os pressupostos da pesquisa qualitativa, a partir das entrevistas semi-estruturadas também busquei resgatar, recuperar e reconstruir um conjunto de discursos de moradores representativos do bairro do Salobrinho, nas manifestações discursivas da investigação que configuraram uma “fala do social” (LEFEVRE, 1998).

3.3 Os sujeitos da pesquisa

O aspecto qualitativo da pesquisa implicou considerar o sujeito do estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados (MINAYO, 1996).

Os sujeitos da pesquisa foram considerados informantes-chave por serem pessoas que, pelo tempo de moradia no bairro, pela posição e relações sociais que desenvolvem dentro da comunidade, possuem um conhecimento detalhado e relevante dessa. Também são pessoas que possuem qualidades necessárias para serem informantes-chave, a exemplo de líderes de comunidade; líderes de entidades

sociais local – igreja, escola, sindicato, associações – e os antigos moradores, entre outros (NASCIMENTO, 1997).

Desse modo, os sujeitos da pesquisa entrevistados constituíram um grupo composto por 30 pessoas, que intencionalmente foram considerados como indivíduos reais e concretos, pensantes, e representaram o coletivo dos indivíduos de onde eles pertencem, selecionados a partir de dois critérios. O primeiro foi composto por um segmento de seis antigos moradores, aquelas pessoas que conheciam o bairro, com a intenção de descrever a história do bairro e a história de saúde do Salobrinho.

O segundo critério, visando analisar a atual realidade de saúde, foi composto de 24 pessoas, divididas em três segmentos compostos de oito pessoas em cada grupo, conforme representam, respectivamente, lideranças da comunidade, trabalhadores de saúde e usuários do serviço de saúde no Salobrinho.

Os representantes desses três segmentos foram selecionados como informantes-chave, não só por terem bom conhecimento da realidade, mas também por se diferenciarem entre si, pois cada segmento e cada informante tende a delinear um quadro.

Para a escolha das lideranças entrevistadas, foram consideradas representação política (01) - identificada por ter sido candidato a vereador -, administrativas (02) - por representarem o executivo no bairro -, religiosas (02) – por serem, respectivamente, a líder da pastoral da criança e a esposa do pastor evangélico -, comunitárias (03) – por desenvolverem trabalhos com a comunidade junto às crianças e os idosos e um deles presidir a associação de moradores.

Quanto ao grupo de trabalhadores de saúde, este é representado pelo Núcleo de Saúde da Família e foi composto por: enfermeira (01), médica (01), auxiliar de enfermagem (01), agentes comunitários de saúde (04) e a recepcionista do Núcleo de Saúde da Família (01).

O grupo de representante dos usuários, por sua vez, foi composto por oito pessoas, sendo representado por mãe de menores de 5 anos (01), pai de menor de 5 anos (01), trabalhadora do sexo (01), gestante (01), hipertensos (02), diabética (01), puérpera (01), sendo todos diferenciados diferenciados pelo gênero, faixa etária e condição de vida. Esses são considerados sujeitos usuários da unidade do PSF e/ou participam de grupos específicos de riscos.

Esses atores que exercem e/ou exerceram atividades destacadas no bairro juntamente com os usuários do serviço de saúde foram considerados pessoas representativas dessa comunidade, pois puderam revelar modelos culturais interiorizados ou oportunizaram conhecer fatos sociais relevantes.

3.4 O caminho percorrido

Iniciei o trabalho com a identificação de antigos moradores do bairro do Salobrinho, através de indagações a diferentes grupos de pessoas, em diferentes ruas do bairro, e às próprias pessoas indicadas. De posse dos nomes desses antigos moradores, iniciei a tarefa de localização dessas pessoas a serem entrevistadas, isto é, que preenchessem os requisitos estabelecidos na pesquisa: vivem há mais de cinquenta anos no bairro e se encontram lúcidas. Dos indicados, um não obedecia ao critério estabelecido de tempo de moradia e dois não se encontravam com lucidez, embora todos se dispusessem a colaborar, restando seis antigos moradores com condições de recontar a história do Salobrinho.

Nessa etapa de trabalho, cada antigo morador selecionado trouxe elementos importantes para o estudo de complementariedade ou de fato novo, facilitando assim, a construção da história do Salobrinho.

3.4.1 A coleta das memórias

A cada antigo morador foi solicitado que contasse sobre a história do Salobrinho, livremente, porém, simultaneamente, faz indagações e, sempre que necessário, voltei às questões que retratassem o estudo. Posteriormente, perguntei sobre a história de saúde do bairro, questionando sobre as perdas e os ganhos na saúde nessa evolução.

Os entrevistados tiveram ampla liberdade de expressão, nada foi considerado supérfluo, pois tudo foi encaixado para compor a história de saúde do bairro, de onde se brotaram informações valiosas para a pesquisa. Ao relatarem sobre o Salobrinho de antigamente, os antigos moradores mostraram as diferenças existentes entre a época do tempo dos coronéis do cacau, a exemplo da valentia dos mesmos, da

facilidade do dinheiro; e na representatividade da região na época do apogeu do cacau, e a falta de representantes que expressem a região do cacau, agora.

Quando se percebia o surgimento de novos elementos, esses foram incorporados e discutidos nas entrevistas subseqüentes, em um processo que veio a caracterizar a história do bairro do Salobrinho.

Dessa forma, caracteriza-se que as histórias contadas por antigos moradores do Salobrinho são dependentes, pois cada um tem seu referencial, seu universo próprio. Assim, nessa relação entrevistado-pesquisador, um conjunto de informações e novos referenciais, produzindo, então, um enriquecimento constante nesse caminhar. As interferências foram mínimas possíveis, pois o importante era captar as experiências dos entrevistados.

Desse conjunto de histórias do Salobrinho, encerrei um conjunto de depoimentos que, por meio de interrogações com a finalidade de estabelecer a verdade dos fatos, mostraram a convergência ou não dos mesmos.

3.4.2 Outras fontes de informações

O levantamento da história do Salobrinho como ponto de partida contribuiu para a formulação de questões pertinentes, cuja investigação foi efetuada por meio da pesquisa documental. Essa variação da técnica foi importante devido à especificidade do dado, bem como ao momento preciso da investigação.

A pesquisa documental foi realizada através da identificação de documentos oficiais e técnicos sobre a comunidade do Salobrinho, que contribuíram no resgate de sua história. Foram levantadas informações sobre convênios entre a Prefeitura Municipal de Ilhéus e a UESC, projetos de extensão que indicaram atividades direcionadas à interação da comunidade com a UESC (Projeto Tosta Filho; Diagnóstico Sócio-Econômico do Salobrinho e Vila Cachoeira); foram levantados também artigos de jornais; relatórios de práticas e estágios do Curso de Enfermagem e de Medicina; relatórios de estágios de Cursos de pós-graduação de saúde pública, desenvolvidos no Salobrinho; dados do sistema de informação da atenção básica e da vigilância epidemiológica de Ilhéus, entre outros.

Foram efetuados também registros fotográficos com imagens da história, do cotidiano e das condições de vida da comunidade, que identificaram os significados que contribuem para descrever a história do Salobrinho.

Além disso, foi produzido um vídeo sobre a situação de saúde do Salobrinho. Esse procedimento mostrou ser um instrumento facilitador para compreensão de um bairro na zona rural e poderá ser um futuro instrumento educativo em determinada ótica de análise. Também, o vídeo poderá ser um instrumento de difusão dos resultados, ao tempo em que permite a documentação do processo do discurso do sujeito coletivo na pesquisa qualitativa.

3.4.3 As entrevistas semi-estruturadas

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, sendo asseguradas as condições éticas necessárias para sua realização. Assim, os sujeitos da pesquisa foram informados previamente dos objetivos e da relevância da pesquisa para a comunidade do Salobrinho e para a saúde pública. O sigilo e o anonimato foram garantidos aos participantes, segundo critérios fixados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas com seres humanos.

Desse modo, considerando as questões éticas, houve um pré-teste com quatro pessoas, sendo dois antigos moradores, uma liderança e um trabalhador de saúde (agente comunitário), a fim de verificar e corrigir possíveis distorções no roteiro das entrevistas, de acordo com os objetivos da pesquisa.

Nas entrevistas, foram utilizadas a gravação magnética, e, posteriormente feita a transcrição literal de fitas, por tratar-se de apreender sistemas de valores, de normas e de representações de atores da saúde do Salobrinho, e de compreender relações interpessoais ou institucionais de interesse específico.

Como instrumento da pesquisa, foi utilizado um roteiro com quatro perguntas abertas, tendo os entrevistados ampla liberdade para falar sobre o tema, podendo enfatizar e comentar aspectos que eles próprios julgassem relevantes, dando espaço para suas subjetividades. Essas pessoas foram entrevistadas individualmente sobre o tema, para conhecer sistematicamente suas representações.

3.5 O tratamento dos dados

Para LEFÈVRE e LEFÈVRE (2002, p.6), na pesquisa qualitativa “o pensamento de uma comunidade é representado melhor pelo imaginário resgatado, ou seja, pelo conjunto dos discursos nela existentes sobre um dado objeto de representação social”. Portanto, utilizei de forma criteriosa, universos consensuais de pensamento da comunidade do Salobrinho, através de aproximações da realidade em um momento histórico para o bairro, sendo considerado a reorganização da atenção básica, através da implantação de uma unidade do PSF na comunidade e a crise da lavoura cacauera.

A representação social utilizada pelo paradigma de promoção da saúde no setor de saúde pública encontra campo fértil em função de suas possibilidades e interfaces estabelecidas, quando busca superar os impasses da atualidade, como a relação objetivo-subjetivo; geral-particular; individual-coletivo e prevenção-promoção (OLIVEIRA, 2000).

Para LEFÈVRE (1999, p.4) “o que se busca na pesquisa qualitativa, cuja matéria empírica é composta de depoimentos obtidos através de entrevistas abertas com indivíduos portadores de representações sociais, é a recuperação da fala do social, isto é, a recuperação dos discursos que tem como emissores os grupos, coletividades, classes, extratos sociais”.

Para o resgate dessa “fala do social”, então, utilizei da técnica metodológica Discurso do Sujeito Coletivo - DSC (LEFÈVRE e TEIXEIRA, 2000), definido, resumidamente, como uma técnica de ordenamento de informações através da qual se busca agrupar em um ou vários discurso-síntese os depoimentos com idéias centrais semelhantes.

SADER (1988) ressalta a importância dos discursos de um determinado grupo social, pois esses irão constituir os sujeitos. Desse modo, pode-se, por meio dos discursos, identificar os sujeitos, suas carências, tanto de bens materiais necessários à sua reprodução, quanto de ações e símbolos por meio dos quais eles se reconhecem.

Para tanto, utilizei da técnica de análise temática do discurso, com vista à organização dos dados discursivos, iniciada pela leitura da primeira questão do

roteiro, “Fale sobre a situação de saúde do Salobrinho”, de todos os sujeitos dessa etapa da pesquisa, a seguir a segunda questão e assim sucessivamente.

Três figuras metodológicas foram definidas com vistas a tornar mais clara uma dada representação social: as expressões-chave, a idéia central e o DSC. As expressões-chave são trechos selecionados dos discursos, sendo transcrições literais de partes mais significativas dos depoimentos. Busca fazer com que o leitor seja capaz de comparar um trecho já selecionado de um depoimento com as afirmativas reconstruídas, que seja capaz de julgar a pertinência ou não da forma encontrada para traduzir discursivamente a idéia central.

Já a idéia central é entendida como a síntese do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos, estando nas afirmações, nas negações e nas dúvidas a respeito da realidade dos fatos. É entendida também como juízos de valor das instituições ou contexto social onde vivem os sujeitos. Constitue-se de transcrições fiéis de partes significativas dos depoimentos. Por fim, o DSC é realizado a partir da definição de categorias, que torna os depoimentos equivalentes e sistematizados em um discurso síntese.

A partir de então, construí a tabela de instrumento do DSC, com duas colunas verticais discriminando-as em expressões-chave e idéias centrais, e horizontalmente, pelo número de sujeitos de cada grupo representativo. Todas as expressões-chave consideradas na primeira pergunta foram transcritas para a coluna correspondente conforme cada sujeito do grupo representativo. Em seguida, as idéias centrais das expressões-chave foram identificadas de forma distinta, e transportadas às caselas correspondentes.

Nesse processo, observei as idéias centrais nas descrições do sentido presente nas expressões-chave, logo as idéias centrais são provenientes de tais expressões. Esclareço que a idéia central é o sentido mais direto da expressão subjacente.

No passo seguinte, caracterizei o agrupamento das idéias centrais devidamente codificadas, segundo denominações que expressassem da melhor forma todas as idéias centrais. A partir daí construí os DSCs, utilizando o instrumento de análise de discurso elaborado de acordo com cada grupo representativo.

Esse processo foi sendo elaborado a partir das respostas de cada questão do roteiro, de acordo com cada grupo representativo, constituindo-se, a primeira etapa,

da cópia de todas as expressões-chave do mesmo agrupamento que constituiu as idéias centrais.

A segunda etapa de construção do DSC foi seqüenciar em forma de discursos, as expressões-chave, segundo os critérios: do geral para o particular e de começo, meio e fim. Utilizei uma linguagem impessoal, com conectivos para ligação de uma expressão-chave com outra, eliminando repetições de idéias e/ou expressões e palavras, utilizando todo o material das expressões-chave.

A construção do DSC, propriamente dito, expressou a fala social de um conjunto homogêneo de pessoas representativas da comunidade, que, em suas verbalizações, expressaram discursos síntese da cosmovisão de indivíduos que compõem um dado sujeito coletivo a um conjunto de idéias da comunidade.

Sendo assim, o DSC utilizado como uma estratégia metodológica buscou tornar claro a uma dada representação social, através de uma forma discursiva de apresentação e de tratamento das informações que compõe o substrato social. Então, foi uma forma de expressar diretamente a representação social de um dado sujeito social (TEIXEIRA,1998).

3.6 O vídeo como produto de uma pesquisa

Ao final da pesquisa, foi realizado um vídeo que objetivou possibilitar a ampliar a divulgação dos resultados da pesquisa, documentar um instrumento metodológico do discurso do sujeito coletivo e ser um recurso didático pedagógico de problematização, a ser socializado e discutido na comunidade do Salobrinho, contribuindo na organização da comunidade para maior participação da mudança na saúde.

Diante disso, considera-se ser um vídeo-produto, pois em sua futura utilização, poderá ser um instrumento de práticas educativas participativas com os membros da comunidade, na medida em que relata a história de saúde do Salobrinho, a partir de diferentes visões dessa comunidade. Também poderá ser considerado um vídeo-processo, tendo em vista que foi realizado com a participação da pesquisadora, de estudantes e dos sujeitos da pesquisa, sendo considerado, então, como produto elaborado a partir de um instrumento metodológico, o discurso do

sujeito coletivo, e poderá ser utilizado no processo educativo da comunidade (VASCONCELOS 2001).

O vídeo foi elaborado em conjunto com o Curso de Comunicação Social da UESC - que dispõe de equipamentos específicos de produção de vídeo - a partir da construção de um roteiro elaborado, que caracterizou indicativos das condições de vida do Salobrinho, como também dos resultados da pesquisa expressados por seus sujeitos.

A ação interdisciplinar ocorrida do campo da saúde e da comunicação da UESC possibilitou uma integração interdepartamental, com um aprendizado de todos os participantes. O atendimento as exigências relativas à ética da pesquisa com recursos humanos foram contemplados, na medida em que a participação dos sujeitos foi espontânea a partir do esclarecimento e manifestação do livre consentimento.

4 HISTORICIANDO E CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA

4.1 A cidade de Ilhéus

A historicidade da cidade de Ilhéus será descrita em uma sequência cronológica, com inclusão dos planos urbanos propostos e conteúdos sócio-econômico.

A cidade de Ilhéus originou-se no século XVI, na foz do Rio Cachoeira, situada no meio da costa brasileira. Tornou-se Capitania Hereditária em 26 de junho de 1534, por doação de D. João, Rei de Portugal a Jorge de Figueiredo Corrêa, escrivão da Fazenda Real, que nunca veio ao Brasil, por isso enviou como intermediário, o castelhano Francisco Romero.

A sede da Capitania, chamada Vila de São Jorge, situava-se em uma colina - conforme a tradição portuguesa de defesa no Outeiro de São Sebastião. A sede prosperou por doar sesmarias a figuras da pequena nobreza da Corte, gerando farta produção de cana de açúcar, advinda do projeto de desenvolvimento implantado por Francisco Romero (PATURY 2000).

A Vila de São Jorge acompanhou o ciclo da cana de açúcar, sendo o maior núcleo civilizado da Bahia, com pico de produção no período do governo de Mem de Sá. Foi considerada rica pelo comércio com a Capitania e o auxílio de índios aos colonos na criação de grandes fazendas. Posteriormente, Francisco Romero entrou em conflito com os colonos, sendo preso e deportado para Portugal. Os conflitos continuaram com os colonos e enfrentando-se ainda os ataques dos índios Aymorés, tendo a Capitania entrado em decadência, com muitas famílias de colonos indo para São Vicente e Pernambuco.

A formação étnica de Ilhéus foi constituída pelas nações indígenas Tupi (litoral), Jê (interior), lusitanos, espanhóis, franceses e alemães, sendo os portugueses a sua grande maioria. Os negros vieram para o trabalho na lavoura de cana de açúcar em 1539, nos tumbeiros que cruzaram os oceanos trazendo os primeiros escravos.

Mesmo com as mudanças de donatários, a Capitania teve um pequeno período de prosperidade.

No campo da saúde, em 1554 foi construída em uma colina, a Santa Casa de Misericórdia de Ilhéus.

No século XVII, o povoado de Ilhéus foi ponto de partida para Entradas e Bandeiras na conquista do interior do país, devido à busca do ouro. Isso contribuiu para urbanização, com os arruamentos da vila.

No século XVIII, iniciaram na região os primeiros plantios da cultura cacaueteira, com mudas vindas do norte do país. Devido à adaptação ao clima quente e úmido, ocorreu grande expansão da cultura do cacau no século XIX, sendo considerado a nova alternativa econômica para toda a região.

No final do século XIX, a produção do cacau incentivou a construção de vários equipamentos públicos, como a Prefeitura de Ilhéus, escolas, igrejas, entre outros, através de grandes doações dos produtores. Isso contribuiu para a mudança da aparência do povoado, favorecendo, assim, a elevação da vila de São Jorge dos Ilhéus à categoria de cidade pelo Marques de Paranaguá em 28 de junho de 1881 (PATURY 2000).

Na segunda década do século XX, o cacau atingiu preços recordes, gerando um aumento expressivo de impostos e circulação de recursos econômicos na região.

Ainda nesse século, entre 1933 e 2000, a cidade teve cinco planos diretores de evolução urbana diferentes, denotando, dessa forma, a necessidade de um planejamento que mantivesse a rica paisagem local. Porém, tais planos, segundo ALBAGLI em 1999, pouco serviram como diretriz de gerenciamento, pois as decisões ao longo das décadas foram tomadas de forma aleatória e ineficaz.

O primeiro plano diretor de Ilhéus data de 1933 (PLANO DA RIN³) e visava a remodelação da cidade, com a manutenção do zoneamento existente da zona industrial, zona comercial, zona residencial central e zona residencial periférica, propondo avenidas, praças, viadutos, pontes, também tinha uma preocupação com a saúde fazendo referência aos cemitérios, ao matadouro, à coleta de lixo e a um sistema de esgotos.

O segundo plano, Plano Queiroz, datado de 1936, abrangia tópicos de caráter geográfico, higiênico, sócio-econômico e estético, para melhoria das condições de salubridade urbana. Para tanto, previa uma densidade demográfica de 100hab/ha,

³ O primeiro plano diretor do município de Ilhéus – Plano Da Rin – foi elaborado pelos engenheiros Manoel Da Rin e Archimedes Gonsalves, sendo denominado com o sobrenome de Da Rin.

com 25 metros quadrados de área verde por habitante. Um outro plano, o Plano de desenvolvimento Integrado do Município de Ilhéus PLAMI de 1969, apresentava levantamento das condições naturais da área urbana e análise dos aspectos sócio-econômicos, físicos, sanitários, educacionais e institucionais, propondo a criação de núcleos habitacionais, mudanças no sistema viário, implantação de equipamentos especiais, saneamento básico, com proteção de áreas paisagistas em determinadas áreas de encostas, como também estabelecia zonas de turismo e lazer para as praias do Pontal, da Avenida, do Marciano, do Norte e do Sul e o morro do Pernambuco.

O quarto plano, o PROCHNIK, de 1977, Plano Diretor de Paisagismo e Urbanização do Eixo Ilhéus – Itabuna foi realizado de forma consorciada entre TECNOSAN, Prochnik, CEDURB – Companhia Estadual de Desenvolvimento Urbano. Visava propiciar áreas de lazer, desenvolvimento e a preservação do meio ambiente ao longo da BR – 415, margeada pelo rio Cachoeira. Para isso, objetivava analisar em um contexto regional, os recursos naturais e humanos, ocupação e serviços/ vilas da área; programação de zoneamento/planejamento paisagístico/ sinalização da rodovia/ saneamento básico das vilas da área; ante-projetos de parque zoo-botânico, centro de cultura, área de camping e central de turismo, parque do mangue, área de esporte, recuperação de capelas.

O plano número cinco, o Plano Urbanístico Básico (PUB), de 1979, foi realizado pela TECNOSAN – CEDURB, com financiamento do BNH e DESENBANCO. Esse plano sócio-econômico e físico-territorial, com prognóstico de expansão urbana insular e continental, propunha a manutenção do cinturão verde nas florestas do Fundão, com áreas de lazer ao longo do rio Cachoeira, além da progressiva remoção das populações habitantes das encostas íngremes. Recomendava zoneamento, sistema viário, espaços abertos e áreas livres, infra-estrutura, habitação, turismo praiano e recuperação de conjuntos arquitetônicos e paisagísticos.

Com ocupação de uma área de 1.712 km, o município de Ilhéus situa-se na Micro-Região Cacaueira, no Sul da Bahia, estando na quarta Região Econômica (Litoral Sul). Possui uma extensa zona rural, com cerca de 35 localidades, das quais 11 são distritos sede. A maioria é margeada pelos rios Almada e Cachoeira, que desembocam no litoral de Ilhéus, ou à margem do próprio litoral.

Apresenta relevo com aspectos distintos de área de elevação e outra área de planície litorânea, com temperatura média anual de 24,5° C e um índice pluviométrico anual médio de 2000 mm, clima intertropical úmido.

Ilhéus possui uma população de 222.127 habitantes, distribuídos em 162.125 habitantes (72,98%) na zona urbana e 60.002 habitantes (27,02%) na zona rural (IBGE, 2000).

A base econômica do município de Ilhéus foi, durante décadas, a monocultura cacauera, que influenciou na cultura e no estilo de vida dos ilheenses, tendo o município se estruturado como pólo de comércio, exportação e processamento do cacau no sul da Bahia. A crise da lavoura cacauera ocasionada pela seca, baixos preços do cacau e a doença da vassoura de bruxa, gerou um impacto social com aumento dos problemas urbanos devido ao aumento do desemprego e expansão das áreas periféricas de Ilhéus, pela vinda de trabalhadores rurais e urbanos que migraram dos centros urbanos e rurais mais próximos à procura de alternativas de sobrevivência.

Nesse contexto, por suas características geográficas e culturais, o município buscou, como alternativas, o turismo e a indústria. O turismo é considerado uma atividade promissora, com infra-estrutura de aeroporto, centro de convenções, hotéis com cerca 6459 leitos, rodovias litorâneas Ilhéus-Itacaré e Ilhéus-Canavieiras. Já o setor industrial dispõe de 25 empresas, diversificadas nos ramos de cacau, informática e eletroeletrônicos, produtos alimentícios, entre outros.

A cidade possui um porto internacional para movimentação de produtos como trigo, madeira, cacau e derivados, farelos de soja, entre outros, vindos de várias partes do estado, além de receber navios transatlânticos que trazem turistas no período de alta estação.

4.1.1. O setor saúde de Ilhéus

Até o início da década de 1990, o setor de saúde de Ilhéus era caracterizado por uma atenção curativa, com predominância da prestação de serviços de saúde pela rede hospitalar. A Fundação Nacional de Ilhéus ficava responsável pela prevenção de doenças e apoiava dois centros de saúde nos bairros. Além disso, existiam postos de

saúde na zona rural com prestação de serviços médicos e odontológicos semanal ou quinzenalmente.

A reorganização da atenção à saúde em Ilhéus avançou a partir da década de 1990, com a construção de unidades básicas de saúde, implantação do Programa dos Agentes Comunitários (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), construção de policlínica de referência, criação da farmácia popular, reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde e do Centro de Atenção Especial, do Fundo Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde. Esse último foi criado através da lei nº 2.512, de 30 de maio de 1994; reúne-se às segundas e terças-feiras úteis do mês, para discussão, propostas e deliberações das políticas municipais de saúde.

As diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para o Programa de Saúde da Família foram utilizadas para reestruturação do sistema de saúde de Ilhéus, a exemplo da adscrição da clientela, cadastramento, prontuário familiar, trabalho em equipe, territorialização, atendimento humanizado, vínculo com as famílias, atenção individual, familiar e coletiva, enfoque de risco.

No contexto nacional, Ilhéus é exemplo de município que aumentou os investimentos no setor saúde. Nesse sentido, BARROS em 1998, como chamou a atenção para a necessidade de enxergar as mudanças ocorridas nas políticas de saúde, ao destacar como conquistas, a legislação do SUS, o aumento de atores na política de saúde, aumento dos gastos dos estados e municípios com o setor saúde, dentre outros, como forma de realimentar a implantação do SUS.

Em 2001, o município assumiu a gestão plena do sistema municipal de saúde com autonomia para gerir sobre toda a rede de serviços de saúde de Ilhéus, instituindo a programação pactuada integrada, como instrumento, para programar as ações de saúde da rede pública e privada para sua população também, pactou seus serviços de saúde com outros gestores municipais, a partir de sua disponibilidade de atendimento.

Ilhéus conta com mais 80 estabelecimentos de saúde de diferentes níveis de complexidade. A rede municipal de atenção primária e secundária é constituída por quarenta e uma unidades de saúde, sendo vinte e três unidades na zona rural, nove são unidades básica saúde da família (SMS, Ilhéus, 2003), onze são centros de saúde que incluem a policlínica, o centro de atenção especial III e uma farmácia de

produção de medicamentos. Essas unidades constituem a porta de entrada no sistema municipal de saúde, oferecendo serviços de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Ilhéus conta também com cinco hospitais, sendo um hospital público regional e quatro hospitais privados que dispõem de 757 leitos, além de onze clínicas e consultórios, e cinco laboratórios credenciados pelo SUS.

A seguir destaco o campo de investigação propriamente dito deste estudo - o bairro do Salobrinho.

4.2 O bairro do Salobrinho

O bairro do Salobrinho está localizado no km 16, da Rodovia Ilhéus-Itabuna, na Bahia, à margem do Rio Cachoeira, e conta atualmente com cerca de oito mil habitantes. Recebe influências e utiliza-se dos serviços das cidades de Ilhéus e Itabuna, sendo separada desses municípios, por regiões agrícolas de fazendas de pecuária e cacau.

Situa-se em um extremo desse bairro, a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), que é responsável pelo ensino superior da região sudeste e sul da Bahia e desenvolve ações pontuais no campo do ensino, da pesquisa e da extensão.

Do nome, Salobrinho, pouco se sabe sobre sua origem, embora haja referência sobre a água um pouco salobra extraída através dos primeiros poços artesianos para abastecimento da população.

A partir de 1998, a prefeitura de Ilhéus implantou ações sociais de saneamento (coleta de lixo, tratamento de água e esgoto), educação (ampliação da

escola de ensino fundamental), serviço de saúde (núcleo do Programa Saúde da Família), lazer, entre outras.

Por muito tempo, o Salobrinho foi considerado o III Distrito de Ilhéus. Começou a constituir-se no início do século, em uma estrada de pedestres que ligava os municípios de Ilhéus e Itabuna, assim, era ponto de entroncamento de tropeiros, para o comércio de produtos agrícolas (cacau, farinha, banana, entre outros). Disponha de um armazém de produtos de consumo em geral, considerados de primeira qualidade, uma espécie de bazar com especiarias (Sr. Gabriel, antigo morador).

No tocante à prestação de serviços, existia educação com escola primária particular, educação para adultos oferecida pelo estado, serviço de alistamento militar, intendência do Salobrinho e cartório. Contava, ainda, como lazer, com sessões de cinema, de circo, de teatro e um campo de futebol. No início do século, o povoado concentrava-se à margem direita do Rio Cachoeira, com ainda algumas casas de fazendas espaçadas (Sr. Altino, antigo morador).

Os benefícios do povoado eram oferecidos, em sua maioria, por fazendeiros de cacau, que privilegiavam determinadas pessoas, conforme seus interesses. Eram homens respeitados na região, politicamente fortes, que conduziam o destino do povoado. Os grandes fazendeiros eram considerados “coronéis”, detentores de poder econômico e político que geralmente mandavam seus filhos estudar na capital, no Rio de Janeiro ou em outros países (Sr. Gabriel, antigo morador).

A região, notadamente tendo Ilhéus e Itabuna como seus maiores municípios, foi muito próspera economicamente e se desenvolvia pela monocultura do cacau, com outras pequenas plantações de sub-existência. Segundo o Anuário Estatístico do Cacau (BRASIL,1993a), o cacau chegou a representar 35% das exportações nordestinas e 70% das exportações da Bahia (1977/1979). Com isso, contribuiu para o impulso do processo industrial do Estado e de outras regiões do país (BARROCO 1998).

O crescimento do Salobrinho iniciou-se na década de 60, após a implantação da rodovia Ilhéus-Itabuna, passando as casas e o comércio a se instalarem ao longo da rodovia. A igreja católica foi a primeira a exercer influência religiosa na comunidade promovendo missas campais, batizados, crismas e casamentos no

período de São Pedro e do ano novo, além de prestar assistência no encaminhamento dos enfermos às cidades de Ilhéus e Itabuna. É também dessa época a construção da igreja “Assembléia Reino de Deus”. A primeira escola primária municipal pública foi criada com cinco salas de aula no povoado, pois, até então, as ações sociais referentes a ensino e ao encaminhamento de doentes para atendimento médico eram mais desenvolvidas por iniciativa dos fazendeiros de cacau.

A crise do “milagre econômico” no período do regime militar foi pouco sentida na região cacaueira, pois a monocultura do cacau movimentava um mercado de exportação que alimentava o comércio regional na geração de empregos e renda, e os proprietários de fazendas ainda se aproveitavam da diminuição de impostos e dos incentivos da agricultura, oferecidas pelo governo militar.

Nos anos de 1980, a seca e os baixos preços do cacau caracterizaram o início da crise da lavoura cacaueira. Com o avanço do desemprego de trabalhadores rurais, houve expulsão do homem do campo para as periferias, sendo parte das famílias absorvidas pelo Salobrinho. O Salobrinho recebeu parcelas dessa população por situar-se em uma área rural, cortada por uma rodovia, sendo atrativa também pela proximidade com a UESC, gerando, com isso, os bolsões de miséria, aumento de problemas sociais, como falta de acesso à escola, ao serviço de saúde e falta de opções de lazer.

Na década de 1990, o município de Ilhéus propôs minimizar as demandas sociais do Salobrinho através de políticas públicas no campo da educação, saúde, saneamento, transporte, comunicação e lazer à população. Na educação, promoveu a duplicação das salas de aula e capacitação de professores, permitindo, então, o acesso da população estudantil a melhores condições qualitativas e quantitativas; em saneamento, passou a fazer coleta diária do lixo, implantou o sistema de abastecimento de água, apesar de alguns moradores continuarem a fazerem uso da água de poço por questão de economia, e iniciou as obras do esgoto sanitário; no transporte, permitiu o aumento do número de empresas de ônibus para Ilhéus, o que acarretou diminuição no valor das passagens; na comunicação, viabilizou a implantação de uma agência comunitária de correios; no lazer, construiu uma praça; e, na saúde, implantou uma Unidade de Saúde da Família em novembro de 1999.

4.2.1 A FESPI / UESC e o Salobrinho

Os produtores de cacau contribuíram no ano de 1974, para a implantação da Federação das Escolas Superiores de Ilhéus e Itabuna (FESPI)⁴, com a junção de Escolas Superiores dos municípios de Ilhéus e Itabuna, através do Centro de Pesquisas e Planejamento do Cacau (CEPLAC), mantido prioritariamente com recursos dos fazendeiros de cacau que retiravam parte de sua produção para pesquisa e planejamento do cacau da região. A CEPLAC, após muitas discussões da escolha da área para implantação da Federação, adquiriu parte de uma área para construção do campus da FESPI, tendo construído no Salobrinho várias casas de tijolos em substituição às que havia no terreno, também contribuiu na perfuração de dois poços para coleta de água. Segundo moradores, a grandeza do Salobrinho foi a CEPLAC, por viabilizar a construção da FESPI, aplanando os terrenos e fazendo casas em troca dos terrenos da futura Federação das Escolas Superiores de Ilhéus e Itabuna.

Sr. Gabriel, morador mais antigo do Salobrinho, afirma que “após a criação da FESPI/UESC, o Salobrinho só cresceu sendo terra de se fazer doutor, pois permite para todos a formatura, só não estuda aqui, quem não quer”.

Na época da instalação da FESPI, em 1974, a opinião geral era a de que o bairro estava destinado a transformar-se em uma Vila Universitária. Todavia, ações voltadas para a população só foram desenvolvidas a partir do início da década de 80, quando a FESPI desenvolveu o Projeto Tosta Filho - semelhante ao Projeto Rondon do Governo Federal - com atividades pontuais no bairro. No campo da saúde, foram realizados projetos em conjunto com a Fundação Nacional de Serviços de Saúde Pública de Ilhéus, que constava de exames laboratoriais na área de parasitologia, com posterior atuação de práticas educativas na escola e na comunidade sobre noções de higiene e verminoses. Na educação, foram desenvolvidas ações voltadas para alfabetização de adultos.

⁴ A UESC foi inicialmente uma Federação de Escolas Superiores, entidade filantrópica que era mantida com recursos da CEPLAC e com uma pequena mensalidade dos estudantes. Em 1988, a crise da lavoura cacauzeira levou à diminuição do repasse de recursos da CEPLAC, havendo aumento das mensalidades dos estudantes e atraso no pagamento dos servidores. A isso desencadeou uma greve de estudantes, servidores e docentes por pagamentos dos salários e para que o Estado assumisse a FESPI como instituição pública do Estado, já que, por muito tempo, a região cacauzeira tinha remetido fartos recursos para o Estado. Como resultado da paralização, o Estado assumiu a FESPI como instituição pública de ensino passando a ser a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

O crescimento da FESPI, com a criação de novos cursos, gerou empregos para a comunidade do Salobrinho. Essa população, ainda que no início tenha tido seu ingresso com salários mais baixos em atividades como limpeza, eletricidade, carpintaria, pintura, vigilância, trabalhador rural, entre outros, foi, em muitos casos, através do acesso à escolaridade, ascendendo para outros cargos, como secretária, professor, assessor jurídico, entre outros. Nas dependências da FESPI, passou a funcionar também o ensino público de Ilhéus da 4ª à 8ª série do primeiro grau no turno vespertino do município, porém sem relação com a instituição, que ainda hoje proíbe a utilização de espaços extra salas de aulas para outras atividades de ensino e de lazer.

Nessa época, o setor social do Salobrinho continuava sendo pouco atendido, a exemplo do abastecimento de água realizado por meio de poços artesanais nos fundos das casas, sem critérios técnicos de distanciamento de fossas e com altos índices de contaminação da água detectados pela FESPI. Na educação, apesar de ter sido dobrado o número de salas, não houve acesso de todas as crianças ao ensino.

O Curso de Enfermagem foi o primeiro na área de saúde, contribuindo para a FESPI torna-se universidade. Esse curso visava não só atender à demanda da área, como também contribuir na intervenção dos altos índices de doenças infecto-contagiosas e da alta mortalidade infantil na região. Porém, sua grade curricular estava voltada para disciplinas na área hospitalar em detrimento da formação para ações na comunidade (ANDRADE 1998). Nesse sentido, essa instituição, através de um trabalho de extensão atuava no Salobrinho de forma pontual na coleta de dados para atender disciplinas da graduação em Enfermagem, sem ações efetivas e integralizadas que buscassem intervir na realidade de saúde local.

A UESC (antiga FESPI) participa da estratégia Saúde da Família no Salobrinho desde o momento de sua implantação, através do ensino de Graduação de Enfermagem e posteriormente com o Curso de Medicina, bem como através da pesquisa e da extensão. No ensino, o Curso de Enfermagem contribuiu na reunião com a comunidade junto com a ESF para falar da importância do PSF; territorializou o bairro definindo suas áreas de risco; detectou os problemas da população e participou dos treinamentos com a equipe de saúde e com grupos específicos de

usuários dos serviços. Além disso, é um dos campos do Estágio Supervisionado de Enfermagem, na Unidade de Saúde da Família.

Quanto ao Curso de Medicina, um grupo de alunos vivenciam a realidade do bairro, através da disciplina de integração ensino-serviço-comunidade (PIESC I e II), com identificação dos problemas de saúde junto a população. Foi priorizado o problema de gravidez na adolescência, sendo desenvolvidas ações de intervenção através da criação de um grupo de adolescente para atuar com ações de prevenção da gravidez e promoção da saúde, e, posteriormente, os alunos do referido curso atuaram diretamente com famílias, devidamente selecionadas.

Já a pós-graduação especializou membros da equipe do PSF em saúde pública. No tocante à pesquisa, a UESC investigou o desenvolvimento do PSF, a organização da atenção à criança do PSF de Ilhéus. No que tange à extensão, a UESC vem realizando o diagnóstico sócio-econômico do Salobrinho, e viabilizando cursos para geração de emprego e renda, com o propósito de formar uma cooperativa de trabalhadores para prestação de serviços às empresas. No campo do lazer, também promove cursos de teatro para crianças, capoeira, artes, atividades comemorativas do dia das crianças e o projeto Bem-Viver.

Também, o Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), realizou estágio de Curso de Especialização em Saúde da Família que teve como objetivo sensibilizar a participação da população no PSF. Além disso, tentou contribuir nas discussões para a formação do Conselho Local de Saúde do Salobrinho.

No ano 2000, a Universidade assinou convênio com a prefeitura de Ilhéus, no sentido de promover ações articuladas no Salobrinho, porém, até então, só tem desenvolvido ações pontuais, sem nenhuma intersetorialidade entre os diversos departamentos da UESC e as Secretarias Municipais.

Por outro lado, a Prefeitura Municipal reforçou a idéia de bairro universitário, através do Plano Desenvolvimento Integrado do Salobrinho, com um projeto que reúne diversas intervenções públicas, mas sem muita clareza e discussão para os seus pares (Universidade-Prefeitura) quanto ao significado da construção desse bairro, pois o Plano contempla obras a serem realizadas como mini-usina de reciclagem de lixo, esgotamento sanitário, escolas de 5ª série do ensino fundamental até o ensino

médio e implantação de um complexo esportivo, praça e áreas verdes, pavimentação nas ruas do bairro, além de intervenções quanto ao atendimento odontológico e de emergência. No ano 2001, foram iniciadas, como parte do Plano de Desenvolvimento Integrado, as obras de implantação do esgotamento sanitário, para no futuro pavimentar o bairro e foi implantado o serviço de saúde bucal no bairro.

4.2.2 A participação da população no Salobrinho

A história das organizações populares no Salobrinho é antiga, tendo o primeiro grupo se formado na década de 1960, ligado às atividades da Igreja Católica. Tais atividades voltaram-se para a organização de celebrações e festas religiosas e para o apoio a pessoas com dificuldades materiais.

O Salobrinho vivenciou a formação da Associação de Moradores, através do estímulo do poder executivo, que sob seu controle desenvolveu estratégias em busca de apoio e de votos nas ocasiões propícias, tornando a população submissa, sem lutas reivindicativas, nem incentivo à comunidade para sua organização. Mesmo a eleição de dois vereadores como representantes do bairro na Câmara de Vereadores de Ilhéus, não contribuiu nas discussões mais aprofundadas sobre o exercício da democracia e sobre os direitos sociais da população na construção da cidadania.

Nesse aspecto, pode-se considerar que a região cacaueira, ainda na primeira metade da década de 1980, foi participativa, pois as CIMS e CLIS de Itabuna foram implantadas no período das AIS, antes da Constituição Federal de 1988, tendo a participação da população através dos seus respectivos módulos⁵. Esses conselhos tinham regimento próprio e reuniões regulares para discussões e deliberações da política de saúde do município, apresentando avanços e retrocessos ao longo dos anos, decorrentes das mudanças da política municipal de saúde.

A longa existência do Conselho Municipal de Ilhéus não estimulou que os núcleos de saúde da família fossem implantados com preocupações na formação de Comissões Locais de Saúde (CLS), consolidado na estrutura jurídica do SUS, instância de discussão dos problemas de saúde em que a dimensão comunitária tem

⁵ Módulos: o município de Itabuna, na década de 80, buscou estruturar o setor saúde, dividindo a cidade em quatro módulos, com bairros e populações adscritas, que escolhiam seus representantes para compor o Conselho de Saúde de Itabuna.

sido ressaltada. A ampliação da equipe saúde da família em atividades coletivas exige habilidades e novas formas de organização institucional, que ainda está bastante distante da realidade dos serviços de saúde. Mesmo alguns trabalhadores e alguns líderes percebendo a importância da participação social, sentem-se incapazes de promover a ampliação de espaços de diálogo político, de negociação e de consensos a partir dos interesses e do contexto locais. Isso dificulta a abertura de canais de participação para problematizar a relação entre o estado e a sociedade, que busca, nessa relação, o fortalecimento da população no seu papel de sujeito na definição das diretrizes do setor saúde.

As conferências municipais que aconteceram na década de 1990, em Ilhéus, como instância máxima de decisões na saúde do município, foram pouco reconhecidas como espaço de participação da sociedade, para definição da política de saúde municipal. O que se verificou foi um desconhecimento da legislação que normatiza os conselhos de saúde e as conferências, por uma larga parcela da população que inclui trabalhadores, profissionais de saúde e conselheiros.

No ano 2000, o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), realizou estágio de Curso de Especialização em Saúde da Família, que teve como objetivo sensibilizar à participação da população no PSF como também, tentou contribuir nas discussões para a formação do Conselho Local de Saúde do Salobrinho.

4.2.3 O setor saúde no Salobrinho

Quanto à saúde, os doentes ficavam aos cuidados de familiares e a parteira do bairro atuava na orientação quanto a utilização das plantas consideradas medicinais; a exemplo da tanchagem, para os problemas de menstruação; capim santo, como calmante; hortelã, para verminoses, entre outras. As benzendeiras também eram chamadas para avaliar o estado de saúde dos doentes e, quando consideravam necessário, os encaminhavam à Santa Casa de Misericórdia de Ilhéus ou de Itabuna.

Epidemias de malária e varíola (bexiga) acometeram seus moradores, tendo sido prestados cuidados por familiares, que isolavam os doentes sobre folhas da

bananeira e os tratavam através de perfurações das bolhas, com espinhos do pé de laranja e passando álcool em seguida (Sr. Gabriel, antigo morador).

Na década de 1970, época do PIASS, o Salobrinho foi contemplado com a implantação de um posto de saúde com duas atendentes de enfermagem e um médico uma vez por semana. Ao médico, cabiam as consultas médicas e às atendentes, a realização de procedimentos como: curativos, verificações de pressão arterial, aplicações de injeções, entre outros, atuando em nível de atenção primária.

Na década de 1990, em Ilhéus, foi implantado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁶, com seis agentes comunitários para o Salobrinho. O objetivo era contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil, através do desenvolvimento de visitas domiciliares, com práticas educativas e identificação de grupos de riscos, sob a supervisão periódica de uma enfermeira (BRASIL 1993b). Tal perspectiva visava a melhoria nas coberturas vacinais, diminuição da mortalidade infantil, maior controle das diarreias, entre outras ações.

Em novembro de 1999, foi implantado o PSF no Salobrinho, que veio responder a uma antiga reivindicação da população por uma unidade de saúde que atendesse às suas necessidades, assim como da vontade política de desenvolvimento de um trabalho de parceria entre a UESC e o governo municipal de Ilhéus.

O PSF foi implantado no Salobrinho com uma equipe composta por uma médica, uma enfermeira, sete agentes comunitários e dois auxiliares de enfermagem que atendem a 100% da população. A princípio houve reunião com a comunidade para informar da implantação da estratégia, como funcionaria o PSF, os propósitos do SUS, a composição da equipe e a necessidade da participação da comunidade. No ano 2002, foi implantado o posto odontológico no bairro, agregado às atividades do Núcleo Saúde da Família.

A médica atua como generalista, tendo a Secretaria Municipal de Saúde provido-a de treinamento adequado para atender as clínicas básicas de pediatria, gineco-obstétrica, clínica médica e geriatria em um atendimento com demanda programada e agendada conforme as necessidades de saúde e priorizando

⁶ O PACS tem como finalidade estender a cobertura de ações de saúde às populações rurais e periféricas urbanas e volta-se, especialmente, para o grupo materno-infantil. A princípio, em 1993, teve como objetivo geral, melhorar, através dos agentes comunitários de saúde, a capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimento. A tais objetivos foram acrescidos em 1994, incorporar ao SUS agentes comunitários, profissionalizando-os em auxiliares de enfermagem, para desenvolver ações básicas de saúde, identificar fatores determinantes do processo saúde-doença, desencadear ações de promoção da saúde e prevenção da doença, funcionar como um elo entre a população e os serviços de saúde, contribuindo, assim com a comunidade no processo de apreender e ensinar a cuidar de sua própria saúde (BRASIL, 1993, 1994).

intervenções através de enfoque epidemiológico, social e ambiental, em que se valoriza a relação médico-paciente e médico-família. Suas atribuições também incluem visitas domiciliares a clientes sem condições de locomoção; atendimento de primeiros cuidados de urgência e pequenas cirurgias ambulatoriais; discussão com a equipe e a comunidade sobre as bases legais do SUS; participação no processo de planejamento e programação das ações e da organização do processo de trabalho da unidade de saúde da família.

Quanto à enfermeira, atua na unidade de saúde junto à equipe e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos agentes comunitários e assistindo às pessoas com consultas de enfermagem. Suas atribuições incluem desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolvimento de ações de treinamento junto aos agentes comunitários e aos auxiliares de enfermagem; promoção de ações de saúde e de prevenção da doença através de práticas educativas; discussão com a equipe e a comunidade sobre as bases legais do SUS; participação no processo de planejamento e programação das ações e da organização da unidade de saúde.

O auxiliar de enfermagem, por sua vez, desenvolve ações na unidade de saúde e no domicílio/comunidade com atribuições de identificação junto aos ACS famílias de risco; contribuição nas visitas domiciliares; desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica e sanitária; participação no processo de organização da unidade de saúde.

Os agentes comunitários desenvolvem ações nos domicílios e junto à unidade de saúde, com programação e supervisão de suas atividades. Suas atribuições são a realização do mapeamento de sua área de atuação; o cadastramento e atualização das famílias de sua área; a identificação e atualização das famílias em situação de risco; as visitas domiciliares mensais; a coleta de dados para análise da situação das famílias acompanhadas; a promoção de ações de educação em saúde e mobilização comunitária para melhoria das condições de saneamento; a orientação quanto à higiene no trato dos alimentos, do domicílio e pessoal; o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças com maior controle ao grupo de risco; como também orientação para o auto-cuidado, prevenção de acidentes domésticos e de agravos; incentivo à participação de grupos específicos da comunidade; a

orientação às famílias do uso adequado do serviço de saúde; a informação aos demais membros da ESF acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades; a participação do processo de planejamento e programação das áreas relativas às suas micro-áreas.

Por fim o dentista, que desenvolve ações de prevenção com práticas educativas, tratamento e extração, atendendo a uma antiga reivindicação da população do bairro.

Dessa forma, vale ressaltar os programas de saúde desenvolvidos no Salobrinho:

- **Crescimento e Desenvolvimento:** atende crianças de até um ano de idade, avaliando seu crescimento e desenvolvimento, além disso orienta as mães sobre o cuidado com a saúde da criança;
- **Imunização:** atende toda a população do Salobrinho, sendo registrada em livro próprio para controle e avaliação da cobertura vacinal;
- **Pré-natal:** presta acompanhamento às gestantes de baixo risco, sendo as gestantes de alto risco referendadas para o Centro Avançado da Zona Sul;
- **Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância:** a médica presta atendimento às crianças menores de cinco anos;
- **Planejamento Familiar:** atende à população de adolescentes e adultos com consultas individuais; realiza práticas educativas individuais e coletivas sobre prevenção de DST/AIDS e sobre sexualidade, métodos contraceptivos, entre outros; realiza ainda distribuição regular de anticoncepcionais;
- **Programa de Hipertensão Arterial:** funciona todas às quartas-feiras à tarde, para grupos de hipertensos, com verificações de pressão arterial, palestras, orientações individuais, atividades recreativas e comemorativas, distribuição de medicamentos e encaminhamento à consulta, quando necessário;
- **Vigilância alimentar e nutricional:** objetiva combater as carências nutricionais infantis. As crianças de seis meses a menores de seis anos são cadastradas através do peso mensal, para análise e avaliação do seu crescimento e desenvolvimento e fornecimento da bolsa alimentação;

- **Prevenção e combate à dengue:** coordenado por antigos funcionários da SUCAM, realiza 40 dias de trabalho na identificação de focos no bairro, visitas domiciliares a cada dois meses, captação e combate das larvas e distribuição de panfletos com informações de prevenção da doença;
- **Monitorização da dengue:** é desenvolvido pelos agentes de saúde que visitam todos os logradouros, para monitoramento do mosquito e prevenção da dengue;
- **Prevenção de câncer cérvico-uterino:** realiza coleta de secreção vaginal para detecção precoce de câncer de colo de útero;
- **Saúde Bucal:** desenvolve ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, com o objetivo de reduzir a incidência de cáries na população.

A situação de saúde do Salobrinho

O Salobrinho, nas últimas décadas, vem experimentando mudanças na sua estrutura populacional devido à crise da lavoura cacaueira e ao aumento dos estudantes da UESC. Este processo iniciado na década de 1970 começou a sofrer ascensão a partir da década de 1990 do século passado, modificando os padrões de morbi-mortalidade decorrentes de políticas públicas implantadas.

Segundo BARRETO e col. (1997), a tarefa de coletar dados nem sempre é completa, seja por questões conceituais – “condição”, “situação” ou “nível” de saúde - como também pela disponibilidade e qualidade dos dados existentes.

Os dados que serão apresentados e analisados nesse primeiro momento são importantes indicadores de saúde do Salobrinho, sendo coletados no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) de Ilhéus, para caracterização da situação de saúde. No estudo de morbidade, utilizei dados do Sistema Integrado de Vigilância Epidemiológica de Ilhéus, sistematizados de 1996 a 2000.

Aspectos Demográficos

O bairro do Salobrinho tem uma população total de aproximadamente 8000 habitantes, segundo dados da Fundação Nacional de Saúde (FNS), no ano de 2001.

O Programa Saúde da Família foi implantado neste bairro em novembro de 1999. Anteriormente havia o Programa dos Agentes Comunitários que abrangiam o bairro e fazendas dessa região. O cadastramento da área de abrangência para implantação do PSF foi concluído no ano 2000, beneficiando cerca de 779 famílias divididas em seis micro-áreas. Em 2001 houve um aumento para cerca de 823 famílias.

A Secretaria de Saúde de Ilhéus determinou que, para haver uma atuação mais efetiva do Núcleo Saúde da Família, o programa não abrangeria a zona rural do bairro. Segundo o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), da Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus (SMS), a população de abrangência da PSF no ano 2000 foi de 3542 habitantes, aumentando em 2001, para 3761 habitantes, conforme dados da Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição do número e percentual da população por faixa etária e sexo. PSF- Salobrinho, Ilhéus, 2000 e 2001

Faixa etária Anos	Feminino				Masculino				Total			
	2000		2001		2000		2001		2000		2001	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1	28	1,60	9	0,48	41	2,29	10	0,53	69	1,95	19	0,51
1-4	164	9,36	139	7,41	174	9,72	163	8,65	338	9,54	302	8,03
5-6	71	4,05	82	4,37	99	5,53	94	4,99	170	4,80	176	4,68
7-9	116	6,62	128	6,82	104	5,81	137	7,27	220	6,21	265	7,05
10-14	226	12,89	213	11,35	238	13,30	238	12,63	464	13,10	451	11,99
15-19	255	14,55	253	13,49	241	13,47	227	12,04	496	14,00	480	12,76
20-39	502	28,63	613	32,68	503	28,12	573	30,40	1005	28,37	1186	31,53
40-49	159	9,07	175	9,33	162	9,06	185	9,81	321	9,07	360	9,57
50-59	115	6,56	1231	6,45	106	5,93	106	5,62	221	6,24	227	6,04
>59	117	6,67	143	7,62	121	6,77	152	8,06	238	6,72	295	7,84
Total	1753	100	1876	100	1789	100	1885	100	3542	100	3761	100

Fonte: SMS/SIAB

Na tabela 1, nota-se que há uma predominância na faixa etária de 20 a 39 anos dos sexos feminino e masculino com crescimento de 28,37% no ano 2000, indo 31,53% no ano 2001, seguida da população de adolescentes em 921 (24,75%) na

faixa etária de 10 a 19 anos. A faixa etária de 1 a 4 anos (8,03%) merece destaque por ser uma faixa etária que ainda não está na idade escolar, e com isso pode adquirir hábitos higiênicos saudáveis no ambiente familiar com as práticas educativas dos agentes comunitários.

Aspectos Sociais

Quanto à situação de moradia (Tabela 2), a maioria das famílias da área de abrangência do PSF do Salobrinho possui casas construídas com tijolos/adobe 83,83 % em 2000 e 82,99% em 2001, já os demais tipos de moradia apresentam-se em condições insalubres com cerca de 16,17% no ano 2000 e 17,01% em 2001. Tal situação caracteriza precariedade nas condições de higiene, iluminação e aeração natural, e, em geral, com número de habitantes desproporcional ao número de cômodos. Vale ressaltar que do ano 2000 para o ano 2001 houve uma diminuição das casas de tijolo/adobe e um aumento das casas de taipa não revestida e de madeira, que poderia ser das pessoas vindas do campo. Esse quadro caracteriza, assim, uma piora das condições de vida. Essas moradias situam-se na margem do rio Cachoeira, área de risco do bairro.

Tabela 2- Distribuição do número e percentual dos domicílios, segundo tipo de material de construção. PSF - Salobrinho, Ilhéus, 2000 e 2001.

Tipo de Casa	2000		2001	
	Nº	%	Nº	%
Tijolo/adobe	653	83,83	683	82,99
Taipa revestida	21	2,70	22	2,67
Taipa não revestida	30	3,85	33	4,01
Madeira	25	3,21	30	3,65
Material aproveitado	41	5,26	36	4,37
Outros	9	1,15	19	2,31
Total	779	100,00	823	100,00

Fonte: SMS/SIAB

O abastecimento de água nos domicílios da área de abrangência do Saúde da Família do Salobrinho ocorre através da rede pública, em cerca de 80,44%, seguida de poços artesianos em 11,54%, sendo em menor percentagem para a população ribeirinha, que abastece-se da água do Rio Cachoeira (tabela 3). Após a implantação do sistema de abastecimento de água, algumas famílias continuaram a utilizar-se da água de poços, devido ao custo da água, segundo relato de liderança da comunidade.

Tabela 3 – Distribuição do número e percentual do abastecimento de água nos domicílios da área do PSF – Salobrinho, Ilhéus, 2000 e 2001.

	Nº	%	Nº	%
Abastecimento de Água	2000		2001	
Rede Pública	649	83,31	662	80,44
Poço ou nascente	81	10,40	95	11,54
Outros	49	6,29	66	8,02
Total	779	100,00	823	100,00

Fonte: SMS/SIAB

Em relação ao tratamento da água nos domicílios, a tabela 4 possibilita inferir que grande parte das famílias não utiliza nenhum tipo de tratamento na água bebida (38,03%), seguida por 37,79% das famílias que utilizam água filtrada. Observa-se um grande número de consumo de água clorada, levantando-se daí o questionamento quanto à manutenção sistemática desse tipo de tratamento ou erro no preenchimento do dado. Convém ressaltar a diminuição do consumo de água sem tratamento, o que leva a crer que seja uma ação de mudanças influenciadas pela prática educativa do agente comunitário.

Tabela 4 – Distribuição do número e percentual de água utilizada nos domicílios.
PSF - Salobrinho, Ilhéus, 2000 e 2001.

	Nº	%	Nº	%
Água utilizada	2000		2001	
Filtrada	282	36,20	311	37,79
Fervura	22	2,83	22	2,67
Cloração	159	20,41	177	21,51
Sem tratamento	316	40,56	313	38,03
Total	779	100,00	823	100,00

Fonte: SMS/SIAB

Quanto ao destino dos dejetos, a tabela 5 possibilita inferir que 40,22% das famílias a lançam no sistema de esgotamento sanitário. Porém, isso é questionável, uma vez que só em 2002 iniciou a construção do sistema de esgotamento sanitário. 39,13% lançam os dejetos nas fossas. Observa-se que 20,66% das famílias lança seus dejetos em céu aberto, o que conseqüentemente acarreta forte impacto ambiental no Rio Cachoeira, além dos danos à saúde da população.

Destaco a necessidade de verificar, junto ao ACS, o seu entendimento por sistema de esgotamento sanitário para identificação de possíveis distorções e esclarecimentos, a fim de correção da base de dados, como também da valoração que terá o sistema de esgotamento, ora em fase de implantação.

Noto a necessidade de melhoria nas práticas educativas desenvolvidas junto às famílias da área de abrangência, bem como, a necessidade de promoção de reciclagem dos ACS com práticas pedagógicas participativas, pela influência que os mesmos têm junto à comunidade.

Vale ressaltar também a necessidade de discussões intersetoriais no encaminhamento das políticas sociais do bairro, como forma de integralizar os diversos segmentos. Assim como, o envolvimento da participação social nessas questões.

Tabela 5 – Distribuição do número e percentual do destino dos dejetos nos domicílios. PSF – Salobrinho, Ilhéus, 2000 e 2001.

	Nº	%	Nº	%
Destino dos dejetos	2000		2001	
Sistema de esgoto	323	41,46	331	40,22
Fossa	309	39,67	322	39,13
Céu aberto	147	18,87	83	20,66
Total	779	100,00	736	100,00

Fonte: SMS/SIAB.

O destino do lixo das famílias da área de abrangência do Núcleo Saúde da Família do Salobrinho retrata que 87,36% das famílias têm acesso à coleta pública, enquanto 10,09% lança o lixo a céu aberto. Tal fato pode ser justificado pela dificuldade de acesso a alguns locais do bairro, revelando a necessidade de ações específicas para promover a equidade.

Tabela 6 – Distribuição do número e percentual do destino do lixo nos domicílios do PSF. Salobrinho, Ilhéus, 2000 e 2001.

	Nº	%	Nº	%
Destino do lixo	2000		2001	
Coleta pública	689	88,45	719	87,36
Queimado/enterrado	23	2,95	21	2,55
Céu aberto	67	8,60	83	10,09
Total	779	100,00	823	100,00

Fonte: SMS/SIAB.

Saliento que a micro-área de risco do Salobrinho corresponde à região ribeirinha do bairro, estando a maioria dos indicadores desfavoráveis ao saneamento básico situado nessa região. Também essa área é a que fica mais distante da unidade de saúde da família, necessitando ações desiguais e reforço nas ações de saúde para promoção da equidade.

TIPOS DE MORADIA DO SALOBRINHO

Foto: Débora 70

Foto: Débora 70

DESTINO DOS DEJETOS NO SALOBRINHO

Foto: Débora 70

Foto: Débora 70

Indicadores de saúde

Quadro I – Distribuição do número de nascidos vivos, número e percentual de pesados ao nascer e baixo peso ao nascer. PSF - Salobrinho, Ilhéus, 2000 e 2001.

	Nº	%	Nº	%
	2000		2001	
Nascidos vivos	89		69	
Pesados ao nascer	77	86,52	66	95,65
Baixo peso ao nascer	7	9,29	6	9,06

Fonte: SMS/SIAB.

O quadro I possibilita inferir que os nascidos vivos no ano 2000 diminuíram em número de 20 para o ano de 2001. Tal dado revela uma expressiva queda da natalidade que poderá ter sido das ações de planejamento familiar desenvolvidas através do convênio da Secretaria de Saúde de Ilhéus com a BEMFAM, garantindo assim a oferta de anticoncepcionais (condom, pílulas, DIU, entre outros), a adesão aos métodos pelas mulheres – principalmente das que têm companheiros estáveis - cerca de 120 atendimentos/mês - e da prática educativa dos ACS junto às famílias do PSF como também, poderá ter ocorrido um aumento de natimortos (PSF/Salobrinho 2002).

Quanto à taxa de mortalidade infantil no bairro do Salobrinho, no ano de 2000 foi de 44,94/1000nv - semelhante ao da região nordeste - reduzindo para 14,49/1000nv no ano 2001 - semelhante à região sudeste. Merece consideração o fato de que os componentes de mortalidade infantil (neonatal <28 dias e pós-natal – 28 dias à 1 ano) evidenciam que não houve mortalidade neonatal no período e que esta redução foi acentuada em 2001 (SIAB, Ilhéus 2000 e 2001). Este componente associa-se mais fortemente a fatores relacionados ao ambiente, concentrando uma maior proporção nas doenças infecciosas, enquanto que a mortalidade neonatal relaciona-se mais fortemente a fatores ligados à assistência pré e pós-natal (BARRETO et col, 1997). Esse impacto no indicador de saúde induz à conclusão de que as ações desenvolvidas pela ESF foram positivas, principalmente no que tange a implantação das ações integradas às doenças prevalentes na infância (AIDIPI) pela

médica, ao acompanhamento no pré-natal de baixo risco pela enfermeira, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, bem como, no que tange às práticas educativas de prevenção de doenças. Vale ressaltar, que poderá haver falhas nos dados de mortalidade infantil, pois o Salobrinho situa-se em uma zona rural e os pais poderão acabar por deixar de registrar alguns nascimentos seguidos de óbitos.

A mortalidade de mulheres em idade fértil foi de 01 óbito no ano de 2000 para nenhuma morte no ano de 2001. O total geral de óbitos da área de abrangência do Núcleo Saúde da Família do Salobrinho foi de 21 no ano de 2000, e de 10 óbitos no ano de 2001.

Quadro II – Distribuição do percentual de cobertura vacinal em crianças menores de 2 anos. PSF-Salobrinho, Ilhéus, 2000 e 2001.

Cobertura vacinal	2000	2001
< 1 ano	90,38	93,75
1- < 2 anos	93,46	93,48

Fonte: SMS/SIAB.

A cobertura vacinal, de acordo com o quadro II, aumentou no ano de 2001 em menores de 1 ano, significando uma maior proteção contra doenças para as crianças da área de abrangência do PSF do Salobrinho.

Quadro III- Número de casos notificados de doenças transmissíveis no Salobrinho, 1995 a 2001.

Doenças notificadas	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cólera	1	1	-	-	-	-	-
Dengue	2	86	13	2	2	4	26
Esquistossomose	-	5	3	-	1	4	-
Hepatite	-	1	4	1	-	3	-
Tuberculose Pulmonar	2	3	7	2	2	1	6
Sífilis	1	1	-	1	2	4	-
Leptospirose	-	-	-	1	-	-	-
AIDS	-	-	-	1	-	-	-
Gonorréia	-	-	1	2	3	2	-
Uretrite	-	-	-	-	1	1	-
Tricomoníase	-	-	-	-	-	38	44
Ofidismo	-	-	-	-	1	2	1
UNG	-	-	-	1	1	1	-
Herpes genital	-	-	-	-	1	-	-
Doenças Exantemáticas	-	-	-	-	-	5	2
Meningite	-	-	1	-	-	1	-
LTA	11	3	7	2	3	-	-
Hanseníase	-	-	1	-	-	1	1

Fonte: SIVE,UESC, Ilhéus.

A partir dos casos notificados de doenças transmissíveis do Salobrinho no quadro III, verifica-se que a dengue apresentou um surto em 1998, com tendência a queda nos anos subseqüentes e um aumento acentuado em 2001.

Quanto às doenças sexualmente transmissíveis, os casos notificados no período de 1995 a 2001 possibilitam inferir uma predominância pela tricomoníase nos anos 2000 e 2001, seguida da gonorréia presente de 1997 a 2000. A sífilis está presente com um aumento significativo de casos notificados no ano de 2000 e não ocorreu nenhum caso notificado em 2001. Em menor escala, estão notificadas às uretrites não gonocócica, uretrite gonocócica e o herpes genital.

Quanto à análise das tendências para a tuberculose, evidencia-se que houve um aumento significativo de casos notificados no ano 1997, seguido de uma redução no período subsequente e ascensão acentuada no ano de 2001.

Os indicadores de saúde do bairro do Salobrinho apresentados acima permitem inferir uma tendência de melhoria nos dados, a exemplo da mortalidade infantil, embora outros indicadores possibilitem inferir uma redução na velocidade dessa tendência, com discreta ascensão em algumas doenças transmissíveis.

Todavia, é necessário fazer algumas considerações a respeito dos dados apresentados. Primeiro, o número de casos de doenças de notificação compulsória para o bairro do Salobrinho no período referido poderá não corresponder à verdadeira ocorrência de casos, ocorrendo, assim, subnotificações. Segundo, o núcleo saúde da família é a principal fonte notificadora de agravos, isso explicita o fato de que agravos notificados e tratados fora do bairro, muitas vezes se não informados ao núcleo, não entrarão como dados no sistema de notificação de agravos. Também, os critérios de notificação não são tão claros para os funcionários do Núcleo Saúde da Família, que, desse modo, acabam por deixar casos por notificar. Além disso, considera-se que o preconceito é um fator relevante para algumas doenças transmissíveis. Somando-se a isso, alguns agravos não são notificados pela vigilância epidemiológica. Com isso, estima-se que mesmo com a PSF, a incidência siga o padrão nacional, ou seja, muito mais casos reais do que os notificados. Também, vale ressaltar, que os números registrados para análise são pequenos, dificultando dessa maneira, a análise e o cuidado às inferências.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para discussão dos resultados foi utilizado o substrato teórico-metodológico das representações sociais para analisar e discutir as Idéias Centrais e o Discurso do Sujeito Coletivo – DSC - dos sujeitos de estudo. Foram destacados pontos considerados de maior relevância quanto ao problema e objetivos do estudo, referentes à situação de saúde do Salobrinho, ganhos e perdas na saúde e a participação da população.

Analisei e discuti, a partir das idéias centrais e dos discursos dos sujeitos coletivos, as representações dos sujeitos da pesquisa, com base nas questões levantadas, que originaram as categoriais e as subcategorias.

Neste estudo, não tenho a pretensão de esgotar a discussão dos DSCs encontrados, todavia, objetivo destacar pontos considerados de relevância quanto ao problema e objetivos da pesquisa.

Dessa forma, optei por realizar a análise e discussões dos DSCs, a partir das representações convergentes dos sujeitos da pesquisa, dos diferentes grupos representados (lideranças, usuários e trabalhadores de saúde). Por vezes, algumas expressões-chave que geraram os DSCs tornaram-se repetitivas em outras respostas, de outras perguntas, conseqüentemente de outros DSCs. Quando assim o foi, a análise e as discussões foram realizadas uma única vez para não gerar repetições. Outras vezes situações antagônicas foram analisadas de acordo com as categorias.

Considero haver diferenciações nas representações sociais dos diversos grupos. As lideranças da comunidade são quem mais conhecem, vivenciam e acompanham a situação de saúde do Salobrinho, tendo uma visão mais abrangente e crítica quanto às políticas públicas implantadas e implementadas. Também, sabem melhor reconhecer as demandas de saúde da população, da necessidade de participação dos cidadãos, com mais enfoque nas condições de vida, nos determinantes do processo saúde-doença com abordagens de inferências políticas e sociais.

Os usuários da unidade de saúde do PSF representam uma maior identificação com o PSF; abordam questões sociais, porém não se percebem como sujeitos sociais do processo; buscam respostas imediatas para suas necessidades,

esperando que o conjunto de ações desenvolvidas na unidade de saúde lhes traga benefícios imediatos, atendendo aos seus problemas do estado de saúde, na expectativa de que as ações desenvolvidas sejam resolutivas e os satisfaçam. Caracterizo, então, o quanto o usuário está dependente do modelo assistencial privatista, preso a rituais de atendimento médico, dentro de quadros referenciais e de condutas que considero ser um problema de ordem cultural e central, a ser enfrentado na construção do novo modelo assistencial. Justifico tal entendimento, também, quando ressaltam o acesso aos medicamentos e as visitas domiciliares.

Os trabalhadores de saúde do PSF representam mais as questões setoriais do PSF, não deixando de revelar preocupações com o social. Atuam com uma visão focal, biologicista, caminhando em larga escala na perspectiva da prevenção de doença. Reconhecem o investimento do município no campo da saúde, na relação com a Universidade, nas ações desenvolvidas principalmente no que tange à educação em saúde. Diferenciam-se, por sua vez, os agentes comunitários, trabalhadores novos no campo da saúde, selecionados também por serem lideranças da comunidade e sensíveis às necessidades de saúde da população. Além disso, prestam uma grande contribuição à mudança do modelo de atenção, quando trazem constantemente os problemas de saúde da comunidade para os outros trabalhadores de saúde que em conjunto, buscam estratégias de ação para intervenções.

5.1 A situação de saúde do Salobrinho com o PSF: leitura de uma comunidade

A análise e discussão dos resultados em relação à situação de saúde do Salobrinho iniciou conforme a primeira pergunta do roteiro. A partir dessa, emergiram dos grupos estudados, desde representações positivas refletidas diante do reconhecimento das ações implantadas no Salobrinho, até representações negativas com visão de saúde mais crítica, com uma percepção de saúde mais globalizada.

Parte dos discursos remetem que “a situação de saúde do Salobrinho avançou muito com a implantação do PSF”, pela presença da ESF diariamente, pelo bom atendimento e pelas ações desenvolvidas. Outros DSCs consideram a saúde do

Salobrinho é precária. Compartilham desses grupos, lideranças comunitárias, usuários do serviço de saúde e os trabalhadores de saúde.

Grupo de lideranças comunitárias

Idéias Centrais

1	2	3
A saúde do Salobrinho está de parabéns; Nós temos um pessoal que tem um atendimento bom; Nós temos de ter, todos os dias, o dentista aqui; O Salobrinho é feito somente de pessoas humildes que saiu das fazendas de cacau.	A situação de saúde avançou com a implantação do programa saúde da família; Casos mais graves têm que ser encaminhados para Itabuna e Ilhéus.	A situação do Salobrinho é boa hoje; Tem um posto que têm médico diário, enfermeira chefe, enfermeiros, agentes comunitários.

A situação de saúde do Salobrinho é boa.

DSC

A situação de saúde do Salobrinho avançou muito com a implantação do PSF. Tem um posto com médico diário, enfermeiro, enfermeiro-chefe, agentes comunitários que tem um atendimento bom. Hoje está todo iluminado, a vacinação é diária, tem remédios, coleta de lixo, água tratada e o pessoal da Sucam vive olhando os poços no fundo do quintal para evitar a dengue, atendendo as necessidades do Salobrinho. O que deixa a desejar é a falta de atendimento odontológico, atendimento grave que tem de levar para o centro de Ilhéus ou a vizinha cidade de Itabuna e o saneamento básico que virá breve com o calçamento. O Salobrinho vai ficar muito bonito, porque aqui é uma vila universitária.
Entrevistados:1,2,4.

Grupo de usuários do serviço de saúde
--

Idéias centrais

1	2	3	4	5
A situação de saúde está razoável.	A situação de saúde está boa; O ruim é marcar a consulta para outra semana.	A situação de saúde melhorou muito com a reabertura do posto; Tem muita coisa a melhorar, não existe rede de esgoto; Quem não tem condição de ir ao posto recebe visita em casa.	A saúde está indo bem com a chegada do posto, tem médico a semana toda; Há visita em casa às pessoas que não tem condição de ir ao posto; É precário o esgoto, mas já estão botando a rede de esgoto.	A situação de saúde do Salobrinho não é muito boa, em compensação melhorou; Agora têm médico para atendimento direto, medicação e tudo.

A situação de saúde está razoável, melhorou muito com a reabertura do posto.

DSC

A situação de saúde do Salobrinho é razoável, melhorou muito com a reabertura do posto, tem médico a semana toda, porque sempre teve posto aí não tinha médico, Quando precisava de qualquer coisa tinha de ir lá para baixo. A nova equipe tem uma maneira muito especial de tratar a gente, não só com os idosos que tem problemas, como com outros, qualquer coisa, a gente precisando, vai lá e é atendido, medicação e tudo. Mês passado eu não tive condição de ir ao posto e a doutora teve aqui, visita em casa às pessoas que não têm condição de ir ao posto. Tem muita coisa a melhorar, é precário o esgoto, mas já estão botando rede de esgoto; já temos água encanada; relativo à saúde melhorou muito, mas ainda pode melhorar mais.

Entrevistados: 3,5,6,7,8.

Grupo de trabalhadores de saúde
--

Idéias Centrais

1	2	3	4	5	6	7
A situação de saúde do Salobrinho está bastante melhorada; Falta ambulância; Estão sendo implantados outros programas: DST, prevenção de câncer uterino.	Eu creio que a saúde está melhorando, não 100%; Os problemas sociais afetam a saúde das crianças.	A saúde do Salobrinho atualmente melhorou muito, considero a saúde boa, ótima.	A saúde melhorou muito depois do programa.	A situação de saúde do Salobrinho face, a essa estratégia de saúde de família está boa.	O atendimento cobre boa parte que a população necessita. Eu acho que está caminhando para melhorar, já foi bem pior aqui.	A situação de saúde do Salobrinho na questão de saúde melhorou, está bem melhor do que antigamente.

A situação de saúde do Salobrinho está melhorando depois do PSF

DSC

Eu creio que a saúde está melhorando, não é 100%. Há interesse por parte do governo, da comunidade e da UESC. Conta atualmente com uma unidade de saúde da família, que é composta por médica, enfermeira, auxiliar e agentes comunitários. A gente tem atendimento clínico, pediátrico, pré-natal, planejamento familiar, visitas domiciliares e educação em saúde. A enfermeira faz pré-natal, CD, planejamento, visitas e o auxiliar faz curativos, nebulizações e vacinas, cobre boa parte do que a população necessita. Com o PSF, queremos botar na cabeça do pessoal que não é curando que vai resolver os problemas, porque a gente tem aquela parte de educação em saúde, de prevenção. O problema é a referência e contra-referência, a gente vai de um lugar para outro, só vai por favores, por conhecimento, as pessoas querem vê se a gente fala que vai, que você vai ser atendido, a gente fica sem credibilidade é triste, tem médico que não sabe o que é o PSF. A dificuldade que nós temos aqui é o esgoto que já está sendo resolvido, a fome, o desemprego, a escolaridade baixa; não consegue emprego porque eram trabalhadores rurais. A comunidade queixa é não ter uma ambulância. Difícil também é a intersetorialidade, não tem de forma certa e regular, principalmente de ação social, a gente não vê organizado aquele conceito de saúde mais amplo de ter educação, moradia, lazer, tem que ter comida para tomar o remédio, alimentar-se bem, está caminhando, melhorou muito depois do programa.

Entrevistados 1,2,4,5,6,7,8.

As lideranças da comunidade geraram, em relação à situação de saúde do Salobrinho, DSCs de onde emergem eixos de representações que revelam uma situação favorável, positiva. Tal situação é reconhecida após: a implantação do PSF; a distribuição de água tratada; o trabalho da FUNASA na prevenção da dengue, através do trabalho dos agentes da dengue; a iluminação e a coleta de lixo. Todavia, as lideranças reconhecem a necessidade do bairro, de atendimento odontológico, saneamento básico e calçamento.

O grupo dos usuários considerou a situação de saúde do Salobrinho razoável, tendo melhorado após o acesso à água tratada e a implantação do PSF. Ressaltam as visitas domiciliares da equipe do PSF, o acesso ao medicamento e acesso à consulta médica, porém referem que ainda necessitam da rede de esgoto.

Os trabalhadores de saúde geraram DSCs que apontam que a situação de saúde do Salobrinho está melhorando depois do PSF, havendo mais interesse do governo, da comunidade e da UESC. Referem as atividades desenvolvidas na unidade de saúde, citando, como problemas, a referência e contra-referência em decorrência do desconhecimento dos médicos sobre o PSF; os problemas sociais existentes no bairro e o pouco desenvolvimento de ações intersetoriais.

Percebo que os sujeitos da pesquisa, quando indagados sobre a situação de saúde do bairro, fazem uma relação imediata com o serviço de saúde, caracterizando uma visão clínica, enraizada na população do modelo assistencial privatista voltado para as doenças das pessoas, que associa saúde à atenção médica.

O desenho para um novo modelo de atenção básica, através da estratégia saúde da família, tem como diretriz a reorganização da unidade de saúde por meio da organização de oferta e da intervenção sobre os problemas e necessidades, que busque eficiência e uma maior racionalidade de suas atividades, para alcançar a equidade e efetividade dos serviços de saúde. As atividades programáticas desenvolvidas no núcleo saúde da família deverão ter como objeto de atuação, as condições de saúde e doença referentes a situações concretas de vida de determinado público-alvo, em uma compreensão mais qualitativa dos determinantes envolvidos, e mais crítica nas formas de intervenções. Além do que deverá ter o acompanhamento das famílias cadastradas, ao longo da vida, em uma visão de promoção da saúde dos indivíduos e da comunidade (BRASIL 1999).

Apesar das atividades desenvolvidas pela ESF serem limitadas, elas buscam alcançar resolubilidade no primeiro nível de complexidade do sistema de saúde, antes não existente em outros modelos. Ressalto que ficam mais visíveis e comprometidas as relações de responsabilização, de identificação recíproca, de necessidades e prioridades individuais e coletivas no espaço-operativo da área de abrangência do Núcleo Saúde da Família. Todavia, percebo falta uma priorização nas ações da equipe de saúde, como também a necessidade de articular demanda espontânea com monitoramento permanente.

A relação ESF-usuários do Núcleo Saúde da Família do Salobrinho foi capaz de gerar acolhimento, pois permitiu uma atuação sobre o sofrimento do usuário, além de ter permitido o acesso das pessoas ao serviço de saúde. O princípio de atendimento humanitário, na proposta do PSF, despertou na equipe um agir diferenciado de produção de serviços e uma visão mais voltada para o atendimento integral. Se por um lado esse é um processo de aprendizado para toda a equipe de saúde diante das novas situações apresentadas, por outro existe dificuldade de como lidar nesse processo de novos valores, que fogem da formação da equipe de saúde.

Percebo que, aos poucos, a ESF foi modificando o conjunto de seus saberes, antes arraigados ao modelo privatista, para ser trabalhador coletivo de saúde em um processo de gestão de trabalho, sobretudo público. O Programa Saúde da Família busca romper o referido modelo, com propostas diferenciadas, quando tira o foco do atendimento na figura do médico e valoriza o trabalho em equipe, em que todos são co-participantes do processo do trabalho coletivo e em que são definidas as competências dos trabalhadores, dando autonomia no seu fazer. É nítida a quebra do poder centralizador do médico, através de sua efetiva integração com os outros membros da equipe saúde da família, havendo aí a participação de todos os membros na definição de prioridades e estratégias de problemas identificados.

Ressalto as ações desenvolvidas no bairro, quanto à água tratada, coleta de lixo, iluminação e ações de prevenção da dengue, que são caracterizadas como ações de promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas à condição de vida, ações essas inseridas nas políticas públicas desenvolvidas no Salobrinho e reconhecidas pela população. Tal perspectiva, me remete também a inferir que apesar dessas ações sociais terem sido desenvolvidas no bairro, elas estão fragmentadas e há necessidade

da equipe saúde da família de promover ações intersetoriais com envolvimento da população.

O PSF, como estratégia de organização da atenção básica, atua em Unidades de Saúde da Família, desenvolvendo ações a partir dos problemas identificados. Tais problemas exigem intervenções intersetoriais mais amplas, a exemplo da educação, do saneamento, do meio ambiente entre outras, em busca de promover a saúde e intervir nos fatores de risco (BRASIL 1999).

Destaco que os sujeitos da pesquisa têm expectativa quanto a esgoto sanitário, fundamental para melhoria do saneamento básico e conseqüentemente da saúde, ora iniciado sua construção, levando a população reconhecer a importância do mesmo. Também, os depoimentos revelaram a percepção dos trabalhadores em relação à educação em saúde, refletindo uma educação em saúde tradicional, que se tem de cuidar da saúde aprendendo sobre doenças, de forma diretiva, normatizadora, que culpa a população por seus problemas de saúde e reforça a sua situação de pobreza.

D'EL-Rey (2000) considera os paradigmas de educação em saúde como um desafio a ser enfrentado, identificando-os como problemas ambientais, econômicos, sociais, comportamentais e de formação de recursos humanos. Essa autora propõe como alternativa, o paradigma da educação em saúde holística, para fomentar o auto-conhecimento e auto-transformação do sujeito na melhoria de seu ambiente de vida, buscando-se emancipação dos sujeitos em um ambiente mais solidário e humano.

Outro ponto a considerar são as críticas pela falta de referência e contra-referência, não atendimento de pacientes mais graves, pois não há padronização desses encaminhamentos que garantam o atendimento segundo uma integração de serviços que dêem resolubilidade aos problemas do estado de saúde da população.

Apesar de a Bahia ainda não ter assinado a pactuação estadual com a NOAS, Ilhéus, estando na gestão plena do sistema de saúde, poderia intervir efetivamente na reorganização do seu sistema de serviços de saúde. Isso porque atualmente é o gestor municipal responsável pelas ações de saúde públicas e privadas do município, tendo o apoio do Conselho de Saúde. Tal circunstância representa um componente fundamental na reforma do setor saúde de Ilhéus e fortemente dependente da sua

capacidade de gestão. Isso significa uma redefinição do público e do privado, com o rompimento de barreiras existentes na média e alta complexidade instituída pela própria natureza do sistema capitalista, como também, pelas fortes tradições centralizadoras, que permeiam as ações vigentes nos formatos administrativos e gerenciais da própria organização, incorporada no setor saúde pelo modelo hegemônico que não atende às necessidades existentes. Isso não invalida os esforços já realizados pelo município, porém, a gestão plena do sistema municipal, estando em processo, exige o enfrentamento de uma diversidade de interesses, além de capacidades administrativas e gerenciais.

MENDES (2002b) refere que a existência de sistemas fragmentados de serviços de saúde no processo de descentralização incentiva o surgimento de microsistemas municipais de atenção secundária, com deficiências de oferta para o funcionamento de um sistema integrado de serviços de saúde. Também, necessário se faz a implantação de uma central de regulação com articulação nos âmbitos municipal microrregional e macrorregional, pois a população necessita de acesso a serviços de saúde de maior complexidade e o bairro fica entre dois municípios que historicamente atendem à população.

Também as críticas são geradas quanto ao não atendimento odontológico.

Em verdade, as ações de saúde bucal, realizadas até pouco tempo atrás, eram informações sobre higiene bucal para prevenção de cárie, desenvolvidas com as crianças da comunidade, pelos agentes comunitários, sob a coordenação de um dentista uma vez por semana. Atualmente, foi implantado o gabinete odontológico, que desenvolve também ações de extração, tratamento e prevenção em adultos e crianças, devendo atender a essa reivindicação da comunidade.

De certa forma, os depoimentos dos sujeitos da pesquisa respondem ao desenvolvimento da proposta do PSF iniciada após a IX Conferência Nacional de Saúde, quando políticas mais avançadas de descentralização das ações e serviços de saúde foram possíveis através da NOB-93 (BRASIL, 1993c), com equipes de saúde da família utilizando, na sua prática, a humanização do atendimento e estabelecendo vínculo entre servidores e usuários.

O processo de descentralização na gestão municipal não alterou a mudança de modelo voltado para a doença, assim sendo, a X Conferência propôs avanços na

política de saúde, como a estratégia de mudança de modelo através da NOB-96. De um lado, havia preocupações que o PSF fosse utilizado como políticas focalizadoras propostas pelo Banco Mundial e outros organismos internacionais, que defendiam uma atenção médica para pobres, contraditórias aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Por outro, considera-se equivocada a representação do PSF, como estratégia para o novo modelo assistencial do SUS, diante de uma situação tão heterogênea e complexa da população brasileira (PAIM 2002).

Tal situação evidencia a necessidade de novas pesquisas no campo institucional do setor saúde, para identificar os meandros de fazer política que os municípios enfrentam, pois implicam em uma nova forma de gestão, influenciadas por tomada de decisão, disponibilidade de recursos materiais e humanos, entre outros.

A precária situação de saúde do Salobrinho: visão da comunidade

De forma antagônica, outros DSCs fizeram emergir resultados que afirmaram que “a situação de saúde do Salobrinho é precária”, porque só há uma médica para toda a população; a marcação de consulta só acontece de 8 a 15 dias; o saneamento básico é escasso; a população é descrente no serviço público; há problemas de verminoses e desnutrição.

Grupo de lideranças comunitárias

Idéias Centrais

1

2

<p>A situação de saúde do Salobrinho não é muito boa; A população aqui é bem carente; Todo dia tem médico, agora para marcar uma consulta só daqui 8 a 15 dias.</p>	<p>A situação de saúde é precária; Existe uma má alimentação, crianças desnutridas, muita dificuldade financeira; Pessoas idosas com muitos problemas de saúde; Aqui pertinho da Universidade, acho que se a gente trabalhasse consegue melhorar a vida dessa gente.</p>
---	---

A situação de saúde do Salobrinho é precária

DSC

<p>A situação de saúde do Salobrinho não é muito boa, nós não temos médicos efetivos, temos um posto médico que falta tudo. Todo dia tem médico, agora para marcar uma consulta só daqui 8 a 15 dias, se você tem uma receita para pegar, não tem o medicamento, Quando tem, hoje não pega, só na sexta-feira, deveria ter um médico de plantão. Não tem carro nenhum, nem farmácia particular tem, abriu uma ali que nem medicamento tem direito, tem de ir para Ilhéus. A população aqui é bem carente, existe uma má alimentação, crianças desnutridas, pessoas idosas com muitos problemas de saúde, muita dificuldade financeira, as pessoas aqui que adoecem caem aqui e não tem transporte para levar, nem dinheiro da passagem tem. Aqui pertinho da Universidade, acho que se a gente trabalhasse, consegue melhorar a vida dessa gente.</p>
Entrevistados: 3,5.

Grupo de lideranças comunitárias

Idéias Centrais

1

2

<p>A saúde do bairro é precaríssima, a pobreza aqui é enorme, o índice de necessidades básicas é extremo;</p> <p>Poderes públicos ainda não levam muito a sério o problema da comunidade;</p> <p>A UESC tem melhorado bastante, mas há muita coisa a ser feita aqui na comunidade;</p> <p>O problema não é só do Salobrinho, mas de Brasil, há muita precariedade na área de saúde;</p> <p>Os hospitais públicos estão fechando por falta de verbas para atendimento ao público é mais do governo federal;</p> <p>O norte e nordeste é muito carente ainda de assistência de saúde, educação, moradia, de todos aqueles itens que são necessários ao bem estar social. A saúde do bairro é precaríssima, a pobreza aqui é enorme, o índice de necessidades básicas é extremo.</p>	<p>A situação de saúde do Salobrinho e, no âmbito nacional, a gente vê a coisa um pouco caótica;</p> <p>A UESC na verdade foi o caminho para o progresso do Salobrinho;</p> <p>Hoje nós temos, em nível de saúde, um posto médico que é o PSF funcionando;</p> <p>Nós temos um bairro populoso, precisamos de um mini-hospital, um sistema odontológico, uma ambulância.</p>
---	--

A situação de saúde do Salobrinho reflete a saúde nacional.**DSC**

A saúde do bairro é precaríssima, a pobreza aqui é enorme, o índice de necessidades básicas é extremo, a população é muito pobre, muito carente de coisas básicas como alimentação. Moradia aqui é precaríssima, moram em lugares com esgoto aberto. Atualmente temos um posto médico que é meio precário de medicamentos, não tem especialista, só um médico clínico e também o pessoal não é preparado para o trabalho. Temos assistente comunitário que frequenta nossa casa traz um tipo de informação do posto, temos também controle de pressão alta e dão orientação, está faltando uma maior integração do posto com a comunidade. Eu sinto que os poderes públicos ainda não levam muito a sério o problema da comunidade, de atender as necessidades básicas da comunidade como: saúde, educação, moradia. Eu sinto que o problema não é nem de comunidade, é de Brasil, há muita precariedade nessa área de saúde; hospitais públicos se fechando por causa de falta de verbas para atendimento ao povo; é mais do governo federal de não dar mínima condição, principalmente no norte e nordeste, é muito carente ainda de assistência de saúde, educação, moradia, de todos aqueles itens que são necessários ao bem estar social.

Entrevistados: 6,8.

Grupo de usuários do serviço de saúde
--

Idéias centrais

1	2	3
<p>A situação de saúde do Salobrinho é muito precária;</p> <p>Tem de marcar a consulta com 8 a 15 dias e a doença não espera.</p>	<p>A saúde não está muito boa, mas está melhorando;</p> <p>Só está mais ruim e esse esgoto;</p> <p>Uma consulta marca com 8 dias.</p>	<p>A situação de saúde do Salobrinho é péssima;</p> <p>Uma doutora só, para dar assistência a tanta gente, eu acho impossível;</p> <p>Uma ambulância é necessário para a comunidade;</p> <p>O privilégio é ter os agentes comunitários que vêm buscar gente em casa com problemas;</p> <p>Precisa de uma consulta hoje, só vai conseguir para daqui a 15 dias;</p> <p>O médico passa o medicamento e a gente pega no posto de graça, hoje é por conta do Estado.</p>

A situação de saúde do Salobrinho é muito precária.

DSC

A situação de saúde do Salobrinho é muito precária porque é uma médica só, para toda população e tem de marcar a consulta com 8 a 15 dias, a doença não espera. O bairro aqui é muito distante, encontrar uma ajuda demora um pouco, uma doutora só para dar assistência a tanta gente, eu acho impossível, a ajuda que tem não chega à metade do que estamos precisando, eu vejo muita gente reclamando. Eu tenho privilégio porque faço parte do programa, o médico passa o remédio e a gente pega no posto de graça, hoje o remédio é por conta do Estado, mas eu vejo muita gente reclamando. O privilégio é ter os agentes comunitários que vêm para ajudar buscar gente com problema em casa. Eu acho que aqui está precisando a saúde se desenvolver melhor: problema de alimentação, devido à pobreza; o saneamento ainda não está feito, está iniciando agora; uma ambulância é necessário para a comunidade e uma assistência constantemente, mas eu procuro viver de acordo com a minha condição de vida, lutando por um dia melhor, mas a nossa vida é caótica aqui dentro.

Entrevistados: 1,2,4

Grupo de trabalhadores de saúde**Idéias Centrais**

1

A situação de saúde é muito parecida com a maioria das comunidades carentes, muito precária;
É tudo política, só para os governantes conseguirem votos, então eles acham que a coisa que não vai mudar.

A situação do Salobrinho é muito precária.

DSC

A situação da saúde do Salobrinho é precária, muito parecida com a maioria das comunidades carentes. Os problemas mais freqüentes são verminose, desnutrição, descrença no serviço público, saneamento básico escasso, agora que estão trabalhando nesse sentido. Eu trabalho lá na margem do rio, a maioria das pessoas nem sequer tem vaso sanitário, jogam o lixo no rio, fazem as necessidades no rio, assim, como, usam aquela água para lavar roupa, beber e cozinhar. Há crianças desnutridas por mães que não amamentaram, até pelo descrédito da informação, pelo fato do PSF ser um programa novo, acham que a coisa não vai mudar que é tudo política só para os governantes conseguirem votos, mas pouco a pouco a gente vai conseguindo mudar a visão da comunidade. Eu creio que a saúde está melhorando, não é 100%, há interesse por parte do governo, da comunidade e da UESC. Conta atualmente com uma unidade de saúde da família, que é composta por médica, enfermeira, auxiliar e agentes comunitários. A gente tem atendimento clínico, pediátrico, pré-natal, planejamento familiar, visitas domiciliares e educação em saúde. A enfermeira faz pré-natal, CD, planejamento, visitas; e o auxiliar faz curativos, nebulizações e vacinas, cobre boa parte do que a população necessita. Com o PSF, queremos botar na cabeça do pessoal que não é curando que vai resolver os problemas, porque a gente tem aquela parte de educação em saúde, de prevenção. O problema é a referência e contra-referência, a gente vai de um lugar para outro, só vai por favores, por conhecimento, as pessoas querem vê se a gente fala que vai, que você vai ser atendido, a gente fica sem credibilidade é triste, tem médico que não sabe o que é o PSF. A dificuldade que nós temos aqui é o esgoto, que já está sendo resolvido, a fome, o desemprego, a escolaridade baixa; não consegue emprego porque eram trabalhadores rurais.

Entrevistado: 3

Nesse segmento, a situação de saúde do bairro foi considerada precária, apesar da implantação do PSF, pois existem dificuldades para marcação de consultas e de acesso ao medicamento. Revelam também a pobreza dos moradores, que gera

crianças desnutridas, dificuldades de acesso ao transporte. Além disso, revelam ainda o pouco envolvimento da Universidade para melhorar a vida dessa gente.

As lideranças que consideram a situação de saúde do bairro desfavorável, representam o PSF de modo a não atender as necessidades da população, pois faltam especialistas, não há integração entre a unidade de saúde e a comunidade, o que na prática, não funciona, sendo mais visto como instrumento de política, em que a população é usada. Eles valorizam os agentes comunitários que visitam as casas e lhe dão informações sobre cuidados com a saúde. Nessa perspectiva, há discursos em que os sujeitos associam saúde à atenção básica, de acordo ao próprio conceito de atenção básica referido anteriormente, enquanto outros representam saúde associada às condições de vida.

Os usuários da unidade de saúde do PSF representaram, em seus depoimentos, a situação de saúde do Salobrinho, que fizeram emergir DSCs que caracterizam a saúde como muito precária. Isso é justificado por ter só uma médica na unidade; pela espera de oito dias para acesso a uma consulta; pela não existência de ambulância. Destacaram como relevante, o papel dos agentes comunitários e o acesso aos medicamentos.

O segmento dos trabalhadores de saúde considerou a situação de saúde muito precária, devido às condições sociais da comunidade, ao grande número de crianças desnutridas, a pouca informação sobre o PSF, que por ser um “programa novo”, desconfiam ser ações de políticas partidárias.

A insatisfação gerada por esse grupo de entrevistados conduz a várias perspectivas. A primeira, defende que a população sempre vivenciou o modelo médico-assistencial privatista, centrado na demanda espontânea, seguindo a lógica do mercado, que estimula a captação da clientela e orienta a expansão do consumo. Nesse âmbito, a população é estimulada a utilizar a oferta de serviços pela lógica da doença, em que o indivíduo que vem ao serviço de saúde busca resposta para seu problema individual e específico, que causa limitação e sofrimento. Dessa forma, o indivíduo solicita assistência médica, não conhece os demais recursos disponíveis oferecidos pela unidade de saúde e desconhece a forma de como se organiza a unidade para atender a comunidade.

A segunda perspectiva remete à implantação de um serviço na comunidade, distante do município sede, que tem uma demanda espontânea reprimida, um conceito de saúde voltado para doença, gerando, dessa forma, expectativa de conhecer o novo, que está ali para lhe servir. Esta é uma perspectiva nova para os sujeitos que participam (usuários e trabalhadores), pois permeia os caminhos do entendimento, da necessidade de discussão do processo de mudança do modelo de atenção, que desloca o atendimento de uma demanda espontânea, para um atendimento de oferta organizada, em que ações programáticas estão presentes através dos programas especiais implantados. Nesse sentido, percebo uma dificuldade da equipe de saúde em priorizar as ações de modo a atender a demanda espontânea e efetuar o monitoramento permanente da saúde da população.

Dessa forma, a oferta organizada deverá estar pautada em ações programáticas, como estratégia de redefinição do processo de trabalho que atendam às necessidades da população, principalmente no que se refere aos fatores de riscos e agravos que a população está exposta (SCHRAIBER e col, 1996). Porém, o que percebo é o Núcleo de Saúde da Família implantando estratégias com treinamentos do enfermeiro e médico, que sufocam a ESF de atividades, com diminuição do atendimento à demanda espontânea, que sempre continuará acontecendo, em menor escala, mas sempre presente.

VASCONCELOS (2001) considera que a justificativa de falta de recursos materiais e humanos disponíveis para um atendimento mais amplo da população leva a uma necessidade de restrição das ações de saúde, com abordagem em poucos problemas de saúde, que atingem um enorme contingente de pessoas, utilizando-se baixos recursos para intervenção de maneira eficaz. Ficam as ações delimitadas e padronizadas a requerer pouca qualificação profissional para sua execução, com metas a serem cumpridas de acordo critérios estatísticos, não havendo, pois, dúvidas quanto ao impacto na redução da morbi-mortalidade que acontece com baixos custos investidos e grande repercussão.

Esse modelo para a reorganização da atenção básica, operacionalizada na estratégia saúde da família, com ações na atenção à saúde da criança, doenças crônicas, entre outros problemas do estado de saúde, apresenta como um desafio na

gestão da crise financeira vivenciada pelo Estado que busca respostas baratas e simplificada às pressões da população.

Todavia, também há necessidades globais (lazer, cultural, ambiental, etc) da população, sem menosprezo a outras dimensões biológicas e sociais normalmente presentes em cada problema de saúde para uma atenção mais integral pela própria diversidade de cada população.

O desconhecimento dos médicos das unidades de referência quanto ao PSF referido pelos trabalhadores de saúde denota a necessidade de desenvolvimento de práticas de comunicação social entre os sujeitos sociais participantes do sistema de serviços de saúde e permite aos mesmos, uma compreensão da estratégia saúde da família como reorganização da atenção básica (MENDES 2002b).

O PSF, tendo o propósito de ser uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, continua a retratar-se nas suas origens no método de gestão e organização verticais, que se aproximam do sanitarismo brasileiro. Apesar de as autoridades de saúde declararem que o PSF representaria a mudança do modelo assistencial da realidade brasileira através do SUS, essa visão estará equivocada se não forem tomadas medidas, a partir de cada realidade, diante dos problemas apresentados. Ressalto que, mesmo em pequenas comunidade, como o bairro do Salobrinho, a realidade é complexa, pois a heterogeneidade da população gera contextos complexos.

Também, considerando as críticas advindas da sala de espera do Núcleo Saúde da Família, é importante estar sensível aos ruídos vindos da comunidade, pois neles estão sinais de insatisfação do usuário, sinais esses que necessitam de estratégias de intervenções para efetivação de práticas de saúde que acolham, vinculem e resolvam os problemas, no sentido de promover e proteger a saúde, com base também em contradições sociais e de situações-problema à sua volta (MERHY 1997).

A recepção dos usuários não pode ficar restrita à prestação de informações sobre os tipos e horários de atendimento e a área física da unidade, pois, dessa forma, a equipe de saúde contribui para a criação de uma hipertrofia de normas na recepção da unidade, que valorizam os documentos necessários para inscrição, horários, fluxo de atendimento, muitas vezes funcionando como uma barreira

limitante ao acesso à assistência e, por isso, torna uma situação de tensão na unidade.

Assim, a equipe de saúde controla serviços e recursos importantes para a população, sendo capaz de dificultar ou facilitar o atendimento, sem levar em conta que a mesma deve ser tratada com atenção e de acordo às suas necessidades.

Nessa perspectiva, MENDES (2002b p.60) afirma: “Isso reflete a ausência de normatização dos processos de trabalho adequado e a pressão que a demanda exerce sobre a atenção médica, decorrente de uma deficiência nos processos de recepção e de orientação dos fluxos internos nas unidades de saúde”.

As dificuldades na relação entre serviço de saúde e comunidade, geradas por conflitos de distribuição de fichas para o atendimento médico, desencadeiam sentimento de revolta, diante dos trabalhadores na linha de frente, que por vezes, os usuários expressam toda uma angústia de insatisfação por tal situação. Por um lado, os usuários atualmente menos resignados, sem a proteção dos coronéis do cacau, sem perspectiva de mudança de vida, vivenciam um contexto mais democrático, em que as informações demonstram uma melhoria dos serviços de saúde. Porém, na prática, quando enfrentam barreiras em seu acesso, apresentam uma atitude de agressividade pelo convívio de um cotidiano, que com a força dos mecanismos de coerção e exclusão social, assusta a equipe de saúde. Por outro lado, é comum ouvir relatos dos trabalhadores, de comportamentos incoerentes dos usuários, que expressam uma visão parcial da realidade, pois os trabalhadores distanciam os problemas sociais, de exclusão e sofrimento dos usuários, e enfatizam os aspectos negativos comportamentais pertencentes ao quadro de pobreza.

Tais aspectos contribuem para a ampliação do preconceito contra os usuários, vítimas em uma sociedade historicamente excluída, desigual e injusta que nessas situações evidenciam que os trabalhadores pouco diferenciam conflitos internos, pois a prática da equipe de saúde, pouco reflete o entendimento da realidade e dificultam a busca conjunta de possibilidades e procedimentos específicos, capazes de superar os problemas de saúde de forma flexível no atendimento da população.

Vale ressaltar, também, que há uma super valorização de ações de promoção e prevenção, em detrimento das ações de assistência por parte dos trabalhadores, em que a rigidez dificulta a flexibilidade de ações da clínica que estão também na

concepção de atenção básica do Ministério da Saúde, ignorando então, a cultura assistencialista vivenciada pela população, como também o valor das ações clínicas desenvolvidas por outros membros da equipe de saúde. Nessa perspectiva, percebo a dificuldade do novo modelo em manter elementos positivos do anterior.

Dessa maneira, a relação de poder dos trabalhadores sobre os usuários é caracterizada no núcleo de saúde da família do Salobrinho. FOUCAULT (1985) analisou o poder como algo difuso, imperceptível, que funciona e se exerce em rede, não estando em lugar nenhum, mas nas mãos de muitos. Refere que a dominação global é sustentada por micropoderes, com relativa autonomia, acontecendo com múltiplos atores sociais. Os indivíduos não são neutros, são sempre pontos de transmissão, reorientação ou reforço de poder. O autor considera que, para entender o poder, é preciso perceber as táticas e técnicas de dominação no detalhe da vida social e compreender como os diversificados mecanismos de poder são utilizados, transformados e ampliados pelas diversas formas de dominação, buscando esclarecer como os interesses mais gerais se apresentam, acontecem e são orientados no cotidiano. Para o exercício do poder, é necessário produzir, organizar e pôr em circulação saberes que o tornem legítimo, para tornar as práticas cotidianas de conformismo e de resistência que acontecem no dia a dia, fundamentais na sustentação e na superação da dominação que marca a sociedade.

Portanto, é importante, no processo de descentralização, também a mudança da cultura dos trabalhadores de saúde e dos usuários. Tal mudança pode ser promovida, se houver investimento em educação em saúde, que ultrapassem aos treinamentos técnicos e cheguem a refletir questões da metodologia de condução do grupo ou da relação com os usuários, que seriam as grandes dificuldades, no entendimento dos micro-poderes presentes no contexto.

Para MERHY (1997), o acolhimento dos usuários implica em mudanças na porta de entrada dos serviços de saúde, com introdução de mudança na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas da releitura das necessidades sociais da população.

Dessa forma, a mudança visa a atender a um sistema de serviços de saúde descentralizado, que busca ser mais acessível aos usuários, de forma equitativa,

cabendo ao Estado, em sua responsabilidade social, prover serviços que atendam às necessidades da comunidade.

Os critérios pré-estabelecidos no dimensionamento da área e na composição da equipe têm trazido questionamentos, devido ao condicionamento e ao repasse de recursos federal e estadual, sob a forma de “incentivos” aos municípios, pois os projetos estruturados que não atendem à estratégia saúde da família proposta pelo governo não fazem jus aos recursos adicionais. Tais critérios significa que os recursos de incentivo só serão destinados aos projetos alinhados ao modelo proposto pela gestão pública, sem alternativas de abertura de outras propostas para comparações e análises de adequação, que sejam competentes e estejam de acordo com a legislação vigente do SUS, pois sendo o Brasil extenso e com realidades distintas, são válidas outras experiências.

Municípios que optaram por vivenciar outros projetos têm enfrentado escassez de recursos, pois novas portarias continuam a ser emitidas pelo Ministério da Saúde, com privilégio a produtividade de serviços para enfrentamento dos grandes problemas a serem solucionados com escassos recursos, em detrimentos de novos projetos que contemple a realidade de cada município.

Portanto, há necessidade da quebra de rigidez do serviço, diante da complexidade e diversidade existente, quanto às padronizações de condutas e procedimentos, nos horários, em um estilo de gestão de serviços descentralizado, democrático, que valoriza a autonomia e liberdade de iniciativa das equipes de saúde.

Outra referência atribuída pelos sujeitos da pesquisa foi relativa à precária situação de saúde referente às condições de vida, citando o escasso saneamento básico, a verminose e a desnutrição. Tal quadro é agravado pela crise da lavoura cacaueira, que aumentou o desemprego e dificultou o acesso à terra, quando ainda se tinha, além do salário do trabalhador rural, acesso aos alimentos, como banana, jaca e cajá, oriundas de plantações próprias da lavoura cacaueira. Nessa perspectiva, há uma visão de saúde associada à condição de vida, havendo necessidade de políticas sociais públicas integralizadoras que permitam contribuir em defesa da vida.

Apesar da queda da qualidade de vida de grande parcela da população, os indicadores de saúde, sinalizam melhorias, devido à ampliação da assistência à saúde com terapias simplificadas, a exemplo da implantação da atenção integrada às

doenças prevalentes na infância, que contribuíram para melhoria dos indicadores de mortalidade em menores de um ano.

Lugares em que a situação de condições de higiene e alimentação são mínimas geram problemas para a saúde pública, diante dos recursos disponíveis, e a condição de vida passa a ser um problema de saúde (VALLA 2001). Diante disso, a atividade educativa desenvolvida pela equipe de saúde da família contribuiu para mitigar melhorias no estado de saúde da população.

Os problemas referidos nessa etapa da pesquisa, remete à necessidade de novas pesquisas, de natureza sócio-antropológica, referentes às condições de vida e saúde nas áreas de abrangência dos núcleos saúde da família.

A UESC e o Salobrinho

Apesar de estar inserida no bairro, a UESC é pouco reconhecida pela comunidade. Os antigos moradores que vivenciaram as mudanças do crescimento do bairro após a implantação da Universidade reconhecem seu papel na geração de empregos e acesso à educação, porém os sujeitos da segunda etapa da pesquisa (lideranças, usuários e trabalhadores) pouco referem a mesma. Em tal perspectiva, algumas lideranças comunitárias ressaltam o papel da UESC no bairro, enquanto outros líderes referiram que a mesma poderia fazer muito mais.

Tal percepção leva a reforçar a atuação da UESC em ações de caráter assistencialista, pontuais e fragmentadas que ora são valorizadas e ora são esquecidas, embora se reconheça seu potencial.

ZANCAN & BODSTEIN (2002) referem à experiência de desenvolvimento local e promoção da saúde conduzida pela ENSP/FIOCRUZ junto às comunidades de Manguinhos, no Rio de Janeiro, baseada na concepção de desenvolvimento que envolve os aspectos sociais, humanos, econômicos, culturais e ambientais, com participação e envolvimento de organizações locais. Tal experiência se desenvolve, a partir das estratégias de articulação entre parceiros, do diagnóstico de necessidades e potencialidades locais geradas para sua implementação com resultados significativos, no fortalecimento de princípios de cidadania, imprescindível ao

processo de melhoria de qualidade de vida dentro de um ambiente sustentável e saudável.

Tais experiências são exemplos de co-responsabilidade que envolve o Estado e a sociedade civil, visando a promoção da saúde com pluralidade de parcerias e projetos para o fortalecimento de uma comunidade.

5.2 A participação da população nas questões de saúde

A participação da população nas questões de saúde do Salobrinho, através dos DSCs e das idéias centrais, apontam para uma análise e discussão dos resultados que fazem emergir representações de um pequeno grupo, que considera haver participação da população, e outro maior, que considera que a população não participa das questões da saúde no Salobrinho.

A participação da população, representada por parte dos discursos das lideranças, usuários, trabalhadores, considera que a população participa de três formas. A primeira, através das reuniões com o prefeito ou autoridade designada, a fim de discutirem as necessidades da comunidade e viabilizarem soluções. A segunda, através de grupos específicos (hipertensos e diabéticos, mães, gestantes), em que a ESF busca prevenir as doenças e os usuários a ter acesso aos medicamentos e, por fim através das reuniões da pastoral da criança.

Grupo de lideranças comunitárias

Idéias Centrais

1	2
<p>A população do Salobrinho participa de todas as questões de saúde, o prefeito vinha aqui, o secretário conversava com todo mundo, pedia opinião ao pessoal;</p> <p>Reuniões dos hipertensos, reuniões com as mães de famílias que tem filhos, tem reuniões com essas mocinhas fora do prumo;</p> <p>Tudo isto é aqui no Salobrinho no sentido de melhorar a saúde do povo.</p>	<p>A população do Salobrinho tem participado das questões da saúde, Além do programa dos hipertensos, a população tem discutido sobre problemas de saneamento básico;</p> <p>Não temos efetivamente uma associação, se discute essas questões em esquinas, porta de bar, sempre a população está discutindo esse problema.</p>

A população participando no Salobrinho

DSC

<p>A população do Salobrinho participa das questões da saúde, há um tempo atrás o prefeito vinha aqui, o secretário conversava com todo mundo, pedia opinião. Hoje têm reuniões com hipertensos, mães de crianças pequenas, meninas fora do prumo, além disso, a população discute saneamento básico. Não temos efetivamente uma associação, sempre a população está discutindo essas questões em esquinas, porta de bar, tudo isto é aqui no Salobrinho no sentido de melhorar a saúde do povo.</p>
<p>Entrevistados: 1,2.</p>

Grupo de lideranças comunitárias

Idéias Centrais

1

2

Participa em reunião da pastoral, do bairro, nas festas comemorativas, mas ainda não se discute saúde.	Ela se reúne em forma de reuniões, de eventos; O PSF desenvolve um trabalho com idosos, hipertensos, mas é pouco.
--	--

As reuniões na comunidade

DSC

A população participa em reuniões da pastoral, do bairro, nas festas comemorativas. Hoje depois da implantação do PSF desenvolvendo um trabalho com idosos, hipertensos, começaram a entrarem contato com a comunidade, os agentes de saúde, mas é pouco. Temos que realmente fazer muito, fazer com que a comunidade se sinta realmente comprometida com a saúde e as autoridades também tenham um compromisso com a saúde dessa comunidade, mas ainda não se discute saúde, falta muito mais a comunidade com a saúde, a saúde com a educação, falta muito mesmo.

Entrevistados: 5,8.

Grupo de usuários do serviço de saúde
--

Idéias Centrais

1	2	3
Participa, tem a pastoral da criança e a comunidade em cooperativa que visita as crianças; Se discute os problemas de saúde uma vez por mês.	Discutem pouco, tem as reuniões no final do mês; Discutem problemas de saúde.	As reuniões são com grupos específicos; Os hipertensos têm a garantia do medicamento.

A população participa em grupos específicos dos programas.

DSC

Participa, tem a pastoral da igreja católica em que a comunidade faz uma cooperativa para sair nas portas, para saber se os meninos estão bem, uma vez por mês à tarde se discute os problemas de saúde. Tem as reuniões em que eles falam do médico de família, discutem os problemas de saúde, no final do mês. Nas quartas-feiras, na igreja católica, a médica e a enfermeira medem a pressão, procuram saber sobre a saúde, saber a melhora que a gente está sentindo, no outro dia a gente pega o remédio no posto que precisa, sempre discute os problemas do bairro.
Entrevistados: 5,7,8.

Grupo de trabalhadores de saúde
--

Idéias Centrais

1	2	3	4
<p>Eles participam sempre buscando os serviços;</p> <p>Estamos tentando buscar parceiros juntamente com a UESC;</p> <p>A gente sente muito a falta de capacidade para abordar o assunto.</p>	<p>Eles aceitam tudo o que a gente faz em relação com eles na saúde;</p> <p>Eles não discutem os problemas do bairro;</p> <p>Eles ainda são meio devagar ainda, os moradores não tem ainda iniciativa de formar um Conselho.</p>	<p>Participa sim, através de reuniões comunitárias, os programas estão sendo desenvolvidos;</p> <p>A comunidade tem prestado muita ajuda juntamente com os agentes comunitários, são acatados os programas.</p>	<p>A população participa das nas reuniões das microáreas, agora não são reuniões regulares;</p> <p>Os hipertensos, diabéticos e idosos são a parcela da comunidade que a gente mais discute;</p> <p>A comunidade a gente não pode mobilizar por problemas políticos, pela falta de interesse da própria equipe;</p> <p>A gente tem que se preparar para conseguir fazer o Conselho junto com a comunidade.</p>

A população participa dos programas de saúde.

DSC

A população participa através de reuniões comunitárias, sempre buscando os serviços, nos eventos, nos grupos de hipertensos, de diabéticos, eles aceitam tudo o que a gente faz em relação a eles na saúde. Não é que participa, já tentamos implantar o Conselho, mas não conseguimos reunir um número suficiente de pessoas para participar. Estamos tentando criar novos meios, outros estímulos. Estamos tentando buscar parceiros juntamente com a UESC, para vê se consegue algum treinamento de Conselho.

Entrevistados: 1,5,6,7.

Quanto à participação da população nas questões de saúde, as informações de um grupo das lideranças do Salobrinho geraram DSCs representados pelos que consideram existir uma efetiva participação da comunidade, através da vinda do prefeito e secretários, para discutirem as necessidades da comunidade e viabilizarem soluções, como também, através das reuniões de grupos específicos para prevenção de doenças.

Os sujeitos da pesquisa consideram que participam, quando são convocados para discutirem os problemas e proporem ações a serem desenvolvidas. Porém, essa perspectiva remete as indagações: Quais são as relações de poder que se estabelecem entre o gestor e a sociedade? As decisões já estavam tomadas? A ótica de participação do gestor é vista como colaboração, na medida em que os usuários são tutelados. Nesse caso, não existe preocupação com a participação da população, pois as pessoas ou a organização só têm ingerência sobre o processo quando solicitados, havendo um controle do gestor, que acumula poder quando reforça seus ganhos políticos. Dessa forma, o gestor desconsidera os saberes dos atores sociais, para utilizar-se das pessoas com baixa renda, para obtenção de futuros dividendos políticos, sem nenhuma preocupação na construção desse sujeito histórico e participativo.

Esses atores sociais se configuram através das relações dos temas abordados nos espaços de participação e dos interesses afetados diante das soluções propostas, pois o poder acumula ou desacumula a partir da participação desses atores sociais.

Nesse caso, para o núcleo saúde da família do Salobrinho, faz-se necessário uma articulação para reforçar ou diminuir o poder das lideranças, analisando como são gerados os interesses políticos, corporativos, associativos e religiosos locais, e os mecanismos e as determinações para formulações de transformações realistas com possibilidade de êxito.

Na reorientação do modelo de assistência a partir da atenção básica, é necessário valorizar a dimensão política do PSF para incentivar a construção de uma comunidade cidadã, que tenha a partir da participação dos diversos segmentos sociais, na decisão do destino da comunidade, que valorize situações mais carentes na busca de uma equidade social. Tais situações estão sinalizadas no Sistema Municipal de Informação e disseminadas junto com a vivência da comunidade, poderão instrumentalizar decisões que visem atender às necessidades e demandas da sociedade local. Essas atividades são atribuições da equipe saúde da família e deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente, através dos indicadores de saúde de cada micro-área de atuação.

Quanto à participação da população nas questões da saúde, uns usuários sentem necessidade de discussões na comunidade. Consideram que a falta de tais discussões se dá mais por culpa da própria comunidade, que não liga para essas coisas, “é meio devagar”. Reconhecem que saúde é um direito de todos e que o povo deveria reivindicar mais. Para outros usuários, a participação da população nas questões da saúde se dá através de programas de grupos específicos, a exemplo do grupo de hipertensos, que permite o acesso ao medicamento.

Nessa perspectiva, percebo que os sujeitos da pesquisa consideram a participação da população como uma participação comunitária, pois a referem quando grupos específicos se reúnem para prevenir agravos, obter informações e ter melhor acesso ao serviço de saúde. Nesse caso, a participação atende à atribuição da equipe saúde da família de estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e às alternativas para a resolução dos problemas prioritários, identificados pela comunidade.

Quanto à participação da população nas questões da saúde, um grupo de trabalhadores de saúde considerou a participação da população através das ações

programáticas implantadas, referindo-se à dificuldade de implantação do Conselho Local de Saúde e à necessidade de buscar a UESC como parceira.

Ressalto a deficiência de uma discussão mais aprofundada no modo de relação entre os profissionais e a população local. Tais trabalhadores continuam com práticas que priorizam abordagens individuais ou de relação com os grupos comunitários voltadas para a clínica e desprezam o fortalecimento da capacidade dessas famílias de lutar e buscar a saúde de seus membros. Nessa perspectiva, considero haver uma dificuldade na capacitação da equipe saúde da família para atuar de modo a fomentar participação da população.

Todavia, a relação com a população não se restringe a grupos organizados, com valorização das trocas interpessoais, que acontecem nos contatos através das consultas individuais, reuniões educativas e visitas domiciliares. Por um lado, é agravante esta percepção, pois não contribui como estratégia de mudança do modelo assistencial, além disso, o conformismo por tal situação acomoda, visto que atuam em um aspecto imediato e específico de prevenção de agravos, tendendo a percepção e a intervenção dos trabalhadores e usuários locais a ficarem restritas nesse aspecto. Qualquer intervenção individual no domicílio é considerada familiar, não se diferenciando situações de risco vividas pelas famílias em diferentes contextos familiares. Ressalto ainda a vinculação do acesso ao serviço aos medicamentos, que para o serviço estão implícitos nesse contexto como troca de benefícios.

Por outro lado, o contato da equipe saúde da família com a comunidade deve ser percebido como um espaço de práticas coletivas, de forma a considerar o direito à saúde, em que o diálogo é fundamental para manter as relações sociais e poderá construir sujeitos autônomos, participativos, que beneficiem interesses coletivos de saúde (VASCONCELOS 2001).

Na implementação da estratégia do Programa Saúde da Família, com vistas à mudança do modelo assistencial, é importante a conscientização de todos os atores sociais do processo, sejam eles trabalhadores, usuários e lideranças, pois a avaliação e consolidação de um novo modelo, a partir da reorganização da atenção básica, depende principalmente da participação de todos, valorizando ou abrindo espaços para a participação dos indivíduos e grupos locais em suas atividades. Também é

importante identificar atores sociais que poderão participar do processo de gestão, seja através de comissões locais de saúde ou não.

Vale ressaltar também, que na reforma sanitária, é pressuposto que os gestores conheçam as necessidades da população, tenham capacitação técnica para, com eficácia social, responder às demandas da população para não cooptar às forças sociais participantes. Também é que os movimentos sociais e os distintos setores organizados da sociedade tenham capacidade de vivenciar a participação da população, com novas modalidades de gestão através de um exercício de cidadania pelo controle social, com poder deliberativo e participativo (COHN e ELIAS, 1999).

A área de abrangência do núcleo saúde da família, com suas respectivas micro-áreas, deverá ser considerada espaços coletivos, entendido como determinado lugar, em determinado tempo, que visam a analisar problemas e deliberar intervenções que interfiram em um melhor modo de vida das pessoas.

Tal perspectiva deverá ir além do discurso, procurando entender o contexto social em que se dão os problemas, as condições em que as pessoas se constituíram e se relacionam na comunidade, contribuindo para o entendimento de que a reorganização da atenção básica para mudança do modelo assistencial tem produzido significados para os diferentes atores sociais, assumindo práticas diferentes em diversos espaços do país.

(Des)construindo a mudança sem a participação da população

Um segundo grupo, composto da maioria dos sujeitos entrevistados considerou que a população não participa das questões da saúde e, por isso, sentem a necessidade de tais discussões na comunidade. Esse grupo culpa a população de ser acomodada e sofrer ingerência política pelo poder local, ao tempo em que há referência, pelos trabalhadores, da importância do conselho local de saúde, para o entendimento do processo de mudança na saúde.

Grupo de lideranças comunitárias

Idéias Centrais

1	2	3	4
Nunca ouvir falar que tivesse reuniões com pessoas da comunidade para discutir saúde.	Eu não participo, fico afastada.	A comunidade não se reúne para discutir os problemas; A integração entre o posto de saúde e a comunidade é insuficiente; Muitas pessoas não são alfabetizadas, tudo isto colabora; O povo não crê no governo; A comunidade está incrédula.	O Salobrinho já recebe o que foi implantado, a discussão não acontece com a comunidade; A comunidade não é ouvida; Tem um grupo que dá para colaborar.

A população não participa das questões da saúde.

DSC

A comunidade não se reúne para discutir os problemas, o Salobrinho já recebe o que foi implantado, a comunidade não é ouvida. A integração entre o posto de saúde e a comunidade é insuficiente, muitas pessoas não são alfabetizadas, tudo isto colabora.

Entrevistados: 3,4,6,7.

Grupo de usuários do serviço de saúde
--

Idéias Centrais

1	2	3	4
Não tem reuniões	Não tem reuniões frequentes, o pessoal não liga para essas coisas.	Não tem reuniões periódicas; O povo é meio devagar; Quando tem reuniões, o povo deveria reivindicar mais; Saúde é um direito nosso, todo mundo tem o direito de viver melhor.	O pessoal é meio desligado, não tem aquela preocupação de se reunir; de crescer mais de ter conhecimento do que é bom para eles próprios, discutir seus problemas.

A população sente necessidade de discussões sobre a comunidade.

DSC

Não tem reuniões periódicas, o povo é meio devagar, meio desligado, não tem preocupação de se reunir, de crescer mais, de ter conhecimento do que é bom para eles próprios, discutir seus problemas. Quando tem as reuniões, o povo deveria reivindicar mais, saúde é direito nosso, todo mundo tem direito de viver melhor.
Entrevistados: 2,3,4,6.

Grupo de trabalhadores de saúde
--

Idéias Centrais

1	2	3	4
Não, eles são muito acomodados, a gente agora com o PSF está mudando aos poucos; Agora o PSF está tentando sensibilizar esse pessoal a se unirem mais, a formar o Conselho Local de Saúde; Há uma resistência muito grande, eles acham que tudo está envolvendo política.	Uma das idéias é implantar o Conselho Local de Saúde; Essa nova visão de saúde pública tem influenciado o processo de participação; Eles têm a consciência que precisam mudar, das necessidades deles, mas a comunidade está desacreditada, pode reclamar sim, mas vai reclamar e vai ficar por aquilo mesmo, eles acham que quando tem a reunião que quando convocam para falar dos problemas, eles falam porque vai ter campanha.	A população não participa, não reúne, eles não tem interesse quando chega a responsabilidade; Acho que é o preparo que eles não tem, não estão acostumados com isso; É aquela coisa de transformar o presente; A associação não atende as necessidades no que tem de ser feito.	A população não participa; Nós tentamos formar o Conselho, mas não conseguimos porque a população não ia às reuniões.

A população não participa.

DSC

A população não participa, não reúne, o pessoal daqui do Salobrinho é muito acomodado fica reclamando demais isoladamente. Sempre houve associação de moradores, mas nunca resolveu nada, não tem uma consciência coletiva. Começou a haver uma mudança com o PSF, que está tentando sensibilizar esse pessoal a se unirem e formar o Conselho Local de Saúde, mesmo assim, é uma resistência muito grande deles. Realmente eles não têm interesse, quando chega a responsabilidade, acho que é o preparo que eles não tem porque é essa falta de credibilidade mesmo, até mesmo porque eles não estão acostumados com isso, eles acham que tudo está envolvido com a política. Que a gente ainda está construindo a participação do povo. A gente retornou a fazer reuniões para que eles vejam que era algo sério e que depende deles também para que sejam resolvidos alguns problemas. O Conselho Local é a oportunidade para eles entenderem que vai haver a mudança. É aquela coisa de transformar o presente, nós estamos querendo fazer e estamos tentando fazer.

Entrevistados: 2,3,4,8

Na implantação do PSF no Salobrinho, a população teve interesse em ouvir esclarecimentos sobre a sua participação nas propostas para a saúde do bairro, porém, não houve continuidade da equipe saúde da família na discussão permanente sobre o conceito de cidadania, com ênfase nos direitos de saúde e nas bases legais que os legitimam, tendo confundido a população quanto às propostas de saúde e às políticas partidárias.

Em decorrência da baixa mobilização do Salobrinho, percebo um enfraquecimento das lideranças, com o afastamento dos antigos líderes mais envolvidos com o clientelismo do poder político, como se a população tivesse aprendido a diferenciar a interferência clientelista da associação.

O bairro do Salobrinho, apesar de já ter tido representações no legislativo municipal, essas não foram efetivas e tiveram como consequência a não continuidade, pois geraram interesses próprios, de benefícios de parentes, em que se considerou ser mais importante a manutenção das relações com o executivo, do que

reuniões para organização da comunidade, contribuindo, desse modo, para reforçar a desconfiança da comunidade em relação aos interesses das lideranças. Apesar disso, no processo de municipalização da saúde, o envolvimento da participação da comunidade impôs uma postura democrática na esfera municipal, principalmente pela atuação dos gestores e dos movimentos sociais (COHN e col, 1991).

Outros trabalhadores consideraram que a população não participa das questões da saúde, pois a comunidade é muito acomodada, não tem interesse e sofre muita ingerência política pelo poder local. Reconhecem as melhorias que aconteceram após a implantação do PSF, porém, sentem a necessidade do Conselho Local de Saúde, para promoção da mudança na saúde no Salobrinho.

Tal perspectiva leva a se refletir a história de repressão no Brasil até a década de 80, imposta pelo governo militar, atrelada ao não investimento em uma política educacional, uma política de saúde voltada para expansão de serviços de saúde privados, para o difícil acesso a serviços de saúde que atendessem as demandas das comunidades, que deram prioridade ao crescimento econômico em detrimento das políticas sociais. Tal história contribuiu para a não participação da população nas reivindicações de seus direitos.

Vale ressaltar que na Bahia continua uma política repressora sustentada ao longo das últimas décadas, por privilégios ocorridos na política estadual, tendo inferências no setor saúde que geraram atrasos não só na acessibilidade aos serviços de saúde, como também nas propostas de mudanças que significassem direito à saúde. As ações desenvolvidas tidas como “avanços” são decorrentes da imposição de vinda de recursos financeiros atrelada à implantação de propostas de mudança de modelo, com decisões contraditórias e emperramentos que desencadearam constantes conflitos no Conselho Estadual de Saúde, como também dificuldades na integralização na média e alta complexidade. Tal situação reflete que o papel regulador do Estado pouco acontece, estando a Bahia carente uma história de construção progressiva em que haja participação social.

Considero que a não participação na construção de um novo modelo assistencial contribuíram para que as equipes de saúde vindas dessa história de repressão sejam pouco preparadas para o enfrentamento de situações de conflitos em que haja predomínio de consensos e que se privilegie o atendimento das

necessidades da população. Além disso, a deficiência quanto a área de saúde pública na formação de recursos humanos, é considerado um dos nós críticos na mudança do modelo assistencial.

Dessa forma, a percepção que permeia entre os trabalhadores de saúde, quanto à participação popular, têm enfoque como algo nas associações de moradores e nas Comissões Locais de Saúde, restringindo a visualização de uma rede submersa de usuários ativos, envolvidos na busca de melhorias, muito mais ampla do que nas organizações formais.

CARVALHO (1995), ao analisar os conselhos de saúde considerou sua representatividade mais política do que social, revelando uma coerência ao projeto político, que o inspirou, quando se apropriam de parte do poder de governo que lhe é conferido e da ampliação do seu espaço político, que se caracterizam como “espaços contra-hegemônicos”.

Mesmo os movimentos de luta pela mudança no setor saúde tiveram uma preocupação com as questões jurídicas e de ordem administrativas, sendo pouco valorizadas as propostas do movimento de participação, que vinha sendo desencadeado pelo grupo de educação popular. Esse grupo resistiu ao período de ditadura, já que tinha parceria e estava protegido pela igreja católica, onde desenvolviam um trabalho junto às comunidades mais carentes, pela justiça social em defesa da vida e direito de participação. Acreditava-se, na época, que o processo de expansão em que viviam era progressivo e irreversível, levaria a uma reorganização radical das estruturas de poder na sociedade (VASCONCELOS, 2001). Tal perspectiva, nos dias de hoje, tem uma valorização de ações no âmbito mais circunscrito, a exemplo das áreas de abrangência do PSF, no entendimento de que a ação para uma mudança é incapaz de controle mais amplo.

O processo de descentralização da saúde acompanha a distribuição de poder, que busca da análise da situação de saúde do bairro, como também de sua história e sua política. Diante desse quadro, é necessário que o núcleo de saúde da família realize atividades “extra-muros” e intersetoriais, com estímulos à criatividade, para identificação de problemas, priorização no uso de recursos e avaliação dos resultados. Tais propostas intersetoriais merecem estar pautadas em políticas públicas de promoção e vigilância da saúde, para a mudança da situação de saúde,

porém, o que se percebe é a descentralização e a democratização do processo decisório ocorrendo de forma bastante limitada e não ultrapassando o nível do discurso, apresentando diferenças no nível do empenho entre os diferentes trabalhadores do serviço, com predomínio de atitudes que buscam a satisfação da clientela.

O sofrimento e a miséria são acompanhados de uma rotina dos atendimentos que tendem a despertar um sentimento de indignação e solidariedade, principalmente entre os agentes comunitários que atuam em áreas de risco, mais próximo do sofrimento da população. Desse modo, o objetivo da estratégia saúde da família de estimular a organização da comunidade para o exercício do controle social não é efetivado.

Nesse sentido, COHN (1998) refere que, no processo de descentralização, o governo tem um papel de implementar políticas sociais e de democratizar o Estado, com aproximação de governantes e governados que deverão criar e incentivar a participação social. Maiores gastos deverão ser destinados ao setor saúde, pela pressão de diversos segmentos da sociedade e pela redução de gastos federais, verificando-se uma distinção política na vontade dos governantes.

Diante da referência dos trabalhadores de saúde quanto à carência da participação da população, constato a necessidade de ir desconstruindo bloqueios, articulando solidariedades, criando espaços de discussões intersetoriais, através dos conselhos de desenvolvimento e trazendo informações que construam a participação social, para enfrentamento das condições sociais desfavoráveis.

Nesse cenário, descobrem-se também, como atores sociais, com identidade própria, que são capazes de intervir no jogo político e, assim, caminharem em direção à cidadania.

5.3 O ganho na saúde do Salobrinho com a estratégia saúde da família

A análise e discussão quanto aos ganhos na saúde do Salobrinho faz surgir representações positivas para todo o segmento dos trabalhadores, grupo de usuários e lideranças. Já um segundo grupo, formado por lideranças e usuários, reconhecem os benefícios da saúde, mas consideram distantes das necessidades de saúde da população.

O primeiro grupo, formado por lideranças, usuários e trabalhadores, considera que houve uma melhora ocorrida após a implantação do PSF, devido às ações de promoção, prevenção e assistência a doentes e sadios, em diferentes grupos populacionais, que se diferenciam quanto ao risco, quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, planejamento familiar, reuniões com grupos específicos. A melhoria se deu também em decorrência da presença constante da ESF nas visitas domiciliares e atendimento humanizado; do acesso aos medicamentos; do compromisso de mudar a saúde do Salobrinho, além do acesso à água tratada e do aumento da cobertura vacinal.

Grupo de lideranças comunitárias

Idéias Centrais

1

2

3

<p>Acesso aos medicamentos; Os agentes comunitários têm respostas, a enfermeira e a médica visitam com eles os doentes; Os agentes têm uma administração presente; Hoje o Salobrinho não está bom, está regular. A saúde do Salobrinho melhorou muito.</p>	<p>Acompanhamento do médico de família 24 horas; Os pequenos problemas são resolvidos e esclarecidos no Salobrinho, então isso é um avanço.</p>	<p>Salobrinho ganhou muito, a saúde veio para o Salobrinho; A estrutura é boa tem médico e enfermeiro constantemente; Falta comprometimento dos profissionais que discriminam no atendimento; Falta uma divulgação do trabalho do posto; A comunidade não se sente à vontade para reclamar, teme uma discriminação.</p>
--	---	---

A população do Salobrinho ganhou na saúde.**DSC**

A saúde melhorou muito aqui no Salobrinho com a vinda do PSF, porque tem médica, enfermeira, distribuição de medicamentos, a estrutura é boa. Era um sofrimento ir a Ilhéus para enfrentar uma fila desde das cinco da manhã e sair com a receita na mão. Os agentes não trabalhavam, agora eles dão resposta, pois tem uma administração diferente, visitam os doentes com a médica. Pelo menos têm os primeiros socorros, os pequenos problemas são resolvidos e esclarecidos. Se for feito um trabalho de divulgação, de conscientização desse trabalho, de dizer à comunidade, que esse posto está aí para fazer, o que poderia ser feito, e deixar a comunidade à vontade para reclamar as pessoas. Hoje, o Salobrinho não está bom, está regular.

Entrevistados: 1,2,7.

Liderança comunitária

Idéia central

1

A comunidade ganhou por causa da Universidade.
--

O Salobrinho ganhou na saúde com a Universidade.

DSC

Ela ganhou bastante por causa da Universidade. Ganhou porque a implantação da Universidade com esse Curso de Medicina vai ser bom para a comunidade do Salobrinho, para o posto de saúde também.
--

Entrevistado: 4.

Vale ressaltar o destaque referido ao Curso de Medicina, que foi bastante divulgado quanto a sua conquista na aprovação do projeto, assim como na sua implantação, o que gerou uma expectativa futura. Também, não se deve esquecer que o mesmo têm um projeto pedagógico que insere os alunos logo na comunidade no primeiro ano, em áreas de abrangência do PSF, como foi o caso no Salobrinho. Resta saber até que ponto ocorrerá parcerias em ações intersetoriais, sustentabilidade dos projetos para autonomia da população.

Grupo de usuários do serviço de saúde
--

Idéias Centrais

1	2	3	4	5
<p>Acesso ao posto de saúde;</p> <p>Integralidade da assistência;</p> <p>Informação em saúde;</p> <p>Assistência humanitária;</p> <p>Melhorou bastante o atendimento;</p> <p>Ganhou várias coisas;</p> <p>Visita domiciliar da médica e da agente comunitário.</p>	<p>Ganhou o PSF;</p> <p>Assistência humanitária.</p>	<p>Acesso ao serviço de saúde;</p> <p>Ações de saúde desenvolvidas em domicílio;</p> <p>Ganhou com as agentes comunitárias;</p> <p>Melhorou nas medicações;</p> <p>Visita domiciliar com as agentes e a médica;</p> <p>Assistência humanitária.</p>	<p>Planejamento familiar;</p> <p>Acesso ao serviço de saúde;</p> <p>Atendimento à saúde da criança;</p> <p>Atendimento médico diário.</p>	<p>A reunião de hipertensos;</p> <p>Acesso aos medicamentos;</p> <p>Acesso à água.</p>

O Salobrinho ganhou na saúde.

DSC

A gente ganhou esse projeto de saúde, o PSF, isso aí foi uma vitória, hoje a gente já tem aonde ir, tem pessoas que nos atende de braços abertos, a gente já fala para eles dos nossos problemas. As pessoas daqui tiveram um pouco mais de confiança, agora qualquer problema que você tem aqui recorre lá ao posto. Agora tem a médica aí diariamente, você pode se medicar com a médica, que é super legal, que parece mais uma psicóloga. Eu já cansei de chegar lá chorando, preocupada com minha diabética que estava alta e sair alegre, feliz, porque ela me explicava tudo direitinho, se eu estou mal aqui, além dela cuidar de mim, cuida também da minha cabeça, me dá muito conselho, muitas coisas eu não sabia sobre minha doença, hoje eu sei, não sei tudo, mas ela me botou a par de muita coisa. Melhorou porque às vezes a gente quer pesar e não precisa ir no posto, já pesa assim em casa e se a criança tiver com desnutrição, eles já dão uma mistura para colocar na alimentação da criança, aí está melhor. Hoje, os agentes de saúde vão até a casa da gente, antes a gente ia até eles, não faziam isso, então o posto de saúde cresceu, fez a comunidade vê isso porque os agentes vão até lá, dão assistência, tem o carinho, a maneira como tratam a gente. Tem o planejamento, as meninas vão para as reuniões sempre, tem o atendimento do CBA que a moça atende de 0 a 5 anos, está evoluindo aos pouquinhos, vai chegar lá. A água, graças a Deus, é em poucos dias na semana, mas quem tem seus tanques de abastecimento dá para viver.

Entrevistados: 1,3,4,5,6,7,8.

Grupo dos trabalhadores de saúde

Idéias Centrais

1	2	3	4	5	6	7
Eu acho que ganhou; O atendimento tem sido um pouco melhor; Cobertura vacinal acima de 90%; Faz o contanto quando conhece o médico na outra unidade.	Ganhou muita coisa, muita coisa mesmo; Quando não tinha PSF, não tinha agente comunitário, doutora, pré-natal; A mudança na visão de saúde, hoje a gente quer melhorar a vida das pessoas; Melhoria na cobertura vacinal; O planejamento familiar diminuiu o número de grávidas.	A implantação do PSF mudou a saúde; A presença do médico todos os dias; Maior visão do trabalho dos agentes comunitários; Acesso aos medicamentos; Visita domiciliar do médico; Supervisão direta aos agentes comunitários; Melhorou até a questão da consciência da comunidade e organizarem para vim marcar a consulta.	Ganhamos uma médica de segunda a sexta; Enfermeira que atende às necessidades da população; Educação em saúde às famílias através dos agentes comunitários; Visita domiciliar da médica e da enfermeira Investigação nos casos de sarampo.	Se ganhou mais participação, mais afeto com a comunidade; Visita domiciliar médica; Grupo de hipertensos planejam encontro familiar, mães, profissionais do sexo, preventivo; Ganhou com o PSF.	Ganhou uma assistência de saúde melhor; Assistência do médico de família de perto; A equipe do PSF nas casas; A parceria com a UESC.	Ganhou uma equipe de saúde todos os dias; Melhorou a qualidade de vida em parte; Acesso aos serviços de saúde; Acesso aos medicamentos; Acesso ao pré-natal.

O ganho na saúde do Salobrinho

DSC

Desde que o programa saúde da família foi implantado aqui muita coisa foi mudado sim. Nós ganhamos uma médica de segunda a sexta, uma enfermeira que está atendendo às necessidades da população, uma equipe que está aqui todos os dias trabalhando, batalhando e melhorou a qualidade de vida em parte. A gente conseguiu este acesso ao serviço de saúde, hoje, o planejamento familiar distribuir os métodos gratuitos; preventivo; pré-natal e vacina que a gente tinha de vacinar em Ilhéus que aqui não tinha; curativo; já tem a medicação aqui, se precisar, tanto as gestantes, os adultos, as crianças. A questão dos grupos que foram formados: grupo de mães, dos hipertensos, profissionais do sexo, a assistência do médico de família de perto, a equipe dentro de suas casas. Ficou muito mais fácil os agentes comunitários trabalham em cima de educar as mães, as famílias em todos os aspectos; a médica na unidade tem os dias de visita, ela vai na casa do paciente, aquele paciente acamado que por algum motivo não está podendo andar, a enfermeira também acompanha esse trabalho; as pessoas vão fazer determinado procedimento, são analisados mesmo pelo auxiliar de enfermagem, e são encaminhados à enfermeira ou à médica quando há necessidade, são encaminhados a um Pronto Socorro, quando a gente consegue disponibilizar um carro, a gente disponibiliza, quando a gente conhece o médico do Pronto Socorro já faz o contato, um caso de sarampo aí nós vamos fazer busca ativa, dando maior assistência, a cobertura vacinal está acima de 90%. Ganhou-se em mais participação, mais afeto com a comunidade, tendo o cuidado de respeitar a família na parte social, então isso é um ponto positivo, então a gente quer assim, dentro da realidade deles, como a gente pode viver melhor, mas para isto a gente precisa reunir mais, conversar mais, fazer mais educação em saúde do que a faz. A gente quer melhorar, mudou no caso a visão de saúde, aquela visão de que se você está doente, então você não está com saúde, hoje está diferente, a gente quer mudar, quer a criança na escola, quer a criança brincando, o lazer, está melhorando muito, acho que foi da água para o vinho, isto anima a gente muito.

Entrevistados: 1,2,3,4,5,6,7,8.

Quando indagado sobre os ganhos da saúde do Salobrinho, os entrevistados em sua maioria, deram enfoque à mudança após a implantação do Programa Saúde da Família, demonstrando uma visão não só d clínica, mas também de aspectos de prevenção de doenças e promoção de saúde.

Os depoimentos dos usuários quanto ao ganho na saúde do Salobrinho geraram DSCs que consideram como ganho: o acesso ao serviço de saúde; o atendimento humanizado da equipe; o acesso ao medicamento; o acompanhamento no crescimento e desenvolvimento da criança; as visitas domiciliares da equipe do PSF; as reuniões com grupos específicos de mães, hipertensos, mulheres (planejamento familiar); o acesso à água tratada.

Dessa forma, o PSF, centrando sua atenção na família, é vista no seu ambiente físico e social, que possibilitou à equipe de saúde, a compreensão do processo saúde/doença e da necessidade de ações no campo da prevenção e da clínica.

Também, a atenção voltada aos grupos de risco foi permitida devido ao conhecimento da realidade, a partir da territorialização e da adscrição da clientela, sendo que na área de abrangência, o processo de trabalho é centrado na vigilância da saúde com enfoque de risco que revelou melhoria dos indicadores na cobertura vacinal e mortalidade infantil, conforme dados apresentados anteriormente.

O PSF mostra um alargamento da atenção primária à saúde, com a incorporação de práticas de proteção à saúde, através de práticas educativas e curativas mais próxima da realidade. Essas atividades priorizaram os grupos de risco, gerando impacto na diminuição da mortalidade. Além disso, devem ser consideradas como uma maneira de economia de recursos, ao direcionar a atenção às famílias de vulneráveis, em detrimento da atenção integral.

Portanto, foi reconhecido no PSF, pelos sujeitos da pesquisa, o valor das ações programáticas, como parte da estratégia de reorganização do serviço de saúde ao centrar no setor saúde, a discussão do modelo de atuação local, em uma perspectiva prioritária de oferta organizada, voltada para ações também de proteção à saúde, com aproximação do cotidiano das famílias, em detrimento a uma lógica de atenção voltada para a doença, que atende a uma demanda espontânea.

O conjunto dos trabalhadores de saúde considera que o Salobrinho só ganhou no setor saúde após a implantação do PSF, pois tem hoje uma equipe de saúde, desenvolve ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, assistência aos doentes e sadios em diferentes grupos populacionais (crianças, adultos, mulheres), com características diferenciadas de risco (trabalhadoras do sexo, gestantes, hipertensos, crianças), além das visitas domiciliares. Referem também o aumento da cobertura vacinal, assistência integral e humanizada, e o compromisso da ESF em mudar a saúde do Salobrinho.

De forma positiva, os governos municipais vêm assumindo responsabilidades quanto às políticas públicas, em especial no campo da saúde, responsabilidades essas que incidem sobre a qualidade de vida do cidadão, especialmente em localidades periféricas, onde se concentram maiores necessidades sociais e onde está a população carente. O Salobrinho é exemplo no desenvolvimento de políticas sociais nas áreas de saneamento, educação, ao tempo em que busca reorganizar seu serviço de saúde.

Houve crescimento dos gastos municipais com funções sociais, em substituição dos serviços prestados pelo serviço federal, predominando, como isso, a lógica de que os municípios satisfazem às demandas imediatas, aproximando um processo de descentralização do Estado da sociedade civil, para maior eficiência e equidade no acesso aos serviços sociais, induzindo os governos locais a assumirem uma preocupação com a superação da pobreza. Para implantação do PSF, há um incentivo de R\$10.000,00 por equipe, uma única vez, para investimentos na unidade de saúde, posteriormente há incentivo de cobertura que varia de R\$28.008,00 a 54.000,00 por equipe de PSF/ano, para municípios com cobertura a partir de 5% da população a uma cobertura maior de 70% (MENDES 2002b).

Para COHN (1998), o reconhecimento oficial de ser este um país injusto leva à necessidade de articulação entre políticas voltadas para superação da pobreza e medidas de caráter redistributivo, por meio de transferência direta e imediata de renda através de políticas sociais redistributivas. A Constituição de 1988 oportunizou a ampliação progressiva da parcela tributária nacional destinada a fundos municipais de participação, repasses de contribuições sociais e possibilitou a criação de impostos municipais, considerando o município como membro autônomo da Federação. A

emenda 29, aprovada em 2000, garantiu um aumento progressivo dos recursos dos estados e municípios a serem aplicados na saúde até 2004.

No caso do Salobrinho e em localidades periféricas onde praticamente não existia assistência à saúde, apesar de apresentar dificuldades de profissionais médicos, a estratégia saúde da família busca atender aos anseios da população. Porém, necessário se faz que o sistema de saúde seja integrado em uma rede horizontal de serviços de saúde, articulando sistemas de referências na rede básica, policlínicas para média complexidade e serviços de referência nos hospitais para a alta complexidade - dando atenção integral, resoluta e equânime (MENDES, 2001, 2002b).

Apesar do Salobrinho localizar-se entre dois municípios em gestão plena do sistema de saúde - Ilhéus e Itabuna -, o que implica a redistribuição de verbas públicas e de poder político, ainda não se visualiza, nessas gestões municipais, um movimento progressivo de acumulação de forças que signifiquem mudança no modelo de atenção. Tal perspectiva poderá decorrer da falta de divulgação referida pelas lideranças, na falta de comunicação social na prática cotidiana da equipe de saúde da família, junto à população, para esclarecimento do significado e funcionamento do PSF na mudança do modelo assistencial (MENDES 2002b).

Outro ponto a destacar, foi a **valorização da equipe de saúde pela população**, decorrente da integração existente no processo de trabalho, quando não dicotomiza o trabalho manual e intelectual com o reconhecimento de todos os membros da equipe, apesar da manutenção do processo de divisão de trabalho existente entre enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários, porém socializa-se o direito de opinião sobre a organização do serviço, diferenciando-se a responsabilidade de todos pelo resultado do trabalho coletivo.

Vale ressaltar que há uma certa cumplicidade da ESF na solução de problemas pessoais ali existente, construída na unidade de saúde, criando, assim, possibilidades de acesso a uma realidade ímpar que poucos profissionais vivenciam.

Essa situação gerou, segundo os trabalhadores, um compromisso de mudar a saúde. O compromisso da equipe gera, pois, uma atitude de solidariedade diante de precárias condições de vida e/ou gera ações que exigem empenho na mudança de comportamentos, a exemplo dos relatos feitos pela equipe, quanto ao enfrentamento

de problemas em relação ao aleitamento materno, aos cuidados higiênicos, entre outros. Tais ações diferenciadas de práticas anteriores geram, no dia a dia, credibilidade na equipe de saúde da família, que influenciam na estrutura de produção da saúde, diante da superestimação da hegemonia da saúde de reprodução do modelo neoliberal, privatista da saúde.

Apesar da pesquisa não se propor a realizar observações do processo de trabalho da ESF, ressalto a percepção dos sujeitos, no que tange a integração da equipe, construída de forma democrática e participativa, que pode considerada ser uma inovação incorporada à cultura institucional, havendo, pois, maior adesão afetiva, respeito ao trabalho de cada membro da equipe e maior difusão do conhecimento entre os mesmos. Tais fatores possibilitaram as realizações e inovações alcançadas e permitirão ajustes dos avanços no processo de trabalho, através de outras ações que reorientem a globalidade das práticas a serem desenvolvidas.

Outro ponto a destacar, são as **visitas domiciliares**, que foram valorizadas por diferentes segmentos da pesquisa, com destaque para os agentes comunitários. Esses, por serem daquela comunidade, criaram vínculos e comprometimentos que são reconhecidos pelos entrevistados como elo entre as famílias e o serviço de saúde. Reconhece-se a figura desse trabalhador de saúde a visão de uma assistência integral, pois se percebe os determinantes de saúde das famílias que desencadeiam para um pólo positivo ou negativo, a depender também do seu estilo de vida e do contexto em que vivem. Também a médica e a enfermeira realizam visitas domiciliares, a partir da identificação de usuários ou famílias com problemas de saúde, seja no campo da assistência ou da prevenção. Essa prática é reconhecida pela população como prazerosa e importante para a recuperação, além disso, traz orgulho por se receber em casa a visita de uma médica. Para as profissionais, é uma nova prática que gera maiores vínculos e possibilita conhecer a realidade (TRAD e col 2002).

O avanço no setor saúde, trazido pelo agente comunitário de saúde, quando esse passou a ter maior vínculo com a enfermeira do PSF na organização de sua prática, possibilitou integração entre as várias atividades desenvolvidas na unidade de saúde, fortalecendo, desse modo, os vínculos dos mesmos com a população aproximou a unidade de saúde para uma atenção integral, pois resgata as condições

sócio-culturais no processo saúde-doença e acompanha as famílias com problemas clínicos, mantendo a vinculação entre o usuário e a unidade saúde da família.

Por outro lado, as visitas domiciliares podem ser consideradas um gesto de controle, de vigilância e de autoritarismo do Estado, sobre famílias de baixa renda, com intromissão de sua vida privada e de sua liberdade (FRANCO e MERHY 2002).

Por fim, considera-se que as visitas domiciliares são atividades que reorientam a globalidade das práticas, pois para desencadear uma série de mudanças na forma de intervenção dos problemas trazem o cotidiano das famílias. Porém, há que se pensar se o tempo estipulado para tais ações não vêm trazendo prejuízos no atendimento clínico da unidade, pelo profissional médico, devido à programação de visitas estabelecida pela unidade de saúde.

Nos depoimentos dos entrevistados, outro fator considerado importante pelos sujeitos da pesquisa, foi a **assistência integral e humanizada da equipe saúde da família**. Diferenciam o fazer como uma prática social da assistência, no sentido de cuidar do indivíduo como um todo, em que a prática de saúde inclui o saber clínico em uma dimensão do social e do subjetivo, necessária para o conhecimento da doença em defesa da vida.

A individualidade de cada pessoa, em sua relação com a doença, com o sofrimento, com a dor, com a exclusão, é respeitada, sendo expressa principalmente na fala do usuário que busca por atenção. Demonstra-se uma prática de saúde diferenciada, como, por exemplo, no caso dos hipertensos, que se expressam de forma diferente, conforme a história de cada cidadão.

Percebo tal postura na trabalhadora do sexo, quando revelou, em seu depoimento, problemas de ordem da psicológica, da clínica e do social, com intervenções criadas pela equipe de saúde, quanto a um tratamento individual, de repercussão coletiva, quando a trabalhadora do sexo repassa as informações de prevenção de doenças vinda da unidade de saúde. Da psicologia, destaca-se o problema quanto à diabetes até então descontrolada. Após se ouvir a médica, foi possível controlar, pois, através de informações, a trabalhadora desenvolveu o autocuidado do ponto de vista clínico e afetivo. Além disso, do ponto de vista social, esta trabalhadora, que era responsável pelas demais trabalhadoras do sexo, passou a exercer um maior controle sobre as demais, quanto às doenças sexualmente

transmissíveis e ao planejamento familiar, possibilitando o acesso do uso de preservativos e informações sobre DST e SIDA.

PINHEIRO (2001) ressalta a importância da valorização da pessoa, na prática médica, seja como fator terapêutico ou como estabelecimento de vínculos entre usuário/profissional”, “usuário/serviço” e “profissional/serviço”, para aferir a satisfação do usuário com o serviço público, como também haver uma diminuição de exames complementares; menor abandono terapêutico, com maior possibilidade de cura e diminuição de procura dos hospitais.

Há que se considerar tais ganhos, como um salto qualitativo imposto pela equipe saúde da família que, de forma dialética, resgata uma nova relação entre serviço e demandas de saúde da população, através de práticas de saúde humanizadas que estabeleceram vínculo entre os profissionais de saúde e a população. Para CAMPOS (1992, p.171),

Essas e outras situações, com repercussões sobre a existência das pessoas, não podem ser desconsideradas pelos serviços públicos de saúde. Não só por razões éticas ou morais, mas também porque seu desconhecimento diminui a eficácia técnica das ações de saúde, transformando boa parte da atenção em um ritual com pequenas repercussões sobre o processo de cura e sobre a manutenção de ambientes saudáveis.

Tais práticas também atendem aos objetivos da estratégia saúde da família, quanto à prestação de uma assistência integral, resolutiva e de boa qualidade às necessidades de saúde da população.

O pouco ganho na saúde do Salobrinho

Um grupo de lideranças e usuários considerou que houve benefícios na saúde do Salobrinho, no papel dos agentes comunitários, porém com críticas à **existência de uma só médica para atendimento do adulto e da criança, à precariedade da unidade saúde da família sem resolubilidade, à falta de condição de trabalho da**

equipe saúde da família, à falta de medicamentos, entre outros. Ressalto que, nesse aspecto, não houve manifestação do grupo de trabalhadores, o que faz inferir a visão acrítica e fragmentada dos mesmos.

Grupo de lideranças comunitárias

Idéias Centrais

1	2	3	4
No campo da saúde só ganhou promessa.	O posto médico e a pastoral da criança fazem alguma coisa.	A importância das assistentes comunitárias; O posto é muito precário, porque em uma emergência as pessoas têm que de se deslocarem para outros lugares; Os funcionários não têm condição de trabalho, falta medicamento; O posto só faz atendimento básico, uma enfermidade mais não tem condição.	Foi benéfico à vinda do PSF para o Salobrinho; PSF é pequeno para uma população de 8000 habitantes; Pelo menos tem os primeiros socorros; A saúde a nível nacional não anda bem.

O Salobrinho pouco ganhou no campo da saúde.

DSC

Foi benéfica à vinda do PSF para o Salobrinho, eu acho importante essas assistentes comunitárias, cada rua tem sua assistente, ela vem uma vez por semana saber das necessidades. O posto médico só faz atendimento básico, é pouco, os funcionários não tem condição de trabalho, falta pessoas especializadas, falta medicamentos, falta um atendimento mais preciso pelo próprio posto, pela prefeitura em relação a comunidade, o PSF é pequeno para uma população de 8000 habitantes. Fala assim vai ter médico, pediatra, hospital, mas só promessa. No campo da saúde, só ganhou promessa, a saúde a nível nacional não anda bem.

Entrevistados: 3,5,6,8.

Liderança comunitária**Idéia Central**

1

O que foi implantado na saúde do Salobrinho é muito bonito, mas na prática não vem funcionando;

No Salobrinho, as pessoas se aproveitam para fazer política, escolhem determinadas pessoas para serem atendidas em tempo hábil;

Hoje, a gente já tem o posto de saúde, melhorou muito, mas pela estrutura que o posto tem, deveriam fazer muito mais;

Nós temos a Universidade aí que poderia colaborar mais;

A comunidade ainda não está confiante desse serviço, já foram usadas politicamente por muita gente, então não sabem reivindicar seus direitos.

A descrença na saúde do Salobrinho

DSC

No Salobrinho, metade dessa população vive abaixo da linha de miséria, muitas vezes pessoas atravessam o rio à procura de cacau, de jaca, banana para poderem se alimentar no período que estão acordados. A gente já tem o posto de saúde que melhorou muito, mas pela estrutura que o posto tem deveriam oferecer mais, o que foi implantado na saúde do Salobrinho é muito bonito, mas, na prática, isso não vem funcionando, acredito pela falta de comprometimento das pessoas que estejam realizando o trabalho, porque a saúde não tem que escolher a cara de quem ela tem de fazer o tratamento de saúde e sim qualquer necessitado. No Salobrinho, as pessoas se aproveitam para fazer política, escolhem determinadas pessoas para serem atendidas em tempo hábil. Hoje, nós temos a Universidade aí que poderia colaborar mais com isso, nós temos pessoas capacitadas que se preocupam em fazer, se preocupam em ajudar a comunidade, só que a comunidade ainda não está confiante desse serviço, por serem pessoas sofridas, pessoas que já foram usadas politicamente por muita gente, então essas pessoas não sabem reivindicar os seus direitos. Nós temos agentes que fazem o seu grupo para serem atendidos, quem não faz parte desse grupo ainda não tem acesso diretamente, a gente percebe que a reclamação é muito grande. A reclamação vem que remédios não são distribuídos, o leite vem e pessoas que necessitam não estão conseguindo receber esse leite, as pessoas que gerenciam, os intermediários desse programa que deixam a desejar, passam essas atividades para uma determinada pessoa de escalão mais baixo e não fiscalizam. Os programas acontecem. Os programas acontecem dentro do Salobrinho, mas não há fiscalização, no primeiro momento aparece de uma forma muito boa, mas a partir do que vai acontecendo, vai relaxando, aí acontecem as irregularidades e ninguém toma uma providência. A saúde do Salobrinho, ela melhorou um bocado, mas pela estrutura que foi montada ela era para estar melhor.

Entrevistado: 7

Grupo dos usuários do serviço de saúde

Idéia central

1

Ganhou pouca coisa.

O Salobrinho ganhou pouco na saúde.

DSC

Pouca coisa, não é! Porque aqui não tem um dentista, só tem uma médica para adulto e criança e as enfermeiras só, só ganhou isso.

Entrevistado: 2.

Os depoimentos desses sujeitos da pesquisa desvelam que a implantação da unidade da família não atendeu a expectativa da população, na busca de atendimento de saúde, deverá ser capaz de fomentar o alívio no sofrimento físico e psíquico, muitas vezes imposto pelo grau de sofrimento das pessoas e por sua revolta na não resolubilidade do serviço de saúde. Logo, a organização do processo de trabalho deverá estar voltada para a busca de condições facilitadoras para o acolhimento desses usuários, através de ponderações sobre o conflito de suas queixas, utilizando o planejamento para verificar se a oferta organizada atende aos pressupostos da clínica, segundo demandas da população.

Entretanto, percebo no Salobrinho, que a oferta organizada do núcleo saúde da família pouco vem atendendo a uma demanda espontânea, pois privilegia os padrões burocráticos estabelecidos na organização da unidade de saúde, e, assim, restringe uma maior atenção da clínica, gerando relativa ineficácia da atenção à saúde, principalmente, quanto a pouca valorização dos interesses dos miseráveis, diante de sua incapacidade de conseguir vagas nos atendimentos limitados.

Outro problema é que um médico generalista no atendimento à população desagrada a uma parcela dessa população, que sente falta do especialista na sua assistência.

Dessa forma, quando o PSF enfoca uma mudança centrada no processo de trabalho, que desconhece o cotidiano de cada profissional para decisão da assistência, a demanda espontânea é prevista em uma organização e estrutura rígida, para uma pequena parte da população. Desconhece assim, que a população também recorre à unidade, para suas necessidades imediatas em situações de sofrimento e risco, e quando não atendida, desloca-se para pronto-socorros, indo fortalecer o modelo hegemônico.

Apesar de serem reconhecidas as visitas domiciliares pelos sujeitos da pesquisa, deve-se analisar que, quando elas são estabelecidas em turnos definidos “compulsórias”, fica prejudicada a otimização de recursos humanos disponíveis para assistência à saúde, que contribui também para o aumento da demanda reprimida.

Também, as visitas direcionadas aos programas específicos, de um lado, facilitam sua expansão, de outro restringem seu alcance por não considerar a complexidade dos problemas. Portanto, elas deverão continuar a ser realizadas pelos agentes comunitários e referendadas para o médico e/ou a enfermeira, quando necessário.

Por um lado, houve um investimento maciço nos profissionais do PSF, para a promoção de aquisição de novos conhecimentos, desde suas adesões ao programa inserindo-os em novas práticas de saúde. O processo se iniciou com o treinamento introdutório do PSF I e II, com todos os membros do programa saúde da família que integram a equipe para socialização do fazer de cada membro da equipe. Nessa perspectiva fez-se uma discussão dos problemas de saúde que geram produção de relações, importantes para o trabalho em saúde, com abordagem de temas sobre a proposta da estratégia saúde da família; política de saúde; planejamento e programação em saúde. Depois, houve complementações por temas específicos ligados à atenção à saúde da criança (AIDIP) e da mulher, doenças crônicas-degenerativas prevalentes, doenças transmissíveis e sexualmente transmissíveis, saúde mental, entre outros. Tais conteúdos deverão ser operacionalizados na prática, através de tecnologias em saúde, que diferencie o atual modelo assistencial.

Por outro lado, há um engessamento da normatização, imposto pelo Ministério da Saúde, para a implantação e implementação do Programa Saúde da Família. O descumprimento de tais normas impossibilitam a obtenção de financiamento pelo nível central, que bloqueia novas alternativas no desenrolar da reorganização do processo de trabalho.

O caráter prescritivo do PSF, aliado à extrema burocracia imposta pelos relatórios a serem enviados para o nível central, continua a sofrer o controle desse, como no modelo sanitarista, tornando as discussões sobre os resultados e propostas de intervenções sem importância para a equipe, em decorrência dos afazeres burocráticos imprimidos na estratégia saúde da família.

Diante disso, o compromisso principal da unidade saúde da família deixa de ser a família e o produto final tornar-se inexpressivo para a reorganização de um processo de trabalho que possa interferir nas condições de vida da população. Logo, torna-se imprescindível uma autonomia relativa do nível técnico-operacional do sistema de saúde, para que formule planos operativos e adeque normas em função de cada situação de saúde, e elabore outros não previstos, mas relevantes para o quadro epidemiológico local (PAIM 1999).

A dimensão da determinação social no processo saúde-doença é caracterizada no PSF, através do enfoque de risco, que se inicia com a territorialização e adscrição da clientela, em que o enfoque epidemiológico está presente como produto de um trabalho realizado pela equipe de saúde. Ressalto que a utilização desses dados é referida mais como cumprimento de uma atividade, requerida por instâncias administrativas no nível municipal e estadual, interrompendo, muitas vezes, uma atenção à população, além disso, pouco utiliza o saber epidemiológico para o desenvolvimento de planejamento e programação em nível local.

Nesse processo, os agentes comunitários, em um reconhecimento do direito à saúde do cidadão, costumam se angustiar devido à dificuldade de acesso aos serviços de referência, quando buscam dar resolubilidade no âmbito local, e se vêem sem respaldo para cumprir tal papel no sistema de saúde municipal, onde se é pouco trabalhada a atenção à saúde integral em um município de gestão plena. Tal prática fere o princípio de integralidade e hierarquização de assistência, pois a porta de entrada deve ser a Unidade Saúde da Família, essa inserida no primeiro nível de

atenção. Aí, ações e serviços do sistema de saúde municipal se estruturam em um fluxograma competente de apoio e referência para a assistência na média e alta complexidade, buscando resolubilidade ao estado de saúde dos cidadãos, em respeito ao seu direito e à equipe de saúde da família.

Vale ressaltar a importância de implantação ou implementação de policlínicas, como referências para os núcleos saúde da família, que, integradas ao sistema municipal de saúde, darão suporte na atenção à saúde dos usuários, de forma mais resoluta, com contra-referências capazes de serem acompanhadas pelo médico e a enfermeira da equipe do PSF. Também, nesse espaço valorizativo de trocas de saberes, é importante a articulação das equipes de PSF com os especialistas das policlínicas, para que haja interação entre eles e entre os serviços, com vistas a intervenções de forma mais resolutiva, diante dos problemas de saúde da população, pois o caráter prescritivo da estratégia do PSF tende a isolar os profissionais de saúde dos núcleos de competência.

Porém, ressalto que as regionais no estado da Bahia pouco participaram do processo de municipalização e os treinamentos para a ESF são direcionados para implantação e/ou implementação de programas, precisando de articulação com os municípios, para melhor análise e decisão diante dos municípios em gestão plena, sendo a Bahia ainda em fevereiro de 2003, um dos poucos estados do país a não assinarem o convênio das regionais, conforme a NOAS/2001.

TEIXEIRA (2002) refere que o Programa de Saúde da Família, como estratégia de reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, é incapaz de mudar o modelo hegemônico da saúde. Porém, como componente de mudança da atenção à saúde, em um sistema de serviços de saúde em que seus princípios de integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição de clientela, processo de trabalho centrado na vigilância à saúde, equipe multiprofissional, torna-se mais resolutivo em pequenas comunidades.

Concordo com FRANCO e MERHY (2002), quando defendem que a equipe multiprofissional deve ser ampliada, visando suporte de atendimento de referência para a equipe mínima do PSF, como também visando troca de saberes e práticas de “produção do cuidado”, com integração e respeito profissional, que objetive a estratégia do PSF, o atendimento das demandas de saúde da população e possibilite a

criação de novas práticas para com o usuário, baseadas na ética e na competência. Porém, discordo do enfoque da clínica, pois reforçaria o modelo centrado no médico, modelo esse historicamente vivenciado no país e que não atende às necessidades da população.

Nessa perspectiva, na estratégia de viabilização do SUS, não se pode ter a subordinação dos recursos humanos aos ditames dos métodos administrativos, e sim tê-los como aliados nos espaços de luta no processo de mudança. Há que se travar uma luta pelo apoio da opinião pública, ganhá-la para a consciência de mudança do modelo em que está pautada ética do direito à saúde (CAMPOS 1992).

PINHEIRO (2001) refere que os níveis de atenção à saúde diferem entre si pela densidade tecnológica presente, diante da variedade de doenças atendidas pelo SUS, que exige de cada município, em decorrência da municipalização, uma organização nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, sendo a densidade tecnológica de acordo com o crescimento da complexidade e da demanda da frequência das doenças.

Tal postura também depende das concepções de saúde e de modelo assistencial do gestor, que, com poder de decisão junto ao conselho de saúde, irá, na sua prática, tornar soberano o Sistema Único de Saúde, com privilégio do setor público de saúde, em detrimento do setor privado, que estará constantemente impondo obstáculos para alteração do modelo assistencial. É interessante ressaltar que, até fevereiro de 2003, só havia sido implantado em Ilhéus nove equipes de saúde da família, o que denota estar o município em um momento de transição inicial, com cobertura populacional de 10% e 25%. Isso caracteriza uma inexistência institucional do PSF, pois ocorre de forma lenta na reorganização da atenção básica para mudança do modelo assistencial (MENDES, 2002b).

Não resta dúvida que o engessamento imposto no direcionamento das ações bloqueia ações criativas diante de realidades diversas, que poderiam ser percebidas pela equipe de saúde e pela comunidade. A própria postura da equipe de considerar o PSF como um ganho, sem nenhuma crítica, caracteriza sua percepção voltada para clínica, não integrada aos anseios da população e ainda a uma concepção de saúde restrita.

Tal lógica diferencia-se de acordo com a existência ou não de unidade de saúde na localidade. Em uma rede de serviços já instalada e uma demanda espontânea existente, transformar unidades de saúde em núcleos de Saúde da Família poderá ir em desacordo com os anseios da população.

Por último, a dificuldade de acesso a medicamentos foi sinalizada nos depoimentos. Isso caracteriza uma deficiência na atenção básica de saúde decorrente da assistência farmacêutica do SUS, apesar dos incentivos do PAB, da farmácia do povo e da compra direta de medicamento pelo município (MENDES, 2002b). Tal perspectiva nos remete à necessidade de enfrentamento e pesquisas nos pontos de estrangulação existentes na programação, nos fluxos de recursos financeiros, na dispensação dos medicamentos e na articulação com a Secretaria Estadual de Saúde, responsável também pela distribuição de medicamentos.

5.4 As perdas na saúde do Salobrinho

Quanto às perdas na saúde do Salobrinho, a análise e discussão dos depoimentos fazem emergir situações em que se considera não haver perdas na saúde do Salobrinho pelos grupos de trabalhadores, de usuários e de lideranças, e outro que identifica perdas em diferentes aspectos.

Como perdas na saúde do Salobrinho, das lideranças, emergem perdas como o dentista; a parteira; a confiança de participar, de reclamar, de divulgar; **à morte do rio, à segurança, ao emprego, além do crescimento da prostituição infantil**. Os usuários fazem referência à **perda do rio limpo; à piora na condição de vida; ao ambiente com o aumento da poeira e da lama**, do estado de saúde diante das constantes infecções respiratórias; à paz e à tranquilidade nas ruas.

As perdas referidas nos depoimentos dos trabalhadores de saúde da pesquisa abrangem questões quanto a maior participação da população, **perda com a falta de saneamento básico e do especialista pediatra**.

Grupo de lideranças comunitárias

Idéias centrais

1	2	3	4	5
A perda do dentista.	A perda da parteira, que também ensinava remédio caseiro.	A quantidade de cloro da água.	Perdeu a confiança da população em participar, ter de fiscalizar, de divulgar, de não saber a quem reclamar, a quem se dirigir; O rio dava condições, mas depois o rio morreu; A perda do emprego; Perdeu a segurança; Aumento das pessoas bêbadas, Prostituição de adolescentes de 12 e 13 anos.	Perdeu o acesso aos serviços pelo aumento da população.

A população do Salobrinho perdeu na saúde

DSC

O que se perdeu foi à confiança de não saber a quem reclamar, a quem se dirigir, de se reunir para fiscalizar e divulgar. Quando tinha emprego, o Salobrinho era uma maravilha, mas é coisa antiga quando o Salobrinho tinha condições, naquela época. O rio dava condições, mas depois que o rio morreu, depois que mataram o rio. Ocorre muito roubo, um miserável roubando outro miserável. Hoje, segunda, você encontra umas 100 pessoas bêbadas, isso é para esquecer. A prostituição de meninas de 12 e 13 anos que já fazem programas, apesar da televisão está incentivando que está é uma profissão, o lugar pequeno que todo mundo se conhece, por que não se matriculou, estão deixando de estudar para fazer programa, o valor é um real, um vale transporte, tem um lugar no Salobrinho onde só fica menina menor que o valor é vale transporte, elas trocam por 25 centavos, 50 centavos, então a realidade é triste. Também nós começamos extrair dentes, mas disseram que iam tirar aquela cadeira, fizeram a instalação, que aquela cadeira não era adequada, aí ficaram de trazer, mas depois disseram que não tinha possibilidade de ficar ali o espaço não era suficiente, já tivemos um dentista aqui. Uma senhora que está bem velhinha, chamada Estela era parteira, aí ela sabia de muito remédio, aí a gente ia na casa dela e ela ensinava, fazia banho, assim ia mais no remédio caseiro, usava mais pau d'arco, quando estava com anemia, fazia xarope de banana da terra para gripe, chá de noz moscada para dor, fazia folhas de chá, horta, mas isso tem muitos anos. A água, ainda vejo muita gente se queixar da água da Embasa que vêm com muito cloro. Continua perdendo a cada dia que a comunidade cresce, pois é mais um habitante que chega, então a carência é grande, a gente está perdendo em vários sentidos.

Entrevistados: 1,2,3,5,7,8

A perda referida pelo grupo de lideranças evidencia a saúde associada à condição de vida. Tal perspectiva traz uma visão ampla da concepção de saúde que envolve fatores sócio-econômicos e culturais como determinantes dos problemas de

saúde, relativos à garantia de acesso a oportunidades de trabalho e moradia. Essa situação decorre da crise da região cacaujeira e se torna mais grave pela baixa qualificação do trabalhador rural, contribuindo assim, para geração da violência, do desemprego e da prostituição. No caso do Salobrinho, a crise da região cacaujeira levou ao desemprego e depois passou a exigir trabalhadores com destreza manual e alfabetizados, para poder decifrar os códigos das plantas e fazer a clonagem dos cacaujeiros.

GOHN (1996) considera que o sistema produtivo tornou-se excludente, deslocando trabalhadores pobres e analfabetos, do campo para as cidades, transformando-os em mão de obra de reserva, como também criou-se a economia da ilegalidade, baseada no tráfico de drogas e armas, não controlada pela sociedade nem pelo Estado.

LUZ (2001) reforça tal perspectiva, quando refere da dificuldade dos jovens de encontrar lugar no sistema produtivo, que quanto menor a sua qualificação, menor a sua probabilidade de ter um emprego e será mais atraído para o mundo do crime e do tráfico de drogas. Tais fatos terão como resultado aumento da demanda por serviços de atenção à saúde.

Os depoimentos dos pesquisados também deslocam a percepção que se tem do trabalho dos serviços de saúde, centrada na preservação biológica dos indivíduos e restrita ao acompanhamento e apoio às famílias; centrado no atendimento apenas dos cuidados higiênicos; na mudança de comportamento prejudiciais à saúde; no tratamento e prevenção de doenças, saneamento, entre outros, para crítica as políticas sociais que continuam fragmentadas na grande maioria dos programas, voltada ao atendimento individualizado das pessoas, desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem. Esse discurso reflete a prática individualizada, hegemônica ainda presente, em detrimento dos problemas sociais existentes, que surgem nos discursos de forma subjetiva como explicação dos problemas sociais.

No campo da saúde, um dos fóruns de discussão foi a XI Conferência Nacional de Saúde (2000), que considerou, como desafios, as políticas intersetoriais para preservação e promoção da saúde; a oferta e modelagem dos serviços, com ênfase no perfil epidemiológico da população. Tal Conferência também sinalizou a

escalada da violência e a degradação ambiental, como de uma política a ser desenvolvida intersetorialmente.

Essa perspectiva reforça uma dimensão que visa apenas a prolongar a sobrevivência, de atuação no ambiente restrita ao biológico. Tem sentido tão somente em uma racionalidade econômica capitalista, de reprodução da força de trabalho, com vistas a garantir a capacidade produtiva do trabalhador, em um enfoque de organizações funcionalistas aos grupos dominantes. Interessa, também, a melhoria dos indicadores de saúde, a exemplo da diminuição da mortalidade infantil, para divulgação dos progressos nesse campo, que, com restritos recursos disponíveis, atendem às políticas sociais, porém, em verdade, mantendo a precariedade das condições de vida.

Grupo de trabalhadores de saúde

Idéias Centrais

1

2

Eu acho que não perdeu nada; Estão perdendo em não participar mais,	Salobrinho não perdeu nada,
--	-----------------------------

O Salobrinho não perdeu nada na saúde.

DSC

Eu acho que não perdeu nada até porque os serviços eram muitos precários, então eu não sei se tinha alguma coisa que a comunidade tenha perdido, só está ganhando, ainda tem muita coisa a conquistar, mas vai ser aos poucos. As pessoas estão perdendo em não participar mais, mas isto aí vai melhorar, as pessoas estão precisando de um “bum”, de se levantar e dizer: eu posso participar, eu posso melhorar.

Entrevistados: 1,2,3,5,6,8.

Grupo de trabalhadores de saúde
--

Idéias Centrais

1

2

Falta de saneamento básico	Perdeu o especialista pediatra.
----------------------------	---------------------------------

O pouco que a saúde do Salobrinho perdeu.

DSC

<p>Eu acho que não tenho muito a falar do que perdemos, só com saneamento básico nós estamos perdendo muito, porque nós fazemos a educação em saúde, educamos a mãe, porque o esgoto passa na casa dela e aí é um trabalho que nós fazemos, mas não vemos muito resultado. Perdeu o especialista pediatra que tinha, eu como clínica resolvo uma boa parte de pediatria, mas tenho que encaminhar para o especialista, foi uma perda para eles que tinham uma vez por semana, mas eles tinham, no restante eles só tiveram a ganhar.</p>
--

Entrevistados: 4, 7.

Os depoimentos dos trabalhadores, na sua maioria, referem não haver perdas, porém, alguns mencionam a **perda do saneamento básico e do especialista pediatra médico.**

A precariedade no saneamento básico foi algo relatado por muitos entrevistados, porém, percebo ser mais referente ao esgoto a céu aberto, já que políticas de coleta de lixo e acesso à água foram desenvolvidas nos últimos anos.

Portanto, considero a importância dos agentes biológicos e a contaminação da água de consumo por esgoto, ou ainda as condições ambientais que favorecem a proliferação de vetores, questões que trazem impacto sobre a saúde humana e

precisam de uma abordagem diferenciada e específica. Nesse sentido, a UESC desenvolve pesquisa quanto à contaminação do rio Cachoeira e seu impacto nos moluscos utilizados pela população, porém, sem articulação com o setor saúde.

A X Conferência Nacional de Saúde (1996) reafirmou a importância das ações intersetoriais como requisito para impactos efetivos nas condições de vida da população brasileira. Impactos esses, que alteram os determinantes estruturais do processo saúde-doença, modificando o perfil de morbi-mortalidade do país, a partir de um enfoque epidemiológico acerca do processo saúde-doença. Essa necessidade de intersetorialidade na saúde deverá ser desenvolvida em uma perspectiva de políticas sociais e ambientais atuando de forma articulada nas três esferas de governo, para o desenvolvimento de projetos de saneamento que atendam às demandas da população.

A vigilância sanitária, do ponto de vista de proteção e promoção da saúde, considera como direitos do cidadão, a relação da saúde com a qualidade de vida e com a preservação do meio ambiente, necessitando-se de ações intersetoriais em todas as esferas de governo. Portanto, a preservação do meio ambiente é vista como um direito social estabelecido na atual Constituição.

Dessa forma, os Estados tem autonomia na promoção do desenvolvimento econômico, devendo responder com equidade às necessidades humanas e ambientais, associando o desenvolvimento, à proteção do ambiente, à preservação da saúde e à promoção do bem-estar humanos de forma sustentável para as futuras gerações.

O saneamento do meio promove a saúde pública e busca prevenir fatores de condições ambientais desfavoráveis, decorrentes do uso e parcelamento do solo, das edificações e dos sistemas coletivos de saneamento básico dos logradouros públicos. Dessa forma, as medidas de saneamento básico, em relação aos vetores, devem ser capazes de impedir a proliferação de insetos, dando maior importância aos mosquitos transmissores de doenças infecciosas e parasitárias, a exemplo das verminoses, da dengue, da leishmaniose, entre outras. O combate aos vetores diz respeito às medidas de saneamento básico e à educação da população, principalmente as voltadas ao acúmulo de coleções líquidas a céu-aberto, que constituem locais ideais para criadouro desses artrópodes (GERMANO e col. 2001).

Também, devido aos crescentes problemas sanitários e ambientais, as discussões sobre políticas de saúde avançaram no campo da vigilância sanitária, desencadeando a I Conferência de Vigilância Sanitária (2001), tendo como um dos eixos temáticos, a relação da vigilância sanitária com a saúde e a cidadania. O objetivo era buscar melhoria e estreitar relações entre o agente público e a população, a fim de garantir melhorias nos serviços e na qualidade do meio ambiente. Partindo dos princípios do SUS, destacou como problemas da vigilância sanitária: a não universalidade, caracterizada pela desigualdade de ações no país; a desarticulação das ações entre a vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, nas três esferas de governo, que dificulta a efetividade das ações de proteção e promoção da saúde; a dificuldade da descentralização, devido à falta de clareza organizacional, financeira e à capacitação de recursos humanos; a limitação no exercício do controle social, devido ao fato dos Conselhos de Saúde darem pouca importância à vigilância sanitária.

Os discursos reconhecem o valor da abordagem de problemas específicos, como a perda do especialista, reconhecendo a fragilidade na formação de recursos humanos, como também na educação permanente da equipe saúde da família. Porém, é preciso reconhecer o que na história da atenção à saúde de uma população foi considerado bom, para permanência e, assim, buscar a flexibilização na proposta do PSF.

Grupo dos usuários do serviço de saúde

Idéias centrais

1	2	3	4	5
Muita coisa está se perdendo; O rio limpo.	Limpeza dos quintais.	Uma ambulância; Aumento da poeira, da lama; Aumento das infecções respiratórias.	Piorou as condições de vida; Os políticos não se preocupam com as pessoas.	A paz; A tranquilidade da rua.

O Salobrinho perdeu no campo da saúde.**DSC**

Aqui acho que muita coisa está perdendo. O rio às vezes está dando peixe, às vezes não dá, o rio é uma grande bondade, porque aí a gente pesca, a gente lava roupa, lava prato, só não faz beber da água, as crianças brincam, só não está melhor porque o esgoto está caindo dentro, aí não dá, às vezes a gente adoece, tem uma época que não dá nem para tomar banho, aí foi uma coisa que se perdeu na saúde, o rio está poluído e é a grande coisa a gente aproveitar o rio. Aqui no fundo tem uma valeta no quintal que tem época sem fechar, toda vez que a pessoa vai limpar, adoece, não agüenta o mau cheiro, aí fala com os vereadores para dá um jeito, eles dizem que vão dar, mas nunca fazem nada para melhorar, aí na frente sempre ajeitam, cuida, mas no fundo só os moradores que ajeitam aí o fundo, está cada vez pior. Eu não sei dizer, mas há falta de alimentação, o pai bebe muita cachaça, a mãe que não liga para nada, falta de carinho mesmo, de criança viver aí na lama de pé no chão, andar de qualquer maneira no chão, à toa, devagar, preocupação que os políticos devem ter, o carinho, a atitude e dessa maneira nós temos que olhar esse lado, para falar a verdade os políticos dessa maneira não se preocupam. Nós tínhamos antigamente e ajudava, uma ambulância que não voltou mais. A respeito da saúde pública, a poeira está aumentando, cada dia que passa é pior, eles nunca cuidam direito. Quando está fazendo sol, mesmo a gente não pode nem abrir a porta da rua, para sair um pouquinho de ar para a rua, que às vezes sobe aquele poeirão, os carros passam e a poeira em vez de melhorar só faz piorar, isso é que a gente perde e só Deus sabe como recuperar, eu vivo assim como Deus quer. A violência tem aumentado, esse campo aí é muito perigoso porque é palavrão desse povo que chega aí, é bola, a paz se perdeu porque em vez de melhorar, perdeu.

Entrevistados: 2,3,4,5,8.

Os problemas ambientais na saúde do Salobrinho

Os depoimentos do grupo dos usuários do serviço de saúde, na sua maioria, revelou que muita coisa está se perdendo, a exemplo do **rio limpo, da piora nas condições de vida, do aumento da poeira e da lama, do aumento das infecções respiratórias, da paz e tranquilidade das ruas.**

As inquietações diante dos problemas ambientais, em um primeiro momento, foram vistas como resultantes da ignorância, negligência, indiferença dos homens na produção e consumo de bens e serviços, que desencadearam ações de multas e proibições com o escopo de corrigir e repreender. Posteriormente, tais problemas foram vistos como generalizados no país, sendo acrescentadas ações de prevenção e de melhoria dos sistemas produtivos para preservação ambiental. Atualmente, a degradação ambiental é considerada um problema global e do planeta, pois atinge a todos, estando intimamente relacionada ao tipo de desenvolvimento do país.

Percepções acerca dos problemas ambientais, que interferem na vida das famílias ultrapassam a visão dos problemas específicos de saúde, para um entendimento de saúde mais amplo, em que se multiplicam as agressões ambientais, afetando sobremaneira a situação de vida, a saúde dos indivíduos e a natureza. Essa forma de perceber o ambiente, muito comum na saúde, parte de uma ideologia antropocêntrica, baseada no domínio do homem sobre a natureza. Tal visão está inserida nas concepções de saúde com enfoque higienista e miasmática, que se pautam no processo saúde-doença, ou seja, dá destaque uni-causal na prevenção das doenças.

As concepções atuais de saúde buscam a qualidade de vida, envolvendo uma multiplicidade de determinantes do processo saúde-doença, que incluem os fatores ambientais, o estilo de vida, os fatores biológicos e o acesso aos serviços de saúde, como determinantes da saúde humana.

Essa forma de perceber a saúde deixa de ser vista de forma isolada, para ser incorporada em um sistema complexo, que recebe influências internas e externas para sua manutenção, sendo que o ambiente passa a integrar essa concepção, exigindo uma atuação articulada com outros setores.

Os problemas da degradação ambiental começaram mais fortemente a serem percebidos a partir da década de 1970, após o fordismo⁷, continuando no liberal produtivismo. Considera-se que este último, por não ter limites, trouxe maiores consequências por sua condição liberal de desprezo pelo interesse coletivo das futuras gerações, como também o fordismo, por sua condição de produtivismo (ABRÚCIO 1998).

A acumulação capitalista de intenso crescimento com o máximo de produção e o máximo de consumo, levou a produção a transformar o ambiente natural (oceanos, solos, atmosfera), ou mesmo o ambiente produzido pela ação humana (campo, zona urbana). As mudanças na regulamentação ecológica exigem cobrança através de pagamentos e, quando possível reparo no dano ambiental. Isso gera, na lógica do fordismo, uma preocupação ecológica do “mais vale trabalhar para consertar” e fazer, posteriormente, consumir o conserto, do que não poluir e deixar para depois as pessoas respirarem sem pagar um ar puro (LIPIETZ 1991).

A I Conferência da ONU (1972), sobre o meio ambiente, chamou a atenção para a necessidade de intervenções dos Estados e de uma articulação internacional para o desencadeamento de um processo gradual e global contra a degradação ambiental, para garantia da sobrevivência da espécie no planeta. A Conferência chamou a atenção, também, para o posicionamento entre países centrais e periféricos, em que, nas questões das desigualdades sociais, a pobreza é vista em contraste nos custos do uso racional dos recursos naturais, do desenvolvimento de novas tecnologias não poluentes e poupadoras desses recursos. Por sua vez, os representantes do Brasil defenderam o desenvolvimento baseado em uma visão economicista a qualquer custo, desprezando os problemas ambientais.

Em verdade, o produtivismo saturou o ecossistema, encurtando o tempo disponível para adaptação aos desajustes que foram provocados, o que tornou a ecologia, antes tema considerado periférico, atualmente, o centro do problema (LIPIETZ 1991).

Somente no final da década de 1980, a saúde coletiva voltou-se para a questão espacial, dando enfoque ao território e sua cultura, com base na “geografia

⁷ O fordismo é uma teoria administrativa caracterizada pela organização do trabalho que inclui a divisão do trabalho, a centralização administrativa, a hierarquia no trabalho, a unidade de comando, uma remuneração adequada (ABRÚCIO 1998).

crítica” fundamentada nos escritos de SANTOS (2002), o espaço do cidadão, em que se valoriza o território e a cultura de uma localidade. Até então, a saúde ambiental quase havia sido excluída pela saúde coletiva, que continuava com maiores preocupações nas áreas de saúde e ambiente, tendo como objeto, as doenças parasitárias moldadas para o enfoque epidemiológico e levando pouco em conta as explicações das ciências sociais e a subjetividade. A dimensão ecológica ainda vem sendo desenvolvida cientificamente lentamente e de forma dicotomizada, porém pouco incorporada no campo da saúde coletiva, seja pela falta de conhecimento das populações sobre seus direitos e deveres relacionados ao ambiente e suas consequências para a saúde, seja pela resistência interna do setor saúde na responsabilização e atividades neste campo, por causas que parece ligados, a outros problemas de ordem econômica, política e ideológica (TAMBELINI e CÂMARA 1998).

De maneira dinâmica, a saúde e o ambiente vão se tornando temas centrais de discussões, que evoluem para um sentido mais amplo do pensar tanto a saúde, quanto o ambiente, de forma convergente e responsável, para promoção da saúde com qualidade de vida e preservação da biosfera.

MINAYO (1998) afirma que o tema ambiente parte do pressuposto básico da relação ser humano-natureza, desencadeando um conceito de ambiente baseado na construção pela ação humana, que, dessa forma, pode ser refletido, reconstruído e modificado com responsabilidade presente e futura, com a existência, as condições e a qualidade de vida dos seres humanos, como também do ecossistema. A consciência do ecossistema diante do novo paradigma ambiental supera a ideologia antropocêntrica presente no campo da saúde, passando a integrar dialeticamente uma forma de perceber o planeta, em busca de um desenvolvimento sustentável.

A ECO 92, ocorrida no Rio de Janeiro, reforçou alguns pontos importantes, para a sobrevivência do planeta, considerando ser responsabilidade de todos protegê-lo para as futuras gerações, com equidade como princípio da distribuição do ônus, para mudança em favor da proteção ambiental, em um paradigma baseado no modelo biofísico que valoriza os fatores econômicos, sociais e culturais da sociedade.

Os seres humanos passam a ser vistos como centro das preocupações, na relação ambiente e desenvolvimento, em que o desenvolvimento visa a garantir o

direito a uma vida saudável e produtiva, em harmonia com a natureza, para as gerações presentes e futuras.

A ECO 92 também aprovou a agenda 21 brasileira, que caracteriza como campos de problemas sócio-ambientais: cidades sustentáveis; redução das desigualdades sociais; agricultura sustentável com infra-estrutura e integração; gestão de recursos naturais e ciência e tecnologia. Destaca o campo da saúde em várias interfaces, considerando que a gestão do meio ambiente, urbano e rural tem impactos diretos na qualidade de vida, no acesso à infra-estrutura e na demanda por serviços de saúde. No campo da redução das desigualdades sociais, o setor saúde é destacado para adesão, referindo a necessidade de fortalecimento e plena implementação do SUS, nas ações integradas de vigilância e atenção ao trabalhador. Também, a agenda 21 conceitua desenvolvimento sustentável em uma perspectiva de crescer sem destruir o meio ambiente, estabelecendo orientações para integração mundial de ações articuladas, visando o homem e a proteção ambiental.

Os temas cidades sustentáveis e desigualdades sociais incorporam as noções de sustentabilidade ampliada, associando os fatores ambientais aos sociais; e de sustentabilidade progressiva, vista como uma ação a ser incorporada e implementada pelo governo e a sociedade, em que há uma necessidade de mudança de mentalidades para mudanças nas formas de gestão do setor público, como também, nas formas de produção, que buscam o desenvolvimento de práticas que visem o desenvolvimento sustentável (ZVEIBIL 1999).

O agravamento dos problemas ambientais e urbanos, vindo dos desestruturados adensamentos, da ausência de planejamento, da carência de recursos e serviços de infraestrutura, dos padrões atrasados de gestão e agressões ao ambiente entre outros, tem suscitado mudanças no processo de urbanização que reforça a diversidade econômica e social no desenvolvimento das cidades brasileiras. Investimentos realizados pouco levam em conta os danos ambientais, acarretando desequilíbrio e problemas sociais, urbanos e ambientais.

O Salobrinho é típico reflexo de tal situação, que afeta uma comunidade carente e desprovida de uma história de enfrentamento de luta pela melhoria das condições, que sofre também os reflexos da degradação ambiental, acarretando

prejuízos ao ambiente, assim como a saúde da população, precisando, pois, de mais atenção.

O tema cidades sustentáveis propõe a introdução da dimensão ambiental nas atuais e futuras políticas urbanas, em todas as esferas de governo, sendo sustentada por quatro pressupostos básicos: a ética, o tempo, o social e a prática. Incorpora, como premissa para o desenvolvimento do processo: crescer sem destruir, considerando-se os fatores positivos do crescimento urbano que gerem diminuição de impactos ambientais, sociais e econômicos indesejáveis, onde a indissociabilidade da problemática ambiental e social; manter constante diálogo com a Agenda 21 e Agenda Marrom; inovar e valorizar práticas urbanas que utilizem o componente de sustentabilidade; fortalecer a democracia, através de mecanismo de gestão democrática e de desenvolvimento da cidadania ativa, que propiciem a integração das ações setoriais e o envolvimento da sociedade; pensar no global com foco na ação local, através da promoção da descentralização da execução das políticas urbanas e ambientais; enfocar as políticas de desenvolvimento e a preservação ambiental, com incentivo e auto-regulação dos agentes sociais e econômicos; informar para se tomar decisão, visando o aumento da consciência ambiental da população urbana, através de ações de educação e comunicação que contribuam com as estratégias de sustentabilidade urbana.

Tais ações estão longe de serem verificadas no ambiente, para a proteção de recursos hídricos. Dessa forma, os problemas ambientais no Salobrinho, referentes à poluição do rio Cachoeira, são decorrentes do recebimento das águas poluídas vindas de outras cidades, como também dos objetos lançados pelo próprio bairro. O rio Cachoeira, que vem margeando área de agro-pecuária de cacau, bovino e suíno, tem um grande significado para a população ribeirinha, visto que representa a subsistência do ponto de vista social e econômico.

Além disso, apesar da área ribeirinha do Salobrinho ser considerada de risco pela equipe do PSF, a sua população mantém uma relação diferenciada com o rio, fruto de um convívio, no dia a dia, com a beleza de suas águas, que contrasta com o verde da mata atlântica, com a pesca como fonte de subsistência, além das conversas que agregam as mulheres, quando lavam roupas e utensílios domésticos, enquanto seus filhos banham-se nas águas poluídas. Tal situação torna as mulheres indignadas

diante da deficiência dos serviços de saneamento ambiental, da falta de acesso à terra urbanizada, das moradias inadequadas e da marginalização social, ao tempo em que as sensibiliza para a necessidade de preservação ambiental, para que haja equilíbrio e possibilite a sobrevivência.

A preocupação que a população ribeirinha manifesta reflete a falta de respeito pela cultura e ambientes naturais, falta essa que afeta as gerações atuais e futuras, interferindo na qualidade de vida de uma população carente, que não vivencia a equidade da saúde em seu meio, gerando, assim frustrações e piorando as condições de vida.

Essa situação evidenciada no Salobrinho é destacada enquanto desafios à proteção da saúde no âmbito da relação saúde / ambiente, em que se deve dar atenção ao desmatamento da Mata Atlântica, à poluição dos mananciais e à falta de controle no uso de agrotóxicos. Entendo que a política agrária atual favorece o surgimento de problemas sanitários, além daqueles de natureza social desencadeados pela crise da lavoura cacaueira. Este último contribuiu para o desencadeamento de proliferação de condições precárias de habitação, que precisa de ações intersetoriais.

A diversidade de enfoques requer a busca de propostas metodológicas a serem aplicadas nessa relação saúde e ambiente, por se entender que exige novas formas para enfrentamento dos problemas. Nesse sentido, DUVAL (1998) considera que é necessária a investigação de um sistema complexo, o que implica em estudos interdisciplinares e transdisciplinares na busca de uma integração no objeto de estudo, enriquecida de novas características e singularidades do sistema, em um estudo do sistema completo.

A vigilância ambiental em saúde ainda é abordada de forma incipiente no país, mesmo na perspectiva epidemiológica relacionada com o ambiente, que exige atualmente uma visão complexa da vigilância ambiental e seus efeitos e consequências para a saúde. Também, não existe sensibilização dos conselhos municipais quanto às questões ambientais.

Todavia, há uma ascendência de estudos da relação saúde e ambiente, com preocupações na ecologia e no desenvolvimento sustentável de organizações governamentais e não governamentais. Tais estudos voltam-se para a geração de

ações em defesa do meio ambiente e da saúde do homem não só desta, como também de futuras gerações.

Além disso, o Plano Nacional de Saúde e Ambiente refere ao desenvolvimento sustentável através da FUNASA, em 2001. Essa iniciou um diagnóstico da situação de saúde e do ambiente no país, que expressou a gravidade e complexidade do quadro epidemiológico, em que as doenças da pobreza se misturam às do desenvolvimento, à situação de extrema pobreza nas áreas de risco e ao quadro de grande degradação ambiental.

O referido plano entende que o ambiente é produzido por processos ecológicos conduzidos pela sociedade, através de tecnologias e técnicas, onde irá interagir o homem com a natureza. Esses ambientes configuram situações de riscos para a saúde e para a qualidade de vida da humanidade. Nesse caso, considera-se que o desenvolvimento sustentável poderá ser garantido por uma gestão democrática e ética, em que atue com equidade e justiça na distribuição de bens e recursos, como reflexos das condições de vida dos seres e carentes de investimentos para mitigar a pobreza, a fome, a desnutrição, gerando, então, uma vida saudável à presente e às futuras gerações.

Convém lembrar que a estratégia saúde da família tem, como objeto de atenção, a família de uma determinada área geográfica e inserida no ambiente em que vive. Nessa perspectiva, o espaço é visto de forma dinâmica, pois é onde se constroem relações pessoais e se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida. Mais ainda, permite uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, que precisam de intervenções que gerem impacto e significação social. Nesse ambiente, a equipe saúde da família deve desenvolver ações, em uma perspectiva técnica e política enraizada no meio em que as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998).

Nesse contexto, ressalto os depoimentos dos usuários, quando destacaram a poluição do rio, expressaram uma concepção de deteriorização ambiental que inclui a contaminação do meio físico e a perda de recursos de produção, em que esgotamento dos recursos naturais, utilizados para a produção de satisfações não é levado em conta. Percebo daí a importância do amplo reconhecimento da relevância de

mudanças subjetivas, sociais e ambientais, para a superação desses problemas com apoio social, em um contexto que relaciona o homem com o ambiente.

Nesse contexto, a equipe de saúde desenvolve atividades, tendo como atribuições “promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente se torne mais saudável” (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998, p.16). Porém, o agente comunitário que exerce suas ações no ambiente pouco sinaliza preocupações nesse sentido, apesar de sua prática estar voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças. A equipe, por sua vez, está envolvida mais com o processo saúde-doença de forma uni-causal, do que na preservação ambiental para promoção da saúde, com vistas à melhoria progressiva das condições de saúde e qualidade de vida da população.

O objetivo é a saúde do homem de diferentes grupos, em diferentes espaços, para construção de metas e programas que terão de ser negociados nos espaços democráticos que incluam o consenso de todos os grupos de interesse.

Dessa forma, saúde e ambiente são integrantes de um sistema complexo que ora se diferenciam e ora se juntam. Pensar na complexidade das situações ambientais e dos problemas de saúde significa pensar nos elementos que se articulam entre si de forma dinâmica, conformando diversas situações que se modificam e constroem a história de uma comunidade saudável. Tal compreensão permite uma intervenção eficaz em situações de risco, que sejam articuladas com organizações formais e informais nas diferentes esferas e que gerem impacto nos indicadores de saúde.

Os sistemas complexos são frutos da junção de organizações funcionalistas e críticas, em que os elementos dos sistemas interagem entre si e enfrentam situações de risco ambiental que possam impactar problemas de saúde. Problemas esses que, quando hierarquizados de acordo com a proximidade, viabilidade e o grau de influência, podem mitigar o problema focalizado.

Dessa forma, a população poderá superar o problema da contaminação e buscar um balanço positivo durável entre a exploração dos recursos e sua preservação, pensando nas conseqüências possíveis de ações humanas para o desenvolvimento, tendo a intersetorialidade e a interdisciplinaridade como uma estratégia para melhoria das condições de vida da população, que requer uma mudança de visão de mundo em um processo contínuo e complexo.

Para finalizar a análise e discussão da pesquisa, percebo que as categorias de PSF, ambiente e participação se interrelacionam, precisando, pois, de novas investigações que aprofundem os temas. Assim, relembro SANTOS (1999), quando considera necessário uma reflexão na mudança do século:

No final do século, a única utopia realista é a utopia ecológica e democrática. É realista, porque assenta-se num princípio de realidade que é crescentemente partilhado. Esse princípio de realidade consiste na contradição crescente entre o ecossistema do planeta terra, que é finito, e a acumulação de capital, que é tendencialmente infinita. Por outro lado, a utopia ecológica é utópica, porque a sua realização pressupõe a transformação global, não só dos modos de produção, mas também do conhecimento, dos quadros de vida, das formas de sociabilidade e dos universos simbólicos e pressupõe, acima de tudo, uma nova relação paradigmática com a natureza. É uma utopia democrática, porque a transformação a que aspira pressupõe a repolitização da realidade e o exercício radical da cidadania individual e coletiva, incluindo nela a carta de direitos da natureza. Os seus protagonistas serão todos os que, nas diferentes constelações de poder que constituem as práticas sociais têm consciência de que a sua vida é mais condicionada pelo poder que outros exercem sobre eles do que pelo poder que exercem sobre outrem (p.43).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas de saúde no país têm mudado, porém, ainda se requer uma reorganização do sistema e serviços de saúde, que se diferenciam a depender dos contextos históricos, sociais e culturais vivenciados até então pela população. À medida que a saúde ampliou a sua concepção para conceitos mais amplos de qualidade, incorporando a promoção da saúde, e a atual legislação direcionou os caminhos de mudança, a saúde cada vez mais vem rompendo barreiras, saindo de seu campo restrito (prevenção, doença, cura, reabilitação), e ultrapassando a desatenção na contribuição da construção de conhecimento das ciências sociais em saúde, nas análises estruturais e globais e no conhecimento técnico específico ainda tão afastado das reais condições de adoecimento e cura presentes no cotidiano da população. Com isso, houve uma ascensão de estudos com diferenciadas concepções, metodologias e instrumentos, com a aplicação da transdisciplinaridade para construção do conhecimento em saúde.

Sei que as mudanças para acontecer demoram muito tempo, principalmente em um país onde a miséria está presente e os serviços de saúde, estando próximos dessa realidade, se aproximam de um contexto em que o enfoque de risco deva ser ressaltado a partir de um ponto de vista biológico, cultural, social e ambiental. Considero que, nesse caminho, várias distorções devam ser corrigidas, até porque vive-se em um país de desigualdades sociais e regionais, que deverão ser levadas em conta.

O relato da história de saúde de uma pequena localidade, contada por diferentes grupos de sujeitos dessa comunidade, permitiu perceber os pontos divergentes e convergentes da concepção de saúde, com perspectiva focalizadora e/ou ampliada. Pode-se perceber mudanças arraigada à cultura do cacau e vizinha a uma Universidade,.

Nesse quadro, o instrumento metodológico do discurso do sujeito coletivo contribuiu para que, através de perguntas abertas, a comunidade pudesse se manifestar, em seus diversos posicionamentos. Esses expressaram a situação de

saúde do bairro, seus ganhos e suas perdas, o papel da Universidade e como vêm se dando a participação da população nas questões de saúde.

Através dos discursos do sujeitos coletivos, o estudo demonstrou, entre outros aspectos, que a estratégia saúde da família, a participação da população e o ambiente aparecem como pontos fragmentados, que necessitam de serem trabalhados de forma integrada, em um sistema de saúde. Porém, deveriam atuar de forma convergente, porque se considera que a estratégia saúde da família atua em uma área de abrangência delimitada. Tal pressuposto considera o território do PSF um espaço vivo, visto enquanto processo, pois está sempre em mudança; é dinâmico em decorrência do movimento em que se processa a relação da comunidade, de construção e desconstrução que necessita de estar sempre sendo refletido, alimentado e acompanhado.

Isso ocorre em um ambiente que, a depender de como é cuidado, de como estabelece suas relações e de como é preservado, terá um significado positivo ou negativo no gradiente de vida dos seres vivos, que interfere no modo de viver e pensar das pessoas. Este processo decorre também da relação dos “sujeitos sociais”, vistos como aqueles que vivem e constroem o ambiente e estão conscientes do seu papel participativo na comunidade.

Nesse contexto estar a estratégia do PSF que foi reconhecida como um componente de mudanças no sistema de saúde, gerador de melhoria de indicadores, pois, apesar de ter sua fragilidade na acessibilidade da comunidade e na resolubilidade no sistema de referência, a diferenciação no atendimento humanizado sinalizou vínculos estabelecidos entre equipe e comunidade, havendo, então, uma melhoria na qualidade de vida.

Nessa perspectiva, as fragilidades nas reformas administrativas têm sido marcadas pelo controle administrativo, no cumprimento das rotinas e normas do serviço, que não alteram os modos de produção e a lógica diretora do modelo. Assim, há uma necessidade de readequação da atenção básica, que deverá iniciar pela busca de parceria e aliança entre a equipe de saúde e a população, apresentando proposta de mudança que possibilite processos de trabalho alternativos e rompendo com o engessamento do Ministério da Saúde. Para tanto, a atenção básica de saúde deverá

procurar, identificar, valorizar e negociar as iniciativas e propostas voltadas para a criatividade e aperfeiçoamento no núcleo saúde da família.

Espero então, que após o município estar na gestão plena do sistema de saúde, busque integralizar os serviços de saúde, através da central de regulação e imponha critérios de atendimento na média e alta complexidade. Critérios esses que dêem resolubilidade aos problemas do estado de saúde da população, fazendo com que o gestor e/ou conselho de saúde interfira na melhoria da saúde municipal.

Outro ponto revelado na pesquisa foi a importância, para a comunidade, dos componentes da equipe, de diversas maneiras. Alguns sujeitos enalteceram o papel do médico, não só pelo seu poder da cura, mas sim por sua presteza, acolhimento, mostrando-se diferenciado do contexto nacional, em que a população está acostumada a um atendimento pragmático ou que desrespeita os indivíduos. Logo, qualquer alteração no atendimento, como foi o caso, é valorizada pela população, que historicamente vivenciava a opressão e o destrato da pessoa humana. Outros sujeitos da pesquisa citaram a importância dos agentes comunitários, que, quando das visitas domiciliares, buscam resolver os problemas de saúde da população existentes no seu âmbito, através de um processo educativo ou na marcação de consultas médica e de enfermagem.

A participação da comunidade, restrita aos grupos específicos, como hipertensos e diabéticos, gestantes, mães, é vista com o enfoque no estado e no serviço de saúde, estando a equipe de saúde da família a utilizar, a educação em saúde de forma prescritiva e autoritária, dentro de uma perspectiva higienista, que busca a mudança de comportamento dos indivíduos.

Tal perspectiva está incorporada no discurso científico contemporâneo, em que está implícita a visão de prevenção de doenças, centrada nas mudanças individuais de comportamento, pouco abordando dimensões coletivas dos problemas de saúde, deixando entre os pobres o constrangimento de tal situação, que leva a responsabilidade da vítima pelo seu próprio sofrimento, desresponsabilizando o Estado de seu papel de promoção do bem-estar, em detrimento de perspectivas progressista de mudança das condições de vida, em que não há preocupação na construção de sujeitos sociais e favorece o desenvolvimento de ações verticalizadas que impedem ações criativas do conjunto da comunidade.

Há a necessidade de ultrapassar tal perspectiva para que haja uma participação social, a partir do reconhecimento da comunidade e da equipe de saúde da família como sujeitos sociais que se relacionam, respeitam seus direitos, promovem mudanças e asseguram essas mudanças para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde. O desafio é buscar formas de atuação que superem a distância entre as recomendações técnicas e o cotidiano da vida dos pacientes; que construam conhecimentos operacionais; que permitam intervenção, com investimento em educação em saúde; que ultrapassem as questões técnicas para metodologia de condução de grupo e relações com os usuários.

Outro ponto depreendido foi que o meio ambiente ainda não é visto como prioridade para a ESF, o que acarreta prejuízos que afetam uma vida saudável para população e não contribui para um estilo de vida que busque a preservação ambiental e a vida. A não existência de uma monitoria que acompanhe os indicadores ambientais relativos à poluição do ar, da água, com avaliação de impactos no meio ambiente e na saúde da população, através da integração com a vigilância sanitária, contribui para o agravamento desse quadro. Necessário se faz integrar e capacitar os agentes comunitários nas ações que visem a preservação ambiental nas suas respectivas micro-áreas, tanto no âmbito de monitoria e fiscalização, quanto nas ações de promoção da educação em saúde, voltadas para o saneamento e cuidados com resíduos sólidos, conformação dos recursos hídricos e preservação do equilíbrio ambiental, na percepção de que a degradação ambiental é um problema global que afeta a todos e que está intimamente relacionado ao tipo de desenvolvimento do país.

Outro ponto a ser considerado é que a Universidade foi pouco reconhecida pela comunidade, e está distante de desempenhar um papel social, apesar de documentos oficiais e projetos expressarem ações desenvolvidas ou a serem desenvolvidas, que venham a promover mudanças no bairro. Dessa forma, elas ocorrem de forma paternalista na prestação de serviços.

Recontar a história de saúde do bairro do Salobrinho possibilitou compreender como a população dessa pequena comunidade percebe as mudanças ocorridas na saúde e sinaliza interesse por problemas prioritários em saúde e as ações que devem ser privilegiadas para resolvê-los. Interesses sociais, econômicos,

ambientais predominaram, emergindo como elementos essenciais para a elaboração de políticas de saúde adequadas às características da população.

Nesse contexto, abri-se um leque para o aprofundamento em outras pesquisas, que busquem identificar os fatores sociais, econômicos e ambientais que intervêm positiva ou negativa na qualidade de vida dessa população e que traduzem elementos culturais em comportamentos concretos, frente aos eventos do cotidiano de vida, da saúde e da doença.

Isso confirmou a necessidade de levar em conta interesses da população no planejamento de serviços e de programação de saúde, para que se reorganize o sistema municipal de saúde de Ilhéus e o núcleo de saúde da família do bairro do Salobrinho.

Também, a Universidade tem um papel de relevância, pois acompanha as políticas de saúde que direcionam para o desenvolvimento da promoção da saúde. Assim, poderá ser indutora desse processo, superando a fragmentação existente na UESC, no Salobrinho e na UESC/Salobrinho, através de projetos interdepartamentais e multidisciplinares que poderão comprometer-se socialmente com o Salobrinho, através do planejamento local de ações intersetoriais para promoção da saúde do bairro.

Nessa perspectiva, é imprescindível a constituição de parcerias, com trocas de saberes com a comunidade, de forma dialógica e dinâmica, que contribuam para o fortalecimento da população, com autonomia dos sujeitos, e da comunidade para a promoção da saúde e o desenvolvimento humano.

Portanto, a pesquisa se tornou pertinente, visto que a presença de atores interesses diversos e o cenário político institucional buscou alcançar uma compreensão mais global da intervenção que sinalizou e evidenciou mudanças em curso, com impacto positivo na oferta de ações e serviço de saúde da população, como também evidenciou a complexidade do processo de reorganização da atenção básica na perspectiva de vivenciar um território de mudança e de se buscar a participação social.

7 REFERÊNCIAS

Abrúcio FL. Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional. In: Bresser-Pereira, LC e Spink P. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. São Paulo: FGV, 1998.p.173-199.

Albagli G. Notas sobre a evolução urbana de Ilhéus. In: **Especiaria** revista da UESC. 1999; 2:165-188.

Almeida ES. **Contribuição à implantação do SUS: Estudo do processo com a estratégia norma operacional básica 01/93**. São Paulo; 1995. [Tese de Livre-Docência- Faculdade de Saúde Pública, USP].

Andrade CS. **As enfermeiras egressas da UESC e sua atuação nos serviços de saúde de Itabuna**. Salvador; 1998. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Educação da UFBA].

Arouca SA. SUS, revendo a trajetória: os avanços e retrocessos da reforma sanitária brasileira. In: Nascimento A. **Entrevista Tema Radis**, nº20, fevereiro 2001.

Barreto ML, Carmo EH, Santos CA, Ferreira LDA. Saúde da população brasileira: Mudanças, superposição de padrões e desigualdades. In Fleury, Sonia (org). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos editora, 1997. p.45-59.

Barroco HE. Retrospectiva e perspectivas para a micro-região Ilhéus/Itabuna. In **Especiaria**: revista da UESC. 1998; 1: 155-170.

Barros MED. Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece ainda permanência. In: **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec – Abrasco; 1998. p.113-134.

Bodstein R. Atenção básica de saúde. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 2002; 7: 401- 429.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil. II. Seguridade Social. Seção II, Da saúde**. Brasília: IMESP; 1988.

Brasil. Lei nº. 8.080, de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília. 1990a.

Brasil. Lei nº. 8.142, de 29 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1990b.

Brasil. **Anuário Estatístico do Cacau**. CEPLAC/SECRE. 1993a.

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa nacional dos agentes comunitários de saúde**. Brasília; 1993b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica para o SUS**. Brasília; 1993c.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **PACS: Normas e diretrizes**. Brasília, 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica para o SUS**. Brasília; 1996a.

Brasil. Ministério da Saúde. **Relatório da X conferência nacional de saúde**. Brasília; 1996b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. 2ª ed. Brasília; 1998, 36p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Revista saúde da família**. Brasília, nov.1999.

Brasil. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília; 2000a, 65p.

Brasil. **Emenda Constitucional 29/2000**. Brasília 2000b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Carta da XI conferência nacional de saúde**. Brasília, 2000c.

Brasil. Ministério da Saúde. **Norma operacional de assistência à saúde**. Brasília; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. **Relatório final da I conferência nacional de vigilância sanitária**. Brasília; 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. **A epidemiologia ambiental: FUNASA/CENEPI**. Brasília, 2001c. [Textos do Curso de Vigilância Ambiental em Saúde]

Campos GWS. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1992.

Campos GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2000.

Carvalho SR, Campos GW. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**. 2000; 16:

Cohn A, Nunes, E. Jacobi, P.R, Karsch U S. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez; 1991.

Cohn A. Estado, políticas públicas e saúde. In Canesqui A M. **Ciências Sociais e Saúde.** São Paulo: Hucitec; 1997. p.157-172.

Cohn A. Os governos municipais e as políticas sociais. In: Soares J A, Cácia-Bava S. **Os desafios da gestão municipal democrática.** São Paulo: Cortez, 1998. p.143-192

Cohn A, Elias PE. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 3ª ed. São Paulo: Cortez; 1999.

Côrtes SMV. Efetivando o SUS: **Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.** Disponível em www.saude.gov.br/cns/cns_balanco.htm. 2001.

Costa. NR. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação.** São Paulo: Hucitec; 1988. 125-163.

Cunha HFS. **Gestão local plena com programa saúde da família e aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde: um estudo de caso.** Campinas, 2001. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].

D'El-Rey DCH. Paradigmas de Educação em Saúde. In: **Revista de Educação e Cultura**; 2000; 2,53-60.

Duval G. Salud y ambiente en el processo de desarrollo. In: **Ciência & Saúde Coletiva.**1998; 3, 7-16.

Escorel S. **Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

Fleury SM. Políticas sociais e cidadania na América Latina. In: Canesqui A M. **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec; 1997. p.135-156.

Foucault M. **Microfísica do poder**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

Franco T, Merhy E. **PSF: Contradições e novos desafios**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns>, 2002.

Fundação IBGE. **Censo demográfico: resultados preliminares – Ilhéus-Bahia**: Rio de Janeiro; 2001.

Germano PML et alli. Vigilância Sanitária. In: **Gestão de serviços de saúde**. Wesphal MF.(org). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001 p.112-154.

Gil AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1995.

Gohn MG. **Teorias dos movimentos sociais**. Rio de Janeiro: Loyola; 1996. p.295-343.

Jacobi PR. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 2002; 7: 443-453.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. **O discurso do sujeito coletivo. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública - USP; 1999 [Mimeo].

Lefèvre F, Teixeira JJV. **O discurso do sujeito coletivo. Uma nova abordagem em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Lefèvre F. **Como fazer: O discurso do sujeito coletivo - passo a passo**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP; 2002 [Mimeo].

Lefèvre F, Lefèvre AMC. **O discurso do sujeito coletivo: Teoria e prática** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP; 2002 [Mimeo].

Lipietz AA. **A crise ecológica**. São Paulo: Nobel; 1991. p. 75-81.

Luz, MT. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: Pinheiro R, Mattos RA. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.p.17-37.

Mendes EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996, p.57-98.

Mendes EV. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec; 1998, p.17-56.

Mendes EV. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec;1999.

Mendes EV. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, Tomo II, 2001.

Mendes EV. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a.

Mendes EV. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo assistencial tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio L. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p.117-160.

Merhy EE & Onocko, R (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p.197-228.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1996.

Minayo MCS. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. [editorial] **Ciência & Saúde Coletiva**. 1998; 3: [editorial].

Molesini JAO, Oliveira DT. **Atendimento de Urgências e Emergências na perspectiva da proposta de regionalização colocada na NOAS 01/2002**. Bahia; 2002. [Texto do Curso de Especialização de Gestão em serviços e sistemas de saúde UFBA].

Nascimento MAA do. **As práticas populares de cura no povoado de Matinha dos Pretos – Ba. Eliminar, reduzir ou convalidar?** Ribeirão Preto-SP; 1997. [Tese de doutorado da Escola de Enfermagem da USP].

Oliveira DC. Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. In: **Revista de Ciências Humanas**. Edição esp. Temática, 2000; p. 47-65.

Organização Mundial de Saúde/Fundo das Nações Unidas para Infância. **Saúde para todos no ano 2000**. Relatório da 1ª Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata; 1978.

Organizacion Panamericana de la Salud. **Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas locales de salud: la administración estratégica**. Oficina Regional da OMS Washington;1992.

Paim JS. Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da república. In: Silva LMV. **Saúde Coletiva: Textos didáticos**. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA; 1994; p.47 – 59.

Paim JS. **Processo político e formulação de políticas de saúde**. Texto didático, ISC, 003;1997.

Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquarol MZ, Almeida FN. **Epidemiologia e saúde**. 5^a ed. Rio de Janeiro: Medisi; 1999. p. 473-487.

Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquarol MZ, Almeida FN. **Epidemiologia e saúde**. 5^a ed. Rio de Janeiro: Medisi; 1999. p. 489-503.

Paim JS. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: ISC-CEPS; 2002.

Patury EP. **Diagnóstico sócio-sanitário participativo realizado no Bairro Nossa Senhora da Vitória e proposta de intervenção mediante priorização de problemas em uma área do PSF. Ilhéus-Ba.** . Ilhéus, 2000 [Monografia do Curso de Especialização em Saúde Coletiva].

Pinheiro R. As práticas do cotidiano na oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001. p.65-112.

Queiroz MIP. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: Simson, Olga de Moraes Von (org). **Experimentos com histórias de vida** (Itália-Brasil). São Paulo: Vértice Revista dos Tribunais; 1988. (Enciclopédia aberta de Ciências Sociais; v. 5) p.14-43.

Rodrigues Neto E. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**, Ministério da Saúde: Brasília; 1994.

Sader E. **Quando novos personagens entram em cena**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.

Santos B de S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 1999, p. 348.

Santos M. **O espaço do cidadão**. 6ª ed. São Paulo: Studio Nobel; 2002, p.142.

Schraiber L B, Nemes MIB e Gonçalves R B. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec; 1996.

Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Silva F de A. **História do Brasil**. São Paulo: Moderna; 1995. p. 292-331.

Silva Júnior AG da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1998.

Souza HM. **O programa de saúde da família no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)**, Ministério da Saúde, Brasília; 1999.

Tambelini TA, Câmara. VG. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. 1998; 3: 47-59.

Teixeira CF. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: Mendes EV. **Distrito Sanitário: o processo**

social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4 ed. São Paulo/Rio de Janeiro; Hucitec; 1999. p. 237-265.

Teixeira CF. **Promoção e vigilância da saúde.** CEPES-ISC, Salvador; 2002. p.79-99.

Teixeira JJV. **A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso: relação com os profissionais de saúde.** São Paulo; 1998. [Tese de mestrado. FSP/USP]

Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes, MO. Estudo etnográfico satisfação do usuário do programa saúde da família (PSF) na Bahia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** 2002; 7: 581- 589.

Trivinos ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas; 1992. p.116-175.

Valla VV. Globalização e saúde no Brasil. In. Vasconcelos EM. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec; 2001. p.39-62.

Vasconcelos EM. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001, Sobral: Uva, 2001.

Vasconcelos EM. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec; 2001.

Vasconcelos MPC. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV. **A organização da saúde no nível local.** São Paulo: Hucitec, 1998. p.155-172.

Viana AL D'Á, DAZ POZ M R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**. 1998; 8:11-48.

Zancan L, Bodstein R. Dlis-Manguinhos como estratégia de promoção da saúde: **Saúde em foco**, julho, 2002;p.49-63.

Westphal.M, Castro C.G.J. Modelo de Atenção. In: Westphal.M, Almeida. E. **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: Edusp; 2001. p.92-111.

Zveibil VZ. Agenda 21: Interfaces com a saúde e perspectivas para sua implementação: Fiocruz, **Tema**, out. 1999. p. 3-7.

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA OS SUJEITOS DA PESQUISA

Roteiro de perguntas para os antigos moradores

1. Fale o que você sabe sobre a história do Salobrinho.
2. E sobre a história de saúde do Salobrinho;
3. O que se ganhou na saúde do Salobrinho. Por que?
4. O que se perdeu na saúde do Salobrinho. Por que?

Roteiro de perguntas para as lideranças comunitárias, usuários de serviço de saúde e trabalhadores de saúde

1. Fale sobre a situação de saúde do Salobrinho;
2. A população aqui participa das questões da saúde? Fale um pouco sobre isto:
Como? Quando?
5. O que se ganhou na saúde do Salobrinho. Por que?
6. O que se perdeu na saúde do Salobrinho. Por que?

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Aceito participar da pesquisa “Salobrinho: história da saúde de um bairro de Ilhéus-Bahia”, da pesquisadora Cristina Setenta Andrade, aluna do Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Fui informado(a) que a pesquisa pretende descrever a história das políticas e das práticas de saúde do Salobrinho e analisar como os moradores e os trabalhadores de saúde que vivem e trabalham no bairro representam a realidade de saúde do seu bairro. Como participante da pesquisa serei entrevistado uma ou duas vezes pela pesquisadora com o auxílio do gravador, com duração máxima de 90 minutos, sendo esta entrevista marcada com antecedência.

Sei que tenho liberdade de recusar a participar da pesquisa e de deixá-la a qualquer momento, sem que isto traga nenhum prejuízo para minha vida pessoal.

Foi me também esclarecido(a) que meu nome não será divulgado nos resultados da pesquisa e as informações que darei serão utilizadas somente para os propósitos da pesquisa.

Data.....

Assinatura do entrevistado

Data.....

Assinatura da pesquisadora

ANEXO 3

A SITUAÇÃO DE SAÚDE DO SALOBRINHO

Lideranças da comunidade

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>1.Z: O Salobrinho está de parabéns, nós tínhamos um posto que nem os médicos queriam atender, porque era um cubículo. Nós temos um posto que tem um atendimento bom, a diretora é uma pessoa maravilhosa, a doutora é muito boa, nós temos condições de ampliar para fazer um consultório odontológico que realmente é o que está faltando. Hoje vem o carro e eles fazem no carro, mas não é adequado, nós temos de ter todos os dias o dentista aqui, nós estamos precisando. Precisamos ampliar também para que venha mais médicos, porque qualquer hora que naquele posto é assim cheio, não tem como atender todos num dia só, tem pessoas que marcam com oito dias. O Salobrinho é feito somente de pessoas humildes que saiu das fazendas de cacau, o cacau caiu e o pessoal com o trocadinho que tiveram lá compraram um barracão. Hoje está todo iluminado, botamos cascalho em todos os buracos do bairro, em breve teremos o calçamento, esgotamento, o Salobrinho vai ficar muito bonito, porque aqui é uma vila universitária, é projeto do governo</p>	<p>A saúde do Salobrinho está de parabéns;</p> <p>Nós temos um pessoal que tem um atendimento bom;</p> <p>Nós temos de ter todos os dias o dentista aqui;</p> <p>O Salobrinho é feito somente de pessoas humildes que saiu das fazendas de cacau.</p>
<p>2.R: a situação de saúde avançou muito com a implantação do programa saúde da família, mas na verdade ainda deixa muito a desejar com relação ao atendimento mais grave, casos mais graves tem que ser encaminhado para as vizinhas cidades, o centro que seria Ilhéus e a vizinha cidade de Itabuna.</p>	<p>A situação de saúde avançou com a implantação do programa saúde da família;</p> <p>Casos mais graves tem que ser encaminhados para Itabuna e Ilhéus.</p>

<p>3.Z: A situação de saúde do Salobrinho não é muito boa, nós não temos médicos efetivos, temos um posto médico que falta tudo. Para marcar uma consulta tem que ser com oito dias, se chegar com uma receita não tem o medicamento, deveria ter um médico de plantão, não tem carro nenhum, nem farmácia particular tem abriu uma ali que nem medicamento tem direito, tem de ir para Ilhéus. A população aqui é bem carente, tem umas pessoas aqui que adoecem, caem aqui e não tem transporte para levar, nem dinheiro da passagem tem. Todo dia tem médico, agora para marcar uma consulta só daqui 8 a 15 dias, se você tem uma receita para pegar não tem o medicamento, quando tem, hoje não pega, só na sexta-feira.</p>	<p>A situação de saúde do Salobrinho não é muito boa;</p> <p>A população aqui é bem carente;</p> <p>Todo dia tem médico, agora para marcar uma consulta só daqui 8 a 15 dias.</p>
<p>4.T: A situação do Salobrinho é boa hoje, tem um posto que tem médico diário, enfermeiro, enfermeira chefe, agentes comunitários. O posto de vacinação é diário e o Salobrinho vai muito bem. Para a comunidade o posto é necessário porque tem remédio, atende a todas as necessidades do Salobrinho. Falta agora é o saneamento básico que está vindo aí o esgotamento, tem a coleta de lixo, tem também o povo da Sucam que vive olhando os poços, fundo de Quintal por causa da dengue, temos água tratada agora que antes não tinha, só poço artesiano.</p>	<p>A situação do Salobrinho é boa hoje;</p> <p>Tem um posto que tem médico diário, enfermeira chefe, enfermeiro, agentes comunitários;</p>

<p>5.A: A situação de saúde é precária pela dificuldade das pessoas, tem pessoas que adoecem e não tem como se deslocarem para Ilhéus e Itabuna, muitas vezes precisam de uma pessoa que oriente. Existe uma má alimentação, crianças desnutridas, muita dificuldade financeira, as mães não recebem maneira de higiene nenhuma para lidarem com aquelas crianças, muitas vezes a desnutrição vêm através da falta de higiene e da má alimentação, aí a criança fica desnutrida. Na rua da jaqueira a situação é mais precária, mas aqui também não é muito boa não. Pessoas idosas também com muitos problemas de saúde, aqui pertinho da Universidade, acho que se a gente trabalhasse consegue melhorar a vida dessa gente.</p>	<p>A situação de saúde é precária;</p> <p>Existe uma má alimentação, crianças desnutridas, muita dificuldade financeira;</p> <p>Pessoas idosas com muitos problemas de saúde;</p> <p>Aqui pertinho da Universidade, acho que se a gente trabalhasse consegue melhorar a vida dessa gente.</p>
---	---

6.I: atualmente nós temos um posto médico, agora ele ainda não está preenchendo 100% às necessidades da comunidade, é meio precário de medicamento, médico também, só tem médico clínico, não tem especialista e também o pessoal não é muito preparado para assumir o trabalho do posto médico. Temos assistente comunitário que frequenta nossa casa trás um tipo de informação do posto, temos também controle de pressão alta e dão orientação, está faltando uma maior integração do posto com a comunidade. A saúde do bairro é precaríssima, a pobreza aqui é enorme, o índice de necessidades básicas é extrema, a população é muito pobre, muito carente de coisas básicas como alimentação. Eu sinto que os poderes públicos ainda não levam muito a sério o problema da comunidade de atender as necessidades básicas da comunidade como: saúde, educação, moradia. Moradia aqui é precaríssima, moram em lugares com esgoto aberto, agora que estão fazendo saneamento básico, a UESC tem melhorado bastante, mas há ainda muita coisa a ser feita aqui na comunidade. Eu sinto que o problema não é nem de comunidade é de Brasil, há muita precariedade nessa área de saúde; hospitais públicos se fechando por causa de falta de verbas para atendimento ao povo, é mais do governo federal de não dar mínima condição, principalmente no norte e nordeste é muito carente ainda de assistência de saúde, educação, moradia, de todos aqueles itens que são necessários ao bem estar social.

A saúde do bairro é precaríssima, a pobreza aqui é enorme, o índice de necessidades básicas é extremo;

Poderes públicos ainda não levam muito a sério o problema da comunidade;

A UESC tem melhorado bastante, mas há muita coisa a ser feita aqui na comunidade;

O problema não é só do Salobrinho, mas de Brasil, há muita precariedade na área de saúde;

Os hospitais públicos estão fechando por falta de verbas para atendimento ao público "é mais do governo federal;

O norte e nordeste é muito carente ainda de assistência de saúde, educação, moradia, de todos aqueles itens que são necessários ao bem estar social.

7.J: No Salobrinho metade dessa população vive abaixo da linha de miséria, muitas vezes pessoas atravessam o rio à procura de cacau, de jaca, banana para poderem se alimentar no período que está acordado. O que foi implantado na saúde do Salobrinho é muito bonito, mas na prática isso não vem funcionando, acredito pela falta de comprometimento das pessoas que estejam realizando o trabalho, porque a saúde não tem que escolher a cara de quem ela tem de fazer o tratamento de saúde e sim qualquer necessitado. No Salobrinho as pessoas se aproveitam para fazer política escolhem determinadas pessoas para serem atendidas em tempo hábil. Hoje a gente já tem o posto de saúde que melhorou muito, mas pela estrutura que o posto tem deveriam oferecer mais, nós temos a Universidade aí que poderia colaborar mais com isso, nós temos pessoas capacitadas que se preocupam em fazer, se preocupam em ajudar a comunidade só que a comunidade ainda não está confiante desse serviço, por serem pessoas sofridas, pessoas que já foram politicamente por muita gente, então essas pessoas não sabem reivindicar os seus direitos. Nós temos agentes que fazem o seu grupo para serem atendidos, quem não faz parte desse grupo ainda não tem acesso diretamente, a gente percebe que a reclamação é muito grande. A reclamação vem que remédios não são distribuídos, o leite vem e pessoas que necessitam não estão conseguindo receber esse leite, as pessoas que gerenciam, os intermediários desse programa que deixam a desejar, passam essas atividades para uma determinada pessoa de escalão mais baixo e não fiscalizam. Os programas acontecem dentro do Salobrinho mas não há fiscalização, no primeiro momento aparece de uma forma muito boa, mas a partir do que vai acontecendo vai relaxando aí acontece as irregularidades e ninguém toma uma providência. A saúde do Salobrinho ela melhorou um bocado, mas pela estrutura que foi montada ela era para está melhor.

O que foi implantado na saúde do Salobrinho é muito bonito, mas na prática não vem funcionando;

No Salobrinho as pessoas se aproveitam para fazer política escolhem determinadas pessoas para serem atendidas em tempo hábil;

Hoje a gente já tem o posto de saúde melhorou muito, mas pela estrutura que o posto tem deveriam fazer muito mais;

Nós temos a Universidade aí que poderia colaborar mais,

A comunidade ainda não está confiante desse serviço, já foram usadas politicamente por muita gente, então não sabem reivindicar seus direitos;

<p>8.W: A situação de saúde do Salobrinho e no âmbito nacional a gente vê a coisa um pouco caótica. A UESC na verdade foi o caminho para o progresso do Salobrinho, hoje nós temos a nível de saúde de saúde um posto médico que é o PSF funcionando, não totalmente coberto em volta da comunidade, mas já atende um grande percentual da comunidade, amenizou um pouco mais a situação de saúde do Salobrinho, embora precisarmos muito mais. Tem um grupo de hipertensos do PSF. A UESC teve um incentivo muito grande na comunidade, prova disso é que está vindo a rede de esgoto. Nós temos um bairro populoso precisamos aqui de um mini hospital, era o ideal. A carência é muito grande, nós não temos um sistema odontológico, uma ambulância, quem tem carro aqui é voltado para a comunidade porque na verdade é uma ambulância.</p>	<p>A situação de saúde do Salobrinho e no âmbito nacional a gente vê a coisa um pouco caótica;</p> <p>A UESC na verdade foi o caminho para o progresso do Salobrinho;</p> <p>Hoje nós temos em nível de saúde um posto médico que é o PSF funcionando;</p> <p>Nós temos um bairro populoso precisamos de um mini hospital, um sistema odontológico, uma ambulância.</p>
---	---

A PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO NAS QUESTÕES DA SAÚDE

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>1.Z: Participa, há um tempo passado, todas as questões da saúde que vinham para aqui, o prefeito, o secretário conversava com todo o mundo, pedia opinião ao pessoal. A partir dessas reuniões que nós tivemos muitas reuniões, as chefes do posto fazem reuniões, mandam os agentes convidar o pessoal. Hoje é o dia da reunião dos hipertensos, toda quarta-feira eles vão à igreja católica, tiram pressão arterial, mandam pegar o remédio no posto, fora disto, tem reuniões com as mães de famílias que tem filhos e também tem reuniões com essas mocinhas, essas mulheres fora do prumo, para terem cuidados, para fazer exames do pessoal. Tudo isto é aqui no Salobrinho no sentido de melhorar a saúde do povo.</p>	<p>A população participa, de todas as questões de saúde o prefeito e o secretário vinham para aqui, conversava com todo mundo, pedia opinião ao pessoal;</p> <p>Tem reuniões dos hipertensos, reuniões com as mães de famílias que tem filhos, reuniões com essas mocinhas fora do prumo;</p> <p>Tudo isto é aqui no Salobrinho no sentido de melhorar a saúde do povo.</p>
<p>2.R: A população do Salobrinho tem participado das questões da saúde, hoje um grupo de quarenta e poucas pessoas tem participado de forma mais efetivas das questões da saúde local. Além do programa de hipertensos, a população tem discutido sobre problemas de saneamento básico. Não temos efetivamente uma associação que discute esse problema, na verdade se discute essas questões em esquinas, porta de bar, tomando uma cerveja, sempre a população está discutindo esse problema.</p>	<p>A população do Salobrinho tem participado das questões da saúde,</p> <p>Além do programa dos hipertensos, a população tem discutido sobre problemas de saneamento básico;</p> <p>Não temos efetivamente uma associação, se discute essas questões em esquinas, porta de bar, sempre a população está discutindo esse problema.</p>
<p>3.Z: Tem uma doutora que reúne aí, mas é o pessoal para medir pressão, nunca ouvir falar que tivesse reuniões com pessoas da comunidade para discutir saúde.</p>	<p>Nunca ouvir falar que tivesse reuniões com pessoas da comunidade para discutir saúde.</p>

<p>4.T: Não, eu vivo muito afastada do povo, pode até ter, mas eu não participo.</p>	<p>Eu não participo, vivo afastada.</p>
<p>5.A: Participa, porque quando a gente faz reunião da pastoral, reunião do bairro ou nas festas comemorativas elas vêm, mas ainda não se discute a saúde, inclusive a pastoral da criança tem por obrigação fazer reuniões com as mães, mas o número de líderes está pequeno ainda precisa de muito incentivo.</p>	<p>Participa em reunião da pastoral, do bairro, nas festas comemorativas, mas ainda não se discute saúde.</p>
<p>6.I: Sim, no tempo de vacinação a comunidade tem receptividade nessa área de vacinas, mas a comunidade não se reúne para discutir seus problemas, isso aí é muito precário porque não há um entrelaçamento entre comunidade e a saúde é mínima, Quando há uma necessidade a população vai procura o posto de saúde, mas a integração entre o posto de saúde e a comunidade é insuficiente para o atendimento da própria comunidade. Muitas pessoas não alfabetizadas, tudo isto colabora, contribui para que não haja maior integração entre a saúde e as necessidades da própria comunidade, o povo não crê no governo, quando se marca uma reunião não comparece, dificilmente o povo comparece, porque não acredita mais que venha algum benefício, porque os governos prometem, quando chega a época de campanha faz assim uma planilha de necessidades, depois passa ganha a eleição desaparece, então é muito complicado, a comunidade está incrédula, não estão mais acreditando no poder público, isso é só fachada de política, eles não são pessoas de credibilidade para atender as pessoas da comunidade. Um posto de saúde que tem um médico só não é suficiente.</p>	<p>A comunidade não se reúne para discutir os problemas;</p> <p>A integração entre o posto de saúde e a comunidade é insuficiente;</p> <p>Muitas pessoas não são alfabetizadas, tudo isto colabora;</p> <p>O povo não crê no governo;</p> <p>A comunidade está incrédula.</p>

<p>7.J: O Salobrinho já recebe o que foi implantado, não acontece a discussão com a comunidade, a comunidade não é ouvida. Eu participei de duas reuniões, mas não foi para discutir o que iria acontecer, foi reuniões dizendo que iria ser implantado esse programa e não para discutir esse programa ou dizer o que esse programa iria alcançar, é eu acho que por não ter um nível cultural muito bom, são pessoas carentes, acho que são afastadas desse debate, não soma muita coisa, mas tem que dava para somar, para dividir, para colaborar, não são todo mundo, mas tem um grupo que dá para colaborar para investir nesse grupo.</p>	<p>O Salobrinho já recebe o que foi implantado, não acontece a discussão com a comunidade;</p> <p>A comunidade não é ouvida;</p> <p>Tem um grupo que dá para colaborar.</p>
<p>8.W: Hoje depois da implantação do PSF começou a entrarem contato com a comunidade, os agentes de saúde, mas falta muito mais a comunidade com a saúde, a saúde com a educação, falta muito mesmo. Ela se reúne em forma de reuniões, de eventos, o PSF desenvolve um trabalho com idosos, hipertensos, mas é pouco, temos que realmente fazer muito, fazer com que a comunidade se sinta realmente com o compromisso com a saúde e as autoridades também tenham um compromisso com a saúde dessa comunidade.</p>	<p>Ela se reúne em forma de reuniões, de eventos;</p> <p>O PSF desenvolve um trabalho com idosos, hipertensos, mas é pouco.</p>

O QUE SE GANHOU NA SAÚDE DO SALOBRINHO

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>1.Z: O pessoal daqui tinha o sofrimento de ir para Ilhéus para enfrentar uma fila desde das 5 da manhã a espera de uma consulta e saía com a receita na mão. Só a partir da época que o prefeito começou a distribuir remédios, nós não temos mais esse problema, ela vai receber a receita e é só passar das mãos da doutora para o funcionário que vai entregar o remédio. Por isso a saúde melhorou muito aqui no Salobrinho. Os agentes não trabalhavam, agora tem trabalho, porque não é só visitar, tem respostas, a enfermeira, a médica vai com eles na casa dos doentes, eles não podem abandonar o trabalho porque tem uma administração diferente, então hoje o Salobrinho não está bom, mas está regular.</p>	<p>Acesso aos medicamentos;</p> <p>Os agentes comunitários têm respostas, a enfermeira e a médica visita com eles os doentes;</p> <p>Os agentes têm uma administração presente;</p> <p>O Salobrinho não está bom, está regular; A saúde do Salobrinho melhorou muito.</p>
<p>2.R: Hoje as pessoas tem acompanhamento de um médico de família que chega oito horas e vai embora dezessete, então todo aquele pequeno problema, até mesmo de esclarecimento de saúde é resolvido no Salobrinho, então isso é um avanço com certeza.</p>	<p>Acompanhamento do médico de família 24 horas;</p> <p>Os pequenos problemas são resolvidos e esclarecidos no Salobrinho, então isso é um avanço.</p>
<p>3.Z: No campo da saúde nós só temos promessa. só ganhou promessa. Fala assim vai ter médico, pediatra, hospital, mas só promessa.</p>	<p>No campo da saúde só ganhou promessa.</p>

<p>4.T: Ganhou porque a implantação da Universidade com esse Curso de Medicina vai ser bom para a comunidade do Salobrinho, para o posto de saúde também, eu acho que ela ganhou bastante por causa da Universidade.</p>	<p>A comunidade ganhou por causa da Universidade.</p>
<p>5.A: Tem um posto médico aí que já faz alguma coisa, é pouco, mas faz e a pastoral da criança faz pouco, mas alguma coisinha já está fazendo.</p>	<p>O posto médico e a pastoral da criança fazem alguma coisa.</p>
<p>6.I: Eu acho importante essas assistentes comunitárias, cada rua tem sua assistente, ela vêm um vez por semana saber das necessidades. A situação é precária inclusive no próprio posto, os funcionários não tem condição de trabalho, falta pessoas especializadas, falta medicamentos, falta um atendimento mais preciso pelo próprio posto, pela prefeitura em relação a comunidade. Numa emergência, numa necessidade as pessoas têm que se deslocarem para outros locais, porque aí só faz atendimento básico, mas um atendimento de saúde, uma enfermidade, não tem condição.</p>	<p>A importância das assistentes comunitárias;</p> <p>O posto é muito precário, porque em uma emergência as pessoas tem que de deslocarem para outros lugares;</p> <p>A situação é precária, os funcionários não tem condição de trabalho, falta medicamento;</p> <p>O posto só faz atendimento básico, uma enfermidade mais não tem condição.</p>

<p>7.J: As pessoas para serem atendidas tinham de ir para Ilhéus ou Itabuna e tinha a deficiência de não ter o dinheiro para o transporte, a saúde veio para o Salobrinho, a estrutura é boa, a comunidade ganhou porque tem médico constantemente, tem enfermeira capacitada constantemente, o que falta para que a maioria aprove é o comprometimento desses profissionais, de você não vê cara, não vê raça, é você tratar o doente de forma única, se você gosta ou não gosta. Se for feito um trabalho de divulgação, de conscientização desse trabalho, de dizer a comunidade o que esse posto está aí para fazer, o que poderia ser feito, e deixar a comunidade a vontade para reclamar as pessoas.</p>	<p>O Salobrinho ganhou muito, a saúde veio para o Salobrinho;</p> <p>A estrutura é boa tem médico e enfermeiro constantemente;</p> <p>Falta comprometimento dos profissionais que discriminam no atendimento;</p> <p>Falta uma divulgação do trabalho do posto;</p> <p>A comunidade não se sente a vontade para reclamar, teme uma discriminação;</p>
<p>8.W: foi benéfico a vinda do PSF aqui, porque tem uma médica, enfermeiros, mas falta muito mais, o PSF é pequeno para uma população de 8000 habitantes. Pelo menos em primeiros socorros nós temos isso aí, não é tudo pois Quando a coisa aperta tem que ser o centro da cidade de Ilhéus e Itabuna, que também não é essas coisas porque a saúde a nível nacional não anda bem.</p>	<p>Foi benéfico à vinda do PSF para o Salobrinho;</p> <p>O PSF é pequeno para uma população de 8000 habitantes;</p> <p>Pelo menos tem os primeiros socorros;</p> <p>A saúde a nível nacional não anda bem.</p>

O QUE SE PERDEU NA SAÚDE DO SALOBRINHO

EXPRESSÕES-CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>1.Z: perdeu em parte, o que nós estamos precisando é a ampliação de um posto, precisamos de termos aqui um consultório dentário, não só para extrair dentes, mas para fazer um tratamento de pessoal, vindo do pequeno até chegar no adulto, então é isto que nós perdemos, nós não temos, nós começamos extrair dentes, mas disseram que iam tirar aquela cadeira, fizeram a instalação, que aquela cadeira não era adequada, aí ficaram de trazer, mas depois disseram que não tinha possibilidade de ficar ali o espaço não era suficiente, já tivemos um dentista aqui, mas não tinha como um dentista, era muita gente para um dentista de 8 em 8 dias, tinha que ser permanente de manhã e de tarde, porque eles fazem a mesma coisa no carro, vem o dentista para aí de manhã e de tarde, são dois.</p>	<p>A perda do dentista;</p>
<p>2.R: eu não sei se seria uma pessoa capaz de dizer o que se perdeu diante das pequenas coisas</p>	
<p>3.Z: Antes quando cheguei para aqui não tinha médico, posto, a gente tinha que deslocar para Ilhéus, mesmo assim ia mais no remédio caseiro, usava mais pau d'arco Quando estava com anemia, fazia xarope de banana da terra para gripe, chá de noz moscada para dor, fazia folhas de chá, horta, mas isso tem muitos anos. Uma senhora que está bem velhinha, chamada Estela era parteira, aí ela sabia de muito remédio, aí a gente ia na casa dela e ela ensinava, fazia banho.</p>	<p>A perda da parteira, que também ensinava remédio caseiro.</p>

<p>4.T: Aqui cresceu mais por conta da Universidade, porque se fosse politicamente não estava desse jeito não, a comunidade aqui não é organizada por conta dos governantes não tem força política é tanto que o calçamento e a água é mais por conta da Universidade, o esgotamento que está tendo aí é por conta da Universidade, o Salobrinho cresceu em volta da Universidade, a Universidade precisava disso é uma comunidade que está perto da Universidade, eu acho que vai crescer muito mais ainda porque a tendência da Universidade é crescer e crescer o bairro do Salobrinho virar uma vila universitária.</p>	<p>O Salobrinho cresceu por causa da Universidade</p>
<p>5.A: A água, a água ainda vejo muita gente se queixar da água da embasa que vêm com muito cloro. Continua na saúde o mesmo, eu acho que para mim continua o mesmo, nem se ganhou, nem se perdeu. Agora os esgotos já estão fazendo não precisa a gente reclamar porque já estão fazendo, a iluminação deve aumentar eu vendi uns lotes que quando começarem a construir umas 10 casas vai precisar puxar água para lá, puxar luz, melhorar a rua para passar carro para lá.</p>	<p>A qualidade de cloro da água</p>
<p>6.Y: Acho que não se perdeu o que nunca teve, nós nunca tivemos um bom atendimento na saúde aqui, sempre foi muito precário, eu acho que não se perdeu não, se ganhou, não vou ser injusta com os postos de saúde, com a prefeitura, com a secretaria de saúde, eu acho que ganhou, agora precisa melhorar bastante, ainda tem muita coisa a ser feita, precisa melhorar, desenvolver mais nessa área, porque já tem muita carência, o povo é tão carente, tão humilde, tão pobre, então a saúde poderia ser mais olhada com mais simpatia, com mais responsabilidade para a comunidade.</p>	<p>Não se perdeu, o que nunca se teve.</p>

<p>7.J: O que se perdeu foi só essa confiança que ainda não está tendo que é coisa se a gente começar a fiscalizar, a divulgar, fazer com que a comunidade participe de reuniões, levante questões que ela não participe com todas as pessoas envolvidas com a saúde, e sim a comunidade para averiguar as coisas que falam, porque se você coloca a comunidade para falar junto as pessoas que trabalham a comunidade fica constrangida de represália, o que se perdeu foi só isso, a confiança de não saber a quem reclamar, a quem se dirigir, mas tudo bem, mas tem uma coisa na saúde que eu sempre questiono. O rio dava condições, mas depois que o rio morreu, depois que mataram o rio, quando tinha emprego, o Salobrinho era uma maravilha, se você olha daqui o Salobrinho tem mais antena do que casa, tem o barraco, mas tem é coisa antiga quando o Salobrinho tinha condições, então naquela época. Ocorre muito roubo, um miserável roubando outro miserável. Hoje segunda, você encontra umas 100 pessoas bêbadas, isso é para esquecer, a prostituição eu falo meninas de 12 e 13 anos já fazem programas, apesar da televisão está incentivando que está é uma profissão, esse negócio de quenga, bastante admiração por todo mundo, as meninas já começaram deixaram de estudar, acompanhamento dessas meninas porque deixaram de estudar não tem, o lugar pequeno que todo mundo se conhece, por que não se matriculou, estão deixando de estudar para fazer programa, o valor é um real, um vale transporte, tem um lugar no Salobrinho onde só fica menina menor que vale transporte elas trocam por 25 centavos, 50 centavos, então a realidade é triste.</p>	<p>Perdeu a confiança da população em participar, ter de fiscalizar, de divulgar, de não saber a quem reclamar, a quem se dirigir;</p> <p>O rio dava condições, mas depois o rio morreu;</p> <p>A perda do emprego;</p> <p>Perdeu a segurança;</p> <p>Aumento das pessoas bêbadas,</p> <p>Prostituição de adolescentes de 12 e 13 anos;</p>
---	---

<p>8.W: Continua perdendo a cada dia que a comunidade cresce, pois é mais um habitante que chega, então a carência é grande, a gente está perdendo em vários sentidos aquela formação de ter mais gente, mais agentes de saúde para que os agentes de saúde conduzam essas pessoas para a formação dessa pessoa para fazer saúde, porque saúde é dentro das nossas casas .</p>	<p>Perdeu o acesso aos serviços pelo aumento da população</p>
---	---

USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE

A SITUAÇÃO DE SAÚDE DO SALOBRINHO

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
<p>1.R: a situação de saúde do Salobrinho é muito precária, porque é uma médica só para toda população, tem pessoas que precisam da consulta e tem de marcar com 8 a 15 dias, a doença não espera. O bairro aqui é muito distante encontrar um socorro demora um pouco, a ajuda que tem aqui, nem chega a metade do que a gente precisa. Eu que sou diabética, por causa daquele programa que fizeram comigo, tenho prioridade, quando chego lá sou logo atendida, mas eu vejo muita gente reclamando.</p>	<p>A situação de saúde do Salobrinho é muito precária;</p> <p>Tem de marcar a consulta com 8 a 15 dias, a doença não espera.</p>
<p>2.A: A saúde não está muito boa, mas está melhorando. Só está mais ruim é esse esgoto e uma consulta marcar com 8 dias, se pudesse ser mais próximo! Porque quando chove, as crianças adoecem, é febre, cansaço e as doenças do esgoto.. Eles são atendidos se tiver com febre e cansando, ela atende na hora.</p>	<p>A saúde não está muito boa, mas está melhorando;</p> <p>Só está mais ruim é esse esgoto;</p> <p>Uma consulta marca com 8 dias.</p>
<p>3.V: A situação de saúde do Salobrinho é razoável, eu acho não vejo mistério no atendimento, o pessoal vai é atendido, eu também não tenho o que falar, fico aqui dentro de casa, no meu comércio, o pessoal daqui é humilde, tudo sadio, não tem problema de saúde.</p>	<p>A situação de saúde do Salobrinho é razoável.</p>

<p>4.D: A situação de saúde do Salobrinho é péssima, onde tem vários casos de doenças, alguns a gente ainda tem possibilidade de resolver, porque de primeiro nós tínhamos essa dificuldade. Logo que cheguei aqui não tinha médico nenhum, vinha aqui de mês em mês era um sofrimento para mim, hoje a gente tem o privilégio de ter os agentes de saúde que vêm ajudar, buscar a gente que está em casa com problema quando a gente não tem capacidade de resolver o problema eles conseguem uma força para poder ajudar. Uma doutora só para dar assistência a tanta gente doente eu acho impossível, ela dá mas de acordo a condição dela. Eu acho que aqui está precisando de muita coisa para a saúde se desenvolver melhor: problema de alimentação devido à pobreza, o saneamento que ainda não foi feito e está iniciando agora. Hoje sou uma pessoa hipertensa, tenho um problema de nervoso, que com a ajuda de Deus, do pessoal da saúde e da faculdade, que tem me ajudado muito com alongamento e relaxamento que eu vim aliviar meus problemas, porque eu melhorei muito a coluna que me atacava os nervoso. Está precisando de uma ambulância que é necessário para a comunidade, o médico deveria ficar mais tempo no posto porque muita vezes a gente precisa de uma consulta hoje só vai conseguir para daqui a 15 dias porque a agenda está cheia constantemente, deveria dar oportunidade ao pessoal do Salobrinho que chegasse precisando tivesse o médico lá para atender, porque a comunidade é pobre não tem condição de procurar o médico em Ilhéus. Tem mais problemas do que vitórias, mas o que mais estamos precisando é de uma alimentação melhor, saneamento básico e uma assistência constantemente, porque o médico passa o remédio e a gente pega no posto de graça, hoje o remédio é por conta do Estado., mas eu procuro viver de acordo com a minha condição de vida, lutando por um dia melhor, mas caótica é nossa vida aqui dentro.</p>	<p>A situação de saúde do Salobrinho é péssima;</p> <p>Uma doutora só para dar assistência a tanta gente, eu acho impossível;</p> <p>O privilégio de ter os agentes comunitários que vêm ajudar, buscar a gente em casa com problemas;</p> <p>Uma ambulância é necessário para a comunidade;</p> <p>Precisa de uma consulta hoje só vai conseguir para daqui a 15 dias;</p> <p>O médico passa o remédio e a gente pega no posto de graça, hoje o remédio é por conta do Estado.</p>
---	---

<p>5.J: Está boa, tem o posto de saúde, Quando o menino adoece leva lá no posto, o ruim é isso quando a gente vai e demora para atender, por exemplo a gente leva o menino doente marca hoje para na outra semana ser atendido, aí a gente acha ruim, mas em parte é bom.</p>	<p>A saúde está boa;</p> <p>O ruim é marcar a consulta para outra semana.</p>
<p>6.De: A situação de saúde do Salobrinho melhorou muito com a reabertura do posto porque sempre teve posto aí, antes não tinha médico Quando precisava de Qualquer coisa tinha de ir lá para baixo, a nova equipe de saúde tem uma maneira muito especial de tratar a gente, não só com os idosos que tem problemas como outras pessoas, já tem o remédio aí. Mês passado mesmo, eu não tinha condição de ir ao posto e a Dr^a.Carol teve aqui, pois a assistente social soube e veio aqui. Tem muita coisa a melhorar, , não existe uma rede de esgoto, já temos água encanada, que não tinha antigamente, relativo à saúde melhorou muito, mas ainda pode melhorar mais.</p>	<p>A situação de saúde do Salobrinho melhorou muito com a reabertura do posto;</p> <p>Tem muita coisa a melhorar, não existe rede de esgoto;</p> <p>Quem não tem condição de ir ao posto recebe visita em casa.</p>
<p>7.C: Está indo bem, tem médico a semana toda de Segunda a sexta, visita em casa às pessoas que são carente e que não tem condições de ir ao posto, Quando tem criança que não tem ficha ela atende assim mesmo, é super bom o atendimento aqui. A saúde do bairro que é um pouco precária, agora mesmo que está botando a rede de esgoto, aí prejudica as crianças que gostam de andar descalça, aí é bem precária a saúde, muita criança com desidratação, desnutrido, agora com a chegada do posto que está evoluindo a cada dia, estou vendo dizer que vai aumentar, está melhorando aos poucos.</p>	<p>A saúde está indo bem, com a chegada do posto, tem médico a semana toda;</p> <p>Visita em casa as pessoas que não tem condição de ir ao posto.</p> <p>É precário o esgoto, mas já estão botando a rede de esgoto.</p>

<p>8.Z: A situação de saúde do Salobrinho não é muito boa, não, eu mesma já vim de Ilhéus há uns 12 anos diabética, aí comecei a sofrer do coração, pressão alta, andando para médica, me interno, sempre a rotina é a mesma. A situação do bairro em compensação melhorou, antes não tinha não, tinha mas era mesmo que não ter , pois a gente não usava, não tinha utilidade nenhuma, mas agora está bom, tem médico, tem atendimento direto, qualquer coisa que a gente precisando vai lá e é atendido, medicação e tudo.</p>	<p>A situação de saúde do Salobrinho não é muito boa, em compensação melhorou;</p> <p>Agora tem médico para atendimento direto, medicação e tudo.</p>
---	---

A PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO NAS QUESTÕES DA SAÚDE

EXPRESSÕES-CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
1.R:	
2.A: Não, nunca fui chamada para nenhuma reunião.	Não tem reuniões.
3.V: É discute, mas é mais quando tem uma reunião,mas freqüentemente não tem não, o pessoal não liga para essas coisas não.	Não tem reuniões freqüentes, o pessoal não liga para essas coisas.
4.D: O povo aqui é meio devagar, não participa tanto, o povo quando tem oportunidade deveria reivindicar um pouco dos seus direitos, porque se tratando da saúde é um direito nosso, todo mundo tem o direito de viver melhor, se o povo se reunisse mais para quando tivesse reuniões falar mais de saúde, eu acho que o povo participa muito pouco. Não tem reuniões periódicas.	<p>Não tem reuniões periódicas;</p> <p>O povo é meio devagar;</p> <p>Quando tem reuniões, o povo deveria reivindicar mais;</p> <p>Saúde é um direito nosso, todo mundo tem o direito de viver melhor;</p>
5.J: Participa, tem a pastoral da igreja católica, a comunidade faz uma cooperativa para sair nas portas para saber se os meninos estão bem, se discute os problemas de saúde uma vez por mês à tarde, eu não participo muito, porque eu trabalho.	<p>Participa, tem a pastoral da criança e a comunidade em cooperativa que visita as crianças;</p> <p>Se discute os problemas de saúde uma vez por mês;</p>
6.De: Não se reunia, mas D ^a . Carol puxou muito esse pessoal para as reuniões, esse pessoal é meio desligado, não tem aquela preocupação de se reunir, de conhecer mais coisas, de crescer mais, tem de melhorar mais, eles não se interessam tanto por essas reuniões, para começarem conhecimento do que é bom para eles próprios, discutir seus problemas, precisa muito.	<p>O pessoal é meio desligado, não tem aquela preocupação de se reunir; de crescer mais;</p> <p>Ter conhecimento do que é bom para eles próprios, discutir seus problemas.</p>

<p>7.C: Discute pouco, tem as reuniões eles falam do médico de família, discutem os problemas de saúde, as reuniões acontecem no final do mês, eu não vou porque esqueço, mas sempre há.</p>	<p>Discutem pouco, tem as reuniões no final do mês;</p> <p>Discutem problemas de saúde de saúde.</p>
<p>8.Z: Na igreja católica a médica e a enfermeira mede a pressão, procuram saber sobre a saúde, no outro dia a gente pega o remédio no posto que precisa, sempre discute os problemas do bairro, procurando saber a melhora que a gente está sentindo a respeito de ajudar associação. As reuniões são as quartas-feiras</p>	<p>As reuniões são com grupos específicos;</p> <p>Os hipertensos têm a garantia do medicamento;</p>

O QUE SE GANHOU NA SAÚDE DO SALOBRINHO

EXPRESSÕES-CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>1.R: Acho que depois do posto as pessoas daqui tiveram um pouco mais de confiança, agora qualquer problema que você tem aqui recorre lá ao posto. agora você pode se medicar com a médica que é super legal que parece mais uma psicóloga, eu já cansei de chegar lá chorando, preocupada com minha diabética que estava alta e sair alegre, feliz porque ela me explicava tudo direitinho, se eu estou mal aqui, além dela cuidar de mim, cuida também da minha cabeça, me dá muito conselho, muitas coisas eu não sabia sobre minha doença, hoje eu sei, não sei tudo, mas ela me botou a par de muita coisa, então para mim melhorou bastante, sem eles aqui eu não sei o que seria de nós não. Tem aí os grupos dos meninos que saem de casa em casa para saber o que está acontecendo, eles ajudam as pessoas em casa, as pessoas estão passando dificuldades eles são de ajudar, então eles não são só médicos, pessoas da área de saúde eles são amigos também, isso também conta, isso ajuda muito, não tem nem o que discutir sobre isso, muitas vezes a gente fala, como eu falei que demora a ficha, mas não é por causa deles a população é grande, tem que olha esse lado também.</p>	<p>Acesso ao posto de saúde; Integralidade da assistência; Informação em saúde; Assistência humanitária; Melhorou bastante o atendimento.</p>
<p>2.A: Pouca coisa não é! Porque aqui não tem um dentista só tem uma médica para adulto e criança e as enfermeiras só, só ganhou isso.</p>	<p>Ganhou pouca coisa;</p>
<p>3.V: Ganhou várias coisas, atendimento para começar na rua, em casa, eu não sei muito o nome da doutora que vem aqui na rua de casa em casa, tem a Vanessa, sobre isso melhorou bastante, muito mesmo, o pessoal vai de casa em casa nesse lado a gente observa que melhorou, durante 3, 4 anos atrás melhorou bastante isso aqui no Salobrinho.</p>	<p>Ganhou várias coisas; Visita domiciliar da médica e da agente comunitário</p>

<p>4. D: A gente ganhou esse projeto de saúde o PSF, isso aí foi uma vitória porque antes era muito pior, hoje a gente já tem aonde ir, tem pessoas que nos atende de braços abertos, a gente já fala para eles dos nossos problemas, então eu acho que nós ganhamos é como se fosse ganho.</p>	<p>Ganhou o PSF; Assistência humanitária</p>
<p>5.J: Melhorou mais porque antigamente os meninos ficavam muito doentes, agora não estão muito assim, qualquer coisa de fica doente leva logo e resolve. Melhorou porque as vezes a gente quer pesar e não precisa ir no posto, já pesa assim em casa e se a criança tiver com desnutrição, eles já dão uma mistura para colocar na alimentação da criança, aí está melhor.</p>	<p>Acesso ao serviço de saúde; Ações de saúde desenvolvidas em domicílio.</p>
<p>6.D: Eu acho que ganhou muito, ganhou nas assistentes sociais, essas moças vão de casa em casa verificando a situação, elas puxam essas mães para os postos para vacina, porque era tudo largado aí, melhorou nessa parte aí, melhorou na medicação, na assistência médica, melhorou na comunicação da saúde que não tinha, agora tem comunicação em saúde no Salobrinho, melhorou porque não se via nada, ninguém ia no posto assim, se tinha agente de saúde aqui, não sei se tinha eu não sabia, e hoje os agentes de saúde vai até a casa da gente, antes a gente ia até eles, eles não faziam isso, então o posto de saúde cresceu, fez a comunidade vê isso porque os agentes vão até lá, vão buscar, as moças vão, a médica vai, dão assistência, o carinho a maneira como trata a gente.</p>	<p>Ganhou com as agentes comunitárias; Melhorou nas medicações; Visita domiciliar com as agentes e a médica; Assistência humanitária.</p>

<p>7.C: Essa prevenção que agora tem aqui, de primeiro não tinha, eras as meninas todas novas engravidando, agora tem o planejamento as menininhas vão para as reuniões sempre, isso é bom, tem bastante coisa que antes não tinha, o atendimento diário que de primeiro tinha de ir à Ilhéus para dar uma vacina dessas, agora não é de Segunda à sexta tem as vacinas, tem o atendimento do CBA que a moça atende de 0 a 5 anos, está evoluindo aos pouquinhos, vai chegar lá. Se ganhou porque quando eu vim para aqui tinha de sair daqui para Ilhéus, se um filho adoecia de última hora, as vezes não tinha o dinheiro mesmo para levar à Ilhéus ficava doente até aparecer, agora tem a médica aí diariamente.</p>	<p>Planejamento familiar;</p> <p>Acesso ao serviço de saúde;</p> <p>Atendimento à saúde da criança;</p> <p>Atendimento médico diário.</p>
<p>8.Z: Depois do posto aí da saúde que melhorou bastante a associação, a reunião dos hipertensos, toda quarta-feira a gente vai lá, a pressão está alta a gente ganha remédio, então melhorou bastante. A água graças a Deus é poucos dias na semana, mas quem tem seus tanques de abastecimento dar para viver. Aqui eu ganho em termos de convivência, porque eu vivo bem aqui com Deus e com o povo, graças a Deus não tenho o que dizer</p>	<p>A reunião de hipertensos;</p> <p>Acesso aos medicamentos;</p> <p>Acesso à água.</p>

O QUE SE PERDEU NA SAÚDE DO SALOBRINHO

EXPRESSÕES-CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
1.R: Acho que não perdeu nada não, só ganhou	Não perdeu nada
2.A: Aqui acho que tudo muita coisa está perdendo, porque o posto é pequeno para a pessoa fazer uma consulta tem que marcar com 8 dias, vai uma Quarta, criança se for na Quarta tem que esperar a outra quarta para fazer, uma entrega de exame é uma demora, então acaba com tudo. O rio às vezes está dando peixe, às vezes não dá, a gente pesca, o rio para mim é uma grande bondade porque aí a gente pesca, a gente lava roupa, lava prato, só não faz beber da água, as crianças brincam, só não está melhor porque o esgoto está caindo dentro, aí não dá, as vezes adoce, tem uma época que não dá nem para tomar banho, aí foi uma coisa que se perdeu na saúde, o rio poluído. e é a grande coisa a gente aproveitar o rio.	Muita coisa está se perdendo; Marcação de consulta com oito dias; O rio limpo
3. V: Rapaz, eu não sei dizer a senhora não, falta de alimentação, o pai bebe muita cachaça, a mãe não liga para nada, aqui é falta de alimentação, falta de carinho mesmo, de criança viver aí na lama de pé no chão, andava de qualquer maneira no chão, a toa, devagar. Preocupação que os políticos devem ter o carinho, a atitude e dessa maneira nós tem que olhar esse lado, para falar a verdade os políticos dessa maneira não se preocupam não senhora	Piorou as condições de vida; Os políticos não se preocupam com as pessoas.
4.D: Uma ambulância que nós tínhamos antigamente e ajudava e não voltou mais, essa poeira aumentando cada dia que passa é pior, Porque onde eu moro só tem lama Quando está chovendo e poeira quando faz sol não vai adiantar nada, isso é que a gente perde e só Deus sabe como recuperar, eu tenho falta de ar devido à pressão, eu vivo assim como Deus quer e pode.	Uma ambulância; Aumento da poeira, da lama; Aumento das infecções respiratórias

<p>5.J: O saneamento básico aqui no fundo tem uma valeta no quintal que tem época sem fechar, toda vez que a pessoa vai limpar, adoece, não agüenta o mau cheiro, aí fala com os vereadores para dá um jeito, eles dizem que vão dar, mas nunca fazem nada para melhorar aí na frente sempre ajeitam, cuidam daqui da frente, mas no fundo só os moradores que ajeitam aí o fundo, está cada vez pior, sempre que você chega pela rua está tudo bonitinho, mas Quando você chega no quintal, na frente só é aparência e realmente o problema está no fundo, aí fala com os vereadores e não tem jeito de ajeitar, fala que vai fazer, mas nunca faz.</p>	<p>Limpeza dos quintais</p>
<p>6.De: Eu acho que não se perdeu nada não no meu entender eu acho que não se perdeu nada.</p>	<p>Não perdeu nada</p>
<p>7.C: Nada, eu acho que nada, acho que não se perdeu nada</p>	<p>Não perdeu nada</p>
<p>8.Z: A violência tem aumentado, a violência se perdeu porque em vez de melhorar perdeu. A respeito da saúde pública também é como esse negócio da rua esse poeirão doido que eles nunca cuidam direito quando está fazendo sol mesmo a gente não pode nem abrir a porta da rua, para sair um pouquinho de ar para a rua, que as vezes sobe aquele poeirão, os carros passam e a poeira em vez de melhorar só faz piorar. Esse campo aí é muito perigoso porque é palavrão desse povo que chega aí, é bola...</p>	<p>A paz; A tranquilidade da rua;</p>

TRABALHADORES DE SAÚDE

A SITUAÇÃO DE SAÚDE DO SALOBRINHO

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
<p>1.E: A situação de saúde do Salobrinho está bastante melhorada. O trabalho que a gente tem feito aqui tem suprido as necessidades do bairro. A comunidade se queixa ainda, a principal queixa é não ter uma ambulância, a ansiedade maior deles é irem ao pronto socorro, principalmente de madrugada. Os programas que tem funcionado aqui vão ser acrescidos agora pelo programa de DST, a gente está funcionando imunização, a vacinação aqui está acima da média do município. Daqui a uma semana nós estaremos finalmente fazendo os preventivos aqui na unidade. Falta ainda odontologia. Se bem que estamos implantado mais um serviço preventivo de odontologia.</p>	<p>A situação de saúde do está bastante melhorada;</p> <p>Falta ambulância;</p> <p>Estão sendo implantados outros programas: DST, prevenção de câncer uterino.</p>

<p>2. R: Eu creio que a saúde está melhorando, não 100%, há interesse por parte do governo, da comunidade que está sendo sensibilizada. A UESC ajuda muito a saúde do Salobrinho, o que está mais a desejar é a rede de esgotos que estão tentando fazer agora. A questão da fome aflige muito as famílias, eu vou orientar as mães para uma alimentação mais saudável, mas elas não tem o que comer, quando digo que é a fome, todo dia a criança fica resfriada, a imunidade está baixa, está com diarreia porque é a comida onde ela come, onde ela brinca com terra, jogando bola na lama, deveria ter projetos. Temos o PSF, queremos botar na cabeça do pessoal que não é curando que vai resolver os problemas, porque a gente tem aquela parte de educação em saúde, de prevenção. Por exemplo, a questão da escovação na escola, a gente fica meio traumatizada, a criança sangra muito, tem cárie, deveria fazer também a parte curativa. A doutora faz consultas, visita domiciliar, deveria ter duas unidades do PSF, outros serviços que pudesse atender as necessidades logo, outra parte trabalha com a prevenção. Outra coisa é que um paciente precisando de especialista a gente vai de um lugar para outro, só vai por favores, a gente fica sem credibilidade, é triste. As pessoas querem vê se a gente fala: vai que você vai ser atendido e receber retorno disto. Outra coisa o agente comunitário vai no hospital, o pessoal nem se abala, parece que não tem ninguém. Tem que muita gente levar a sério o que a gente faz, tem médico que não sabe o que é PSF. Crianças desnutridas, a questão do esgoto, não tem dinheiro para pagar a taxa de água do poço, o que tiver ao alcance da gente, a gente vai resolvendo.</p>	<p>Eu creio que a saúde está melhorando, não 100%;</p> <p>Os problemas sociais afetam a saúde das crianças.</p>
--	---

<p>3.V: A situação de saúde do Salobrinho eu creio que é muito parecida com a maioria das comunidades carentes. Os problemas mais freqüentes são verminose, desidratação, descrença no serviço público da saúde, a questão do saneamento básico que está escasso, agora que estão começando a trabalhar nesse sentido. Eu trabalho lá na margem do rio a maioria das pessoas nem sequer tem vaso sanitário, então lixo eles jogam no rio, eles fazem as necessidades no rio, assim como usam aquela água ali para lavar roupa, para beber e para cozinhar, então é uma situação precária. A questão da verminose, a questão do desacreditamento da valia do leite materno, porque muitas vezes as crianças desnutridas são aquelas que não foram amamentadas, até pelo descrédito da informação, pelo fato do PSF ser um programa novo, então eles acham que é tudo política, só para os governantes conseguirem votos, então eles acham que é coisa que não vai mudar, mas pouco a pouco a gente vai conseguindo mudar a visão da comunidade.</p>	<p>A situação de saúde é muito parecida com a maioria das comunidades carentes, muito precária;</p>
<p>4.Eu: A saúde do Salobrinho atualmente melhorou muito, há dois anos atrás nós não tínhamos médico a semana inteira, o médico só vinha ao posto uma vez por mês, agora melhorou muito porque nós somos uma equipe que trabalha junto e estamos tentando dá conta porque a comunidade cresceu muito nos últimos meses e anos e nós estamos aí tentando atender todo mundo da melhor maneira possível. Considero a saúde boa, ótima.</p>	<p>A saúde do Salobrinho atualmente melhorou muito, considero a saúde boa, ótima.</p>

<p>5.J: Com o PSF veio a desencalhar muitas coisas, a demanda é muito grande no sentido de cobranças, deveria ter um atendimento de urgência 24 horas, assim à noite uma ambulância , está caminhando, melhorou muito depois do programa. A dificuldade que nós temos é em termos de esgoto, mas o saneamento já está sendo resolvido, o maior problema era o esgoto aberto, fossa, essas coisas. A dificuldade mais são essas, a situação financeira também são pais desempregados, não tem nem biscate, escolaridade baixa, não conseguem emprego porque eram trabalhadores rurais, não encontram mais emprego.</p>	<p>A saúde melhorou muito depois do programa</p>
<p>6. M: A situação de saúde do Salobrinho face a essa estratégia de saúde da família está consideravelmente boa. Pela expectativa da população está havendo um bom atendimento. Nós encontramos antes um atendimento muito pobre, muito carente. Hoje as pessoas estão sendo bem assistidas , através da proposta do modelo assistencial da saúde., pode-se dizer que é um modelo que está dando bons resultados aqui no <u>Salobrinho</u>.</p>	<p>A situação de saúde do Salobrinho face a essa estratégia de saúde de família está boa.</p>

<p>7.C: A saúde daqui do Salobrinho conta com uma unidade de saúde da família, que é composta por médica, enfermeira, auxiliar e agentes comunitários. A gente tem atendimento clínico, pediátrico, pré-natal em pacientes que não sejam de risco, planejamento familiar, visitas domiciliares e educação em saúde. A enfermeira faz pré-natal, CD, planejamento, visitas e o auxiliar faz curativos, nebulizações, vacinas. Cobre boa parte do atendimento à população que a população necessita, agora uma coisa reclamam muito é a parte da emergência que não tem para os casos mais graves, a gente só resolve uma diarreia, , coisa mais séria ,mandar para Ilhéus, e a gente não tem transporte regular, a unidade não tem carro exclusivo , isto é um problema que eles reclamam muito. Outro problema para a gente é a referência e contra-referência organizada que não tem. Difícil também é a intersetorialidade, não tem de forma certa e regular, tem um pouco com a escola, com a secretaria de ação social, com outras secretarias a gente não tem, para resolver um problema, uma coisa certa e regular, principalmente de ação social, a gente vê que é desemprego, falta de dinheiro , a gente não vê organizado aquele conceito de saúde mais amplo de ter educação, moradia, lazer, tem que ter comida, se a gente fala que tem que ter comida para tomar o remédio, tem que alimentar-se direito, mas como se eles não tem dinheiro para comprar!</p>	<p>O atendimento cobre boa parte que a população necessita. Eu acho que está caminhando para melhorar, já foi bem pior aqui</p>
--	---

<p>8.A: A situação de saúde do Salobrinho na questão da saúde melhorou, está bem melhor que antigamente, porque para vim marcar consulta era muito difícil. Hoje apesar do povo ainda reclamar muito, mas no meu vê está bem melhor, apesar de ter de marcar com quinze dias de antecedência, mas em caso de urgência a médica atende, para mim melhorou bastante o Salobrinho. Agora com a questão do saneamento vai melhorar, só a médica não faz milagre, possivelmente agora vai ficar bem melhor.</p>	<p>A situação de saúde do Salobrinho na questão de saúde melhorou, está bem melhor do que antigamente.</p>
---	--

A PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO NAS QUESTÕES DA SAÚDE

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>1.E: Eles participam sempre buscando os serviços, não é que participam, nós já tentamos implantar o Conselho, nós não conseguimos reunir um número suficiente de pessoas para participar do Conselho, estamos tentando criar novos meios, outros estímulos. Estamos tentando buscar parceiros juntamente com a UESC para vê se consegue algum treinamento de Conselho, porque uma das deficiências que a gente tem é a parte relativa ao Conselho, também é difícil de explicar isto à comunidade, a gente sente muito a falta de capacidade para abordar o assunto, a falta de material até para poder levar à essa comunidade, até porque a linguagem tem que ser bastante trabalhada, não é simples.</p>	<p>Eles participam sempre buscando os serviços;</p> <p>Estamos tentando buscar parceria com a UESC;</p> <p>A gente sente muito, a falta de capacidade para abordar o assunto.</p>
<p>2. R: Não, eles são muito acomodados, a gente agora com o PSF está mudando aos poucos. Começou a haver uma mudança, o pessoal daqui do Salobrinho fica reclamando demais, isoladamente, num canto em outro, todo lugar que vai reclama, quer soluções imediatas, mas não se organizam, não. Agora o PSF está tentando sensibilizar esse pessoal a se unirem a formar o Conselho Local de Saúde, mesmo assim é uma resistência muito grande deles, porque é essa falta de credibilidade mesmo, eles acham que tudo está envolvido com a política. O Conselho Local é a oportunidade para eles entenderem que a gente vai fazer o Conselho, sempre houve associação de moradores, mas nunca resolveu nada. Então é uma coisa que a gente ainda está construindo a participação do povo, porque ainda está naquela de só reclamar, de falar isoladamente, de quando tem uma reunião é só reclamar, criticar, mas não tem uma consciência coletiva, então não tem nem idéia o que é um Conselho Local, alguma coisa assim ligado a isto, aí é que vai haver a mudança.</p>	<p>Não, eles são muito acomodados, a gente agora com o PSF está mudando aos poucos;</p> <p>Agora o PSF está tentando sensibilizar esse pessoal a se unirem mais, a formar o Conselho Local de Saúde;</p> <p>Há uma resistência muito grande, eles acham que tudo está envolvido política;</p>

<p>3.V: uma das idéias é implantar o Conselho Local de Saúde com a gente aqui, já aconteceram algumas reuniões, mas isso também está sendo influenciado pelo processo dessa nova visão de saúde pública que está tendo agora. Eles não estão acreditando, até nas reuniões a gente sente isso, a gente convida muita gente, nem todos vão e os que vão já vão desconfiados achando que lá vai ter algum candidato a vereador. Eles têm a consciência que precisam mudar, das necessidades deles, mas a comunidade está desacreditada, pode reclamar sim, mas vai reclamar e vai ficar por aquilo mesmo, eles acham que quando tem a reunião que quando convocam para falar dos problemas, eles falam porque vai ter campanha. A gente retornou a fazer reuniões para que eles vejam que era algo sério e que depende deles também para que sejam resolvidos alguns problemas, então até agora eles não discutem.</p>	<p>Uma das idéias é implantar o Conselho Local de Saúde;</p> <p>Essa nova visão de saúde pública tem influenciado o processo de participação;</p> <p>Eles têm a consciência que precisam mudar, das necessidades deles, mas a comunidade está desacreditada, pode reclamar sim, mas vai reclamar e vai ficar por aquilo mesmo, eles acham que quando tem a reunião que quando convocam para falar dos problemas, eles falam porque vai ter campanha.</p>
<p>4.Eu:A população não participa , não reúne, não deu certo foi uma minoria, realmente eles não tem interesse, quando chega a responsabilidade, acho que é o preparo que eles não tem , até mesmo porque eles não estão acostumados com isso, é aquela coisa de transformar o presente, nós estamos querendo fazer e estamos tentando fazer, nós vamos nos reunir para poder tentar melhorar aquilo ali, até a associação que existe lá, existe e não respondem, não atende as necessidades no que tem de ser feito.</p>	<p>A população não participa, não reúne, eles não têm interesse quando chega a responsabilidade;</p> <p>Acho que é o preparo que eles não tem, não estão acostumados com isso;</p> <p>É aquela coisa de transformar o presente;</p> <p>A associação não atende as necessidades no que tem de ser feito.</p>

<p>5.J: Participa muito, eles entendem bem o que se fala nos eventos nos grupos de hipertensos, de diabéticos, eles aceitam tudo o que a gente faz em relação à eles na saúde, teve problema de hipertensão, está lá com a gente. Eles não discutem os problemas do bairro, fala-se em formar o Conselho, só se discute que teria a participação deles, mas eles ainda são meios devagar ainda, não tem ainda iniciativa os moradores de formar um Conselho.</p>	<p>Eles aceitam tudo o que a gente faz em relação à eles na saúde;</p> <p>Eles não discutem os problemas do bairro;</p> <p>Eles ainda são meios devagar ainda, os moradores não tem ainda iniciativa de formar um Conselho</p>
<p>6.F: Participa sim, através de reuniões comunitárias, os programas estão sendo propostos, estão desenvolvidos, já foi feito através de um diagnóstico, a gente captou esses problemas como hipertensos, diabéticos, os programas de saúde da mulher, do adolescente, o pré-natal, das doenças sexualmente transmissíveis. A comunidade tem nos muito prestado ajuda que juntamente com os agentes comunitários que foram na área tem sido bem acatados os programas.</p>	<p>Participa sim, através de reuniões comunitárias, os programas estão sendo desenvolvidos;</p> <p>A comunidade tem prestado muita ajuda juntamente com os agentes comunitários, são acatados os programas.</p>

<p>7.C: Ela participa nas reuniões que a gente faz nas micro-área. Uma parcela da comunidade que a gente mais discute é o grupo de hipertensos e diabéticos, um grupo de idosos, mas a comunidade em geral a gente não pode mobilizar por problemas políticos, mas pela falta de interesse da própria equipe, da equipe está pensando a mesma coisa e conseguindo mobilizar essa comunidade, a gente não conseguiu ainda, então a gente não tem de forma regular esse planejamento conjunto com a comunidade. A gente tentou formar o Conselho Local, não conseguimos, por causa da gente também, de ir adiante em uma coisa que a gente não conhecia direito, para não ser confundido com política, aí esse ano está tentando vê se retorna isto. Então a gente não tem planejamento de forma regular, tem grupos de idosos que planeja atividades mais específicas para eles, grupos de mães de crianças desnutridas que discute problemas de desnutrição e parasitose que é um dos maiores problemas da comunidade. Eu espero que quando tiver o Conselho, mas a gente tem que se preparar para conseguir fazer isto junto com a comunidade.</p>	<p>A população participa nas reuniões das m áreas, agora não são reuniões regulares; Os hipertensos, diabéticos e idosos são a parcela da comunidade que a gente mais discute;</p> <p>A comunidade a gente não pode mobilizar por problemas políticos; pela falta de interesse da própria equipe;</p> <p>A gente tem que se preparar para conseguir fazer o Conselho junto com a comunidade.</p>
<p>8.A:Eu acho que particularmente a população não participa não, nós tentamos formar o Conselho, não conseguimos porque a população não ia às reuniões e a gente precisava da comunidade para formar o Conselho.</p>	<p>A população não participa;</p> <p>Nós tentamos formar o Conselho, mas não conseguimos porque a população não ia às reuniões.</p>

O QUE SE GANHOU NA SAÚDE DO SALOBRINHO

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>1.E:Eu particularmente acredito muito nessa estratégia do PSF, eu acho que ganhou, às vezes a comunidade não percebe muito bem, a gente observa que eles tem sido atendidos de uma forma um pouco melhor. A gente vê por exemplo, como funcionam as unidades básicas, geralmente a pessoa vai fazer determinada coisa e só faz aquilo. Aqui, a gente consegue, não só aqui, mas nos outros PSF também, perceber que as pessoas vão fazer determinado procedimento, são analisados mesmo pelo auxiliar de enfermagem, e são encaminhados a enfermeira ou a médica. Quando há necessidade, são encaminhados a um Pronto Socorro, quando a gente consegue disponibilizar um carro, a gente disponibiliza, quando a gente conhece o médico do Pronto Socorro já faz o contato, então eu acho que isto nas outras unidades em geral, não se encontra, isto aqui melhora bastante. A cobertura vacinal está acima de 90%, então isto ajuda bastante a desenvolver as estratégias em que se está trabalhando, aí quando a gente não sabe o que tem que fazer é mais complicado.</p>	<p>Eu acho que ganhou;</p> <p>O atendimento tem sido um pouco melhor;</p> <p>Cobertura vacinal acima de 90%;</p> <p>Faz o contato quando conhece o médico na outra unidade.</p>

<p>2.R: Há ele ganhou muita coisa, muita coisa mesmo. Isto é um processo porque Quando não tinha PSF, quando não tinha agente comunitário, a ajuda da doutora, isto não acontecia, pré-natal não existia, só existia para quem tinha dinheiro para ir à Ilhéus e Itabuna fazer o pré-natal. Outras coisas mais as pessoas estão ligadas nas coisas. A doutora, cito muito ela, porque ela é ótima, ela se preocupa em chegar na casa conversar:</p> <p>Você não estuda, por que?</p> <p>A gente quer melhorar, mudou no caso a visão de saúde. Aquela visão de que se você está doente, então você não está com saúde. Mas hoje está diferente, a gente quer mudar, quer a criança na escola, quer a criança brincando, o lazer, então a gente pergunta;</p> <p>Você não está indo na escola, por que?</p> <p>Eu acho que as pessoas estão acordando mais, estão dando mais valor. Então a gente está ensinando as pessoas a se amarem mais, a procurar melhorar a vida delas, porque é uma coisa que a gente fala muito, se você não for batalhar pelas coisas, por seus filhos, ninguém vai, então lute por uma vida melhor. Então na saúde melhorou muita coisa, em termos de atendimento, vacina, nós estamos com a melhor cobertura de vacina dentro de Ilhéus, porque a gente está correndo atrás, a gente é super organizado.</p> <p>Hoje na minha comunidade tem 80 crianças menores de 5 anos, 90% delas estão com o cartão em dia, com o calendário em dia. Agora mesmo o pessoal está com o planejamento familiar, ainda estão engravidando muito, mas reduziu mais a questão da gravidez. Quando comecei a trabalhar era de 9 a 10 grávidas que eu acompanhava, agora tem 6 ou 7, depois vem 8, baixa, acho que foi da água para o vinho, está melhorando muito, isto anima muito a gente.</p>	<p>Ganhou muita coisa, muita coisa mesmo;</p> <p>Quando não tinha PSF, não tinha agente comunitário, doutora, pré-natal;</p> <p>A mudança na visão de saúde, hoje a gente quer melhorar a vida das pessoas;</p> <p>Melhoria na cobertura vacinal;</p> <p>O planejamento familiar diminuiu o número de grávidas;</p>
---	---

<p>3.V: Eu acho assim, desde que o programa saúde da família foi implantado aqui muita coisa foi mudado sim, até porque Quando era o posto de saúde o médico não vinha todos os dias era a maior reclamação que eles faziam, o médico vinha esporadicamente atendia em um espaço muito curto de tempo e aí não eram todos atendidos, tinha toda aquela burocracia de vim dormir na porta do posto, então quem vinha atendia era sempre as mesmas pessoas que eram atendidas e aí tinha só vacina, curativo, as vezes quando tinha material não tinha sala de curativos aberta, com o programa até os agentes comunitários ficaram melhor mobilizados por terem uma visão maior do que é o nosso trabalho. Quando a gente trabalhava pelo PACS até o fato de não ter uma supervisora, uma enfermeira aqui próxima trabalhando com a gente, íamos desenvolvendo o trabalho assim, ia fazendo chegava no final do mês tinha que ir para lá levar os resultados, mas esses resultados que a gente encontrava detectava na área, nunca eram discutidos, então hoje até nós a própria equipe está tendo uma visão melhor, os próprios moradores que hoje são agentes estão tendo uma visão melhor dos problemas porque está detectar, está sabendo o por que esse problema existe e como a gente pode ajudar a resolver, e aí eles falam muito bem aquela questão hoje tem médico todo dia, tem enfermeira que também faz o atendimento, aí hoje tem a farmacinha da gente aqui que distribui os medicamentos, que é uma coisa também que eles acham assim que quando eles vem para consulta, a doutora examina e está tudo bem e manda para casa eles voltam assim arrasados, porque a satisfação do morador do paciente é assim quando eles saem com o remédio na mão, se eles saiu aqui com o remédio na mão aquilo ali para eles é a</p>	<p>A implantação do PSF mudou à saúde; A presença do médico todos os dias;</p> <p>Maior visão do trabalho dos agentes comunitários;</p> <p>Acesso aos medicamentos; Visita domiciliar do médico;</p> <p>Supervisão direta aos agentes comunitários;</p> <p>Melhorou até a questão da consciência da comunidade, de se organizarem para vim marcar a consulta</p>
---	--

glória, se a doutora fala está tudo bem pode ir para casa eles voltam arrasados então tem que ter alguma coisa assim na mão concreta para eles acreditarem que o serviço está funcionando, a gente está dando um atendimento melhor o grupo de hipertensos, diabéticos aí muitas pessoas que não tinham acompanhamento mais de perto por falta de condição financeira para se deslocarem daqui para pegarem o medicamento , então agora eles tem o medicamento certinho não faltam tem um dia de atendimento exclusivo para eles, eles vão para o grupo, depois eles são atendidos os que não tem condição a doutora vai na casa visita Domiciliar isso para eles é uma coisa nova que eles não acreditavam ir na casa eles falam eu nunca acreditei que um dia um médico fosse na minha casa para me examinar então é tudo muito novo para eles, tudo é muito novo para nós a comunidade em geral e, aí a gente pode vê é claro que é um processo, porque eles crêem assim tudo que vem de novo, que parece ser bom, ah o governo estão tentando engambelar para conseguir voto, mas eles estão vendo o programa, a gente agora em novembro vamos fazer dois anos, então eles estão vendo que é algo permanente, quando montou e disse que ia ter médico todo o dia foi uma febre que não conseguia atender a demanda, eles brigavam para poder marcar a consulta, porque eles achavam que era uma coisa que ia acabar, que era ano eleitoral, então vai acabar, vamos aproveitar agora . Então agora a gente está conseguido organizar a demanda, está conseguido estruturar a unidade, apesar de que nós estamos notando o crescimento da comunidade, o aumento da população, está chegando a um período que o PSF daqui, não está conseguindo comportar, porque uma médica só, uma enfermeira só, um auxiliar só, o auxiliar tem que trabalhar na sala de vacina, na sala de curativo ao mesmo tempo, então a equipe está se tornando

<p>pequena para o número de pessoas, a gente está conseguindo na medida do possível organizar a demanda para que funcione melhor. Então depois que se implantou o PSF, a gente pode dizer assim que muita coisa mudou, melhorou até a questão da consciência deles de se organizarem para vim marcar a consulta, entender que tem de marcar para 8 dias, porque eles acham que: ah! Daqui a 8 dias eu já morri, mas eles hoje já entendem, muitos já entendem que é para uma coisa ficar organizada, do que aleatoriamente, então a gente pode vê que é um processo</p> <p>que para mudar a cabeça das pessoas vai levar um tempo, então a gente vai em um processo, tentando aos poucos fazendo eles se conscientizem de que o programa é para eles. Em benefício deles, então não precisa esse desespero, precisa saber que é real, que não é uma coisa com fins lucrativos e interesse nenhum que é para o benefício da própria comunidade.</p>	
--	--

<p>4.Eu: Primeiro, nós ganhamos uma médica de segunda a sexta com a gente, uma enfermeira que está ali atendendo às necessidades da população, nós ganhamos a parte de educação, os agentes comunitários eles trabalham em cima de educar às mães, as famílias em todos os aspectos falando ou seja como cuidar do bebê desde que ele nasce até ficar maior que 5 anos e nós fazendo um trabalho não só com as mães, mas com a família inteira, nós temos essa responsabilidade de dá conta ou seja de fazer um trabalho de educação, de educação em saúde daquelas famílias, então isso é um ponto positivo porque antes o que existia era o PACS, o PACS não trabalha com essa profundidade dentro da casa, dentro da família e o PSF, já é diferente se responsabiliza, como nós temos agora uma médica na unidade que no cronograma dela, ela tem os dias de visita, ela vai na casa do paciente aquele paciente acamado que por algum motivo não está podendo andar, a enfermeira também acompanha esse trabalho, então isso é um ponto positivo. Também um ponto positivo que nunca existiu no Salobrinho é por exemplo ali teve um caso de sarampo aí nós vamos fazer busca ativa de vacina, é o trivial, aí a gente vai fazer aquela busca ativa com alguns metros de uma casa para outra, nunca existiu esse trabalho, agora nós estamos fazendo esse trabalho e muitos outros que a gente sabe que não existiam e estão existindo agora com o programa.</p>	<p>Ganhamos uma médica de Segunda a Sexta;</p> <p>Enfermeira que atende às necessidades da população;</p> <p>Educação em saúde às famílias pelos agentes comunitários;</p> <p>Visita domiciliar da médica e da enfermeira;</p> <p>Investigação nos casos de sarampo;</p>
--	--

<p>5. J: Aqui, se ganhou mais participação, mais afeto com a comunidade, antes não tinha isso, não tinha essa participação com a comunidade, a doutora na casa deles, os agentes, então tiveram muito a ganhar com isso, na relação com a gente, os problemas deles são passados para a gente, a gente mantém o sigilo porque tem coisas que a gente não pode falar, saí contando pelo menos temos de manter a ética. Até então se ganhou o grupo de hipertensos que não tinha, planejamento familiar, preventivo essas coisas entendeu, não tinha aqui no bairro, eles estão gostando, tem umas pessoas que reclamam, mas eles estão gostando do PSF às vezes a demanda é muito grande, a doutora não dá conta, precisa de outro PSF aqui, os agentes comunitários trabalham com 150 famílias, tem gente com 250, 270 outros com 210 como é o meu caso, são essas coisas que a população coloca que eles não entendem as vezes, quer que a doutora passe aqui e ela não pode atender todo mundo, então tem essa cobrança da comunidade, mas eles entendem que evoluiu muito com o PSF aqui. Antes elas não tinham isso, era um atendimento básico, a doutora vinha aqui uma vez por mês o posto ficava aqui mais fechado, foi uma novidade que eles gostaram.</p>	<p>Se ganhou mais participação, mais afeto com a comunidade;</p> <p>Visita domiciliar médica;</p> <p>Grupo de hipertensos, planejamento familiar, preventivo;</p> <p>Ganhou com o PSF.</p>
---	--

<p>6.F: Ganhou que a família, o Salobrinho de hoje, a totalidade de uma assistência de saúde melhor, por igual, a assistência do médico de família de perto, a equipe dentro de suas casas, dando maior assistência, tendo o cuidado de respeitar a família na parte social e um conjunto por todo, por igual, e eu na minha opinião é um programa que está caminhando para um lado positivo, é apesar de ter uns problemas, como Qualquer programa que venha a ter o município, mas que são problemas que podem ser resolvidos, através de parceria que nós temos aqui na UESC, A universidade que tem bons profissionais que participam também. Isto vem acontecendo há pouco tempo, na minha opinião é que é um programa que tem que dá certo e está dando certo. A resposta que eu tenho que dá, é que as coisas estão indo muito bem e que as coisas vão melhorar.</p>	<p>Ganhou uma assistência de saúde melhor;</p> <p>Assistência do médico de família de perto;</p> <p>A equipe do PSF nas casas;</p> <p>A parceria com a UESC.</p>
--	--

<p>7.C: Ela ganhou uma equipe que está aqui todos os dias com ela trabalhando, batalhando e melhorou a qualidade de vida em parte, a gente conseguiu este acesso ao serviço de saúde ficou muito mais fácil, antes por qualquer coisa tinha de ir para Ilhéus, para os hospitais, para as emergências, ela ganhou porque aqui a gente tenta organizar a demanda, a gente não tem ainda , tem demanda espontânea, ela ganhou porque tenta resolver aqui no próprio local de residência: pré-natal aqui, ela já tem a medicação aqui, se precisar, tanto as gestantes, os adultos, as crianças, então elas conseguiram ganhar um bocado, ainda falta muita coisa, porque aquela coisa que a gente fala de educação, se a gente não consegue mais trabalhar em grupo, mobilizar mais a comunidade, mudar lá a base que é a educação mesmo, a gente não vai conseguir mudar muito coisa, que vai continuar muito atendimento, muita gente ficando doente, sem mudar a realidade de lá, então a gente quer assim, dentro da realidade deles, como a gente pode viver melhor, mas para isto a gente precisa reunir mais, conversar mais, fazer mais educação em saúde do que a faz, porque o trabalho é muito, a demanda espontânea ainda é muita, diminuiu bastante desse um ano e meio para cá, mas a gente não conseguiu organizar mesmo.</p>	<p>Ganhou uma equipe de saúde todos os dias;</p> <p>Melhorou a qualidade de vida em parte;</p> <p>Acesso aos serviços de saúde;</p> <p>Acesso aos medicamentos;</p> <p>Acesso ao pré-natal;</p>
--	---

<p>8.A: O que foi bom para o Salobrinho foi o posto, que se colocou o posto de saúde e ficou muito bom, colocou uma médica diária, melhorou bastante, mas ainda falta muita coisa, só isso mesmo, a questão dos grupos que foram formados: grupo de mães, dos hipertensos, profissionais do sexo, que a gente sabe que as doenças DST e AIDS está aí, e formou o grupo de profissionais do Sexo e serviu como incentivo para eles, hoje o planejamento familiar também que distribuí os métodos gratuitos e vacina que a gente tinha de vacinar em Ilhéus que aqui não tinha, curativo, o que está faltando ainda é um dentista, meu Deus do céu a comunidade do Salobrinho está precisando realmente. Ganhou, porque não tinha o posto, não tinha médico, hoje já tem, e eu acho que isso foi uma vitória para o Salobrinho.</p>	<p>Colocação do posto com uma médica diária;</p> <p>Grupo de mães, dos hipertensos, profissionais do sexo;</p> <p>Planejamento familiar, vacinas, curativos.</p>
---	--

O QUE SE PERDEU NA SAÚDE DO SALOBRINHO

EXPRESSÕES-CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
1.E: Perdeu, eu não sei dizer, porque eu não se chegou a perder alguma coisa, não acho que tenha perdido nada	Não perdeu nada
2. R: Eu acho que não perdeu nada só está ganhando, as pessoas estão perdendo em não participar mais, mas isto aí vai melhorar, as pessoas estão precisando de um “bum”, de se levantar e dizer eu posso participar, eu posso melhorar, eu quero entender por que é isto, por que este povo está invadindo o Salobrinho	Eu acho que não perdeu nada; Estão perdendo em não participar mais,
3.V: Eu não sei, até porque os serviços eram muitos precários, então eu não sei se tinha alguma coisa que a comunidade tenha perdido, não acredito que tenham perdido, até porque aos pouquinho tem melhorado	Não perdeu nada
4.Eu: Perdeu na saúde é a falta de saneamento básico que nós estamos assim precisando urgente, existe aqueles casos de verminose das crianças onde o esgoto passa na frente das casas daquelas famílias, onde as crianças pisam ali dentro daquele esgoto, passa dejetos de fezes, aquele esgoto de céu aberto e eu acho que saneamento básico é uma coisa principal. Eu acho que não tenho muito a falar do que perdemos , porque nós hoje o tempo passou e nós não perdemos muita coisa não, só com saneamento básico nós estamos perdendo muito, porque nós fazemos a educação em saúde, educamos a mãe, porque o esgoto passa na casa dela e aí é um trabalho que nós fazemos, mas não vemos muito resultado, mas o que nós estamos perdendo é isso aí, o saneamento.	Falta de saneamento básico;

<p>5.J: Só teve a ganhar, falta muito ainda, mas está melhorando, falta outro PSF aqui, uma ambulância, atendimento 24 horas, à noite, porque aqui Quando uma pessoa passa mal tem que levar para Ilhéus. Nossa situação também precisa ser regularizada, receber 13º , ter carteira assinada, isso me chateia.</p>	<p>Não perdeu nada</p>
<p>6.F: eu acho que não teve a perder, o Salobrinho só teve a ganhar, Salobrinho não perdeu nada, só fez ganhar, eu não posso nem contar partes negativa</p>	<p>Salobrinho não perdeu nada,</p>
<p>7.C: Eu acho que perdeu o especialista pediatra que tinha, eu como clínica resolvo uma boa parte de pediatria, mas tenho que encaminhar para o especialista. De mim posso falar do Pediatra, que foi uma perda para eles que tinha uma vez por semana, mas eles tinham, e eu acho que do restante eles só tiveram a ganhar, tiveram a chatice da gente está aqui todos os dias, abusando querendo que eles participem.</p>	<p>Perdeu o especialista pediatra</p>
<p>8.A: O que se perdeu não passa nem na minha cabeça na saúde não, ainda tem muita coisa a conquistar, mas vai ser aos poucos não é, no momento não lembro não.</p>	<p>Não perdeu nada</p>