

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

**Saúde da Mulher: direito ou obrigação?
Intersecção entre Saúde da Família e Bolsa Família**

GABRIELA DO NASCIMENTO BRAGA

Santos

2009

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

Saúde da Mulher: direito ou obrigação? Intersecção entre Saúde da Família e Bolsa Família

GABRIELA DO NASCIMENTO BRAGA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Amélia Cohn.

Santos

2009

F O L H A D E A P R O V A Ç Ã O

Gabriela do Nascimento Braga

Saúde da Mulher: direito ou obrigação? Intersecção entre Saúde da Família e Bolsa Família.

Dissertação apresentada à Universidade Católica de Santos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde

Data: _____ de _____ de 2009

Banca examinadora

Prof^ª. Dra. Amélia Cohn – UNISANTOS

Prof^ª. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto – UNISANTOS

Prof^ª. Dra. Eunice Nakamura – UNIFESP

D E D I C A T Ó R I A

Dedico este trabalho primeiramente à Deus,
pois sem Ele eu jamais teria iniciado o Mestrado.

Aos meus pais, pelo apoio e incentivo.

Ao meu irmão, companheiro e amigo.

E ao meu marido, por demonstrar tanto amor e paciência
nas longas horas na frente do computador,
e por não permitir que eu desistisse nos momentos difíceis.

A G R A D E C I M E N T O S

A Deus, por sustentar a minha vida e possibilitar a conclusão dessa trajetória.

Ao meu marido, Tiago Braga, pelo amor, incentivo e companhia nos bons momentos e nos difíceis também.

Aos meus pais, Sérgio e Marcia Nascimento, pela criação, educação, formação, investimento e valores ensinados.

Ao meu irmão, Serginho, por trilhar esse caminho junto comigo e partilhar dos mesmos dilemas nessa fase da vida.

À minha orientadora, Amélia Cohn, pelos saberes compartilhados e pela paciência durante o desenvolvimento da pesquisa e da dissertação.

À Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto, pelas palavras de incentivos.

Aos professores do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da UNISANTOS, pela excelência e qualidade no ensino, pesquisa e construção do conhecimento proporcionada nesse período.

À Profa. Dra. Eunice Nakamura, pela contribuição tão relevante para a conclusão da dissertação.

Aos meus colegas de turma, pela amizade, companheirismo e por todos os momentos divertidos que tivemos juntos.

À Prefeitura Municipal de Santos, por abrir as portas para a produção de conhecimento na nossa região.

A todos da Unidade de Saúde da Família de Areia Branca, que tornaram possível a realização desta pesquisa.

Às participantes da pesquisa, por abrirem suas casas, disponibilizarem seu tempo e por terem compartilhado seus pensamentos e percepções pessoais, contribuindo muito para o crescimento do conhecimento.

À Solange Abelha, pelo apoio e contribuição com o desenvolvimento da pesquisa através do seu conhecimento e experiência.

À minha amiga Gabriela Nunes dos Santos, pois mesmo de longe, me incentivou e se alegrou em cada etapa vencida.

Aos meus amigos e irmãos em Cristo pelas orações e pelo incentivo.

Esta dissertação contou com o apoio de uma bolsa de Mestrado da Capes, que foi fundamental para sua viabilização.

R E S U M O

A Estratégia Saúde da Família visa reorientar o modelo assistencial da saúde mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Em Santos ela começa a ser implantada em 2000, e um de seus vetores é a atenção à saúde da mulher, em particular ao pré-natal. O objetivo desta pesquisa é estudar a intersecção dos programas Saúde da Família (PSF) e Saúde da Mulher com o Programa Bolsa Família (PBF), e avaliar se as condicionalidades do PBF que incidem sobre a saúde da mulher interferem na sua percepção da saúde como um direito. A pesquisa recorre à metodologia qualitativa, utilizando-se de técnicas de entrevistas semi-estruturadas, que foram analisadas a partir de categorias extraídas de seu conteúdo, após sucessivas leituras. Foram entrevistadas 10 mulheres cadastradas na Unidade de Saúde da Família de Areia Branca, do município de Santos, e que também são beneficiárias do Bolsa Família. Após a sistematização, os dados apontam para algumas evidências. Apesar de com o PSF haver a percepção por parte das usuárias de uma melhoria significativa do atendimento à sua saúde, quer pela qualidade da relação equipe de saúde/clientela, quer pela maior proximidade dos serviços de saúde, e a condicionalidade do PBF relacionada à saúde feminina incentivar até certo ponto a frequência ao serviço de saúde, há indícios de que nem o PSF, nem o PBF estão contribuindo para a construção da representação social da saúde como direito.

Palavras-chaves – Estratégia Saúde da Família, Programa Bolsa Família, Saúde da Mulher, Direito à saúde.

A B S T R A C T

The Strategy Family Health aims to reorient the health's assistance model by the deployment of teams of several professionals to health basic units. In Santos it begins to be deployed in 2000, and one of its vectors is the attention to the woman's health, particularly to the prenatal. The objective of this research is to study the intersection of the programs Family Health (FHP) and Women's Health with the Family Grant Program (FGP), and to evaluate if the conditions of the FGP that reflect the women's health interferes in its perception of health as a right. The research has the qualitative methodology as a resource, using techniques of semi structured surveys, which were analyzed from categories extracted of its content, after successive readings. Ten women enrolled in the Areia Branca's Unit of Family Health, of the city of Santos, that are also recipients of the Family Grant, were interviewed. After the systematization, the data point to some evidences. Although with the FGP there is the perception of a significant improvement to the women's health service, either by the quality of the relationship between the health team and the clientele, or by the higher closeness of the health services; and the conditions of the FGP related to the women's health that increase the frequency of health services, there are evidences that neither the FHP, nor the FGP are contributing to the construction of social representation of health as a right.

Key words – Strategy Family Health, Family Grant Program, Women's Health, Right to healthcare.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da cidade de Santos.....	28
Figura 2 – Mapa do bairro Areia Branca.....	29
Figura 3 – Evolução da implantação das Equipes de Saúde da Família no Brasil (1998-2009).....	38
Figura 4 – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – município de Santos, 2000.....	42
Figura 5 – Unidade de Saúde da Família de Areia Branca.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	População cadastrada no PSF em Santos, por bairros, em 2009.....	22
Quadro 2	População residente na Zona Noroeste de Santos por bairros e quantidade de domicílios.....	26
Quadro 3	Dados relacionados à saúde das entrevistadas.....	30
Quadro 4	Dados sobre idade, estado civil e escolaridade das entrevistadas.....	31
Quadro 5	Dados socioeconômicos das entrevistadas.....	32
Quadro 6	Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em atuação – competência Dez/2009.....	39
Quadro 7	Indicadores da Atenção Básica no município de Santos de 2001 a 2006.....	40
Quadro 8	Credenciamento e implantação de Agentes Comunitários de Saúde em Santos de 2000 a 2009.....	41
Quadro 9	Credenciamento e implantação de Equipes de Saúde da Família em Santos de 2000 a 2009.....	41
Quadro 10	Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Informações do Bolsa Família no Brasil.....	72
Quadro 11	Percentual de cobertura com base nas famílias totalmente acompanhadas na saúde.....	74
Quadro 12	Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Informações do Bolsa Família em Santos.....	75

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFIP	Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia
AMBESP	Ambulatório de Especialidades
APS	Atenção Primária à Saúde
COHAB	Companhia de Habitação
CONMULHER	Conselho Municipal dos Direitos da Mulher
COS-MULHER	Coordenadoria de Saúde da Mulher
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DEPRO	Departamento de Vigilância, Programas de Saúde e Formação Continuada
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCCU	Prevenção do Câncer de Colo do Útero
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNF	Programa Nossa Família
PRODESAN	Progresso e Desenvolvimento de Santos
PS	Pronto-Socorro
PSF	Programa Saúde da Família
SEAS	Secretaria de Assistência Social
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

S U M Á R I O

Folha de Aprovação

Dedicatória

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Lista de Figuras

Lista de Quadros

Lista de Siglas

1. APRESENTAÇÃO.....	14
1.1 Objetivos.....	20
1.1.1 Objetivo Geral.....	20
1.1.2 Objetivos Específicos.....	20
1.2 Metodologia.....	21
1.3 Aspectos éticos.....	24
1.4 Conhecendo o local da pesquisa.....	25
1.4.1 A Zona Noroeste.....	25
1.4.2 O Bairro Areia Branca.....	26
1.5 Caracterizando os sujeitos da pesquisa.....	30
2. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	33
2.1 Um breve histórico da proposta do PSF.....	34
2.2 Um breve histórico do PSF no município de Santos.....	40
2.3 Assistência oferecida pelo PSF da ótica das usuárias.....	45
2.4 O que melhorou com a chegada da USF no bairro.....	48
2.5 O que faz o ACS nas visitas domiciliares.....	51
3. SAÚDE DA MULHER.....	54
3.1 Um breve histórico da atenção à saúde da mulher no Brasil.....	55
3.2 A saúde da mulher em Santos.....	61
3.3 A prevenção das doenças da mulher na percepção das usuárias.....	63
3.4 O Pré-natal.....	65

4. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....	68
4.1 Um breve histórico dos programas de transferência de renda no Brasil...	69
4.2 O Programa Bolsa Família em Santos.....	75
4.3 O Programa Nossa Família.....	77
4.4 Percepção das beneficiárias do PBF sobre as condicionalidades.....	79
5. SAÚDE DA MULHER: DIREITO OU OBRIGAÇÃO?.....	82
5.1 Responsabilidade em saúde: “Eu”.....	85
6. ANEXOS.....	88
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISANTOS.....	89
Anexo B – Parecer da Prefeitura Municipal de Santos.....	90
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	91
Anexo D – Roteiro da Entrevista.....	92
7. REFERÊNCIAS.....	93

"Não há limites para a produção de livros,
e estudar demais deixa exausto o corpo.
Agora que já se ouviu tudo, aqui está a conclusão:
Tema a Deus e obedeça aos seus mandamentos,
porque isso é essencial para o homem."

Rei Salomão - Bíblia Sagrada

Apresentação

1. APRESENTAÇÃO

Saúde é direito de todos e dever do Estado. Pela Constituição Brasileira essa é uma afirmativa verdadeira, porém na realidade de cada cidadão brasileiro, qual é a percepção da representação social da saúde como direito?

A pretensão desta pesquisa é, através da realidade específica do PSF, avaliar se as condicionalidades do PBF voltadas à saúde feminina, que geram obrigatoriedade no cuidado à saúde, estão promovendo a construção social da representação da saúde como direito, ou apenas aumentando a frequência aos serviços de saúde, pautada essa frequência pela marca de uma **obrigação** pessoal e individual, desvinculada da dimensão do direito de cidadania.

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a **saúde**, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988)

Art. 196. **A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

A Constituição Brasileira é clara ao dizer que a saúde é direito de todos, por isso foram criados nas últimas décadas alguns programas com o objetivo de garantir o cumprimento dos deveres do Estado e conseqüentemente os direitos dos brasileiros, os quais não se restringem à saúde, mas aos direitos sociais, sendo a saúde apenas um deles.

A Carta Magna de 1988 constitui o campo da seguridade social, reconhecendo como seus componentes a previdência social, a assistência social e a saúde. Aquela, composta por um mix entre seguro social (direito contributivo) e seguridade social (direito não contributivo); a assistência social alçada finalmente à condição de direito social àqueles sem acesso ao mercado; e a saúde, como um direito igualmente social, universal e equânime.

A partir de então, com base nesses novos preceitos constitucionais, em que outras áreas também foram englobadas na esfera dos direitos sociais básicos, como educação, trabalho e renda, passa-se a constituir uma série de políticas e programas sociais voltados para a construção e/ou efetivação desses direitos, gerando um

conjunto de ações que mesclam objetivos pautados pelos direitos sociais, e outros que não se confundem com estes, ou não se configuram como tais.

Um desses programas é o Bolsa Família (PBF), que embora não se trate da implantação de um direito, é pautado na articulação de duas dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza. A primeira delas refere-se ao alívio imediato da pobreza, por meio da transferência monetária direta às famílias. A segunda diz respeito ao reforço que o Bolsa Família oferece ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação, que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo de pobreza entre gerações. Essa segunda dimensão caracteriza-se nas condicionalidades que as famílias beneficiárias devem cumprir.

O PBF beneficia famílias em situação de pobreza (renda mensal por pessoa de R\$ 70 a R\$ 140) e extrema pobreza (renda mensal por pessoa de até R\$ 70), de acordo com a Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004 e o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004.

Um elemento fundamental do Programa Bolsa Família são as condicionalidades nas áreas da Educação, da Saúde e Assistência Social assumidas pelas famílias que devem ser cumpridas pelos beneficiários para que possam receber o benefício mensal. São elas:

- **Educação:** frequência escolar mínima de 85% para crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos e mínima de 75% para adolescentes entre 16 e 17 anos.
- **Assistência Social:** frequência mínima de 85% da carga horária relativa aos serviços socioeducativos para crianças e adolescentes de até 15 anos em risco ou retiradas do trabalho infantil. Note-se que esta condicionalidade diz respeito somente aos casos daquelas famílias que estavam anteriormente vinculadas ao Peti (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) e que foi incorporado pelo PBF.
- **Saúde:** acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento para crianças menores de 7 anos; e pré-natal das gestantes e acompanhamento das nutrízes na faixa etária de 14 a 44 anos.

Na área da saúde as obrigações são pertinentes às crianças e às mulheres. Para esta pesquisa o foco nas condicionalidades será dado apenas as que são voltadas à saúde das mulheres, que são: acompanhamento do pré-natal das gestantes e acompanhamento das nutrízes na faixa etária de 14 a 44 anos.

O acompanhamento das condicionalidades é realizado de forma conjunta pelos ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da Saúde e da Educação. Nos municípios, deve ser feito de forma articulada entre as áreas de Assistência Social, Saúde e Educação. Os objetivos do acompanhamento das condicionalidades são:

- Monitorar o cumprimento dos compromissos pelas famílias beneficiárias, como determina a legislação do Programa;
- Responsabilizar o poder público pela garantia de acesso aos serviços e pela busca ativa das famílias mais excluídas e vulneráveis;
- Identificar, nos casos de não-cumprimento, as famílias em situação de maior vulnerabilidade, e orientar ações do poder público para o acompanhamento dessas famílias.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi elaborado no Brasil em 1984 pelo Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres. O PAISM incluiu, pela primeira vez, serviços públicos de contracepção, visando à incorporação da própria mulher como sujeito ativo no cuidado da sua saúde, considerando todas as etapas de vida. Em 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde. Em Santos o órgão que oferece cuidado especializado à saúde da Mulher é o Instituto da Mulher, que foi criado em maio de 2003 com a proposta de valorizar a mulher de forma integral, centralizando especialidades e dando maior agilidade a tratamentos fundamentais à saúde feminina. A porta de entrada do Instituto são as UBS (Unidades Básicas de Saúde) e USF (Unidades de Saúde da Família), que encaminham as pacientes que necessitam de cuidados especializados.

Outro programa instituído no Brasil é o Saúde da Família, sendo apresentado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial da saúde na atenção primária. Seu objetivo é prestar atenção à saúde da população residente em áreas de risco, gerando melhorias no estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

No PSF a atenção centra-se na família, entendida, percebida e situada a partir de seu ambiente físico e social, com suas crenças e valores identificados, favorecendo a compreensão ampliada do processo saúde/doença, no contexto de um território definido geograficamente e administrativamente (SOUZA e SAMPAIO, 2002).

Cada equipe é composta, no mínimo, por: um médico de família, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de 3000 a 4500 pessoas ou 1000 famílias de uma determinada área.

Em Santos, o Programa de Saúde da Família, da Secretaria Municipal de Saúde beneficia mais de 10 mil famílias, o que representa quase 38 mil pessoas, das regiões do Centro, Área Continental, Zona Noroeste e Morros. Entre as Unidades de Saúde da Família mais recentes entregues pela administração municipal estão as do Morro do José Menino e da Areia Branca (Zona Noroeste), que foram inauguradas em 2008, gerando atendimento para cerca de 7 mil moradores dos dois bairros.

Um dos vetores do PSF é a atenção à saúde da mulher, em particular ao pré-natal. Por isso uma das maneiras que as condicionalidades na área da saúde do PBF podem ser cumpridas é principalmente através da Estratégia Saúde da Família, pois esta viabiliza à população beneficiária o acesso aos serviços de saúde e o acompanhamento do cumprimento das mesmas. Tanto assim é que em Santos, as condicionalidades da saúde são acompanhadas e registradas pelas Equipes de Saúde da Família.

A proposta da presente pesquisa consiste em estudar a intersecção dos programas Saúde da Família (PSF) e Saúde da Mulher com o Bolsa Família (PBF) e avaliar se as condicionalidades do PBF que incidem sobre a saúde da mulher interferem na sua percepção da saúde como um direito.

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas, realizadas com 10 mulheres cadastradas na unidade do Programa de Saúde da Família de Areia Branca, na Zona Noroeste do município de Santos, sendo seu objeto de estudo o acesso das mulheres ao cuidado à saúde e sua configuração como direito, na percepção desses sujeitos.

No caso foi utilizado o termo *obrigação*, no lugar de *dever*, pois *dever* pressupõe a contrapartida do direito, porém o pressuposto desta pesquisa é que a condicionalidade remete a uma *obrigação*, pois o não cumprimento pelo beneficiário gera uma ameaça de punição – perder o benefício ou ser cortado do programa.

Os programas envolvidos na pesquisa – Programa de Saúde da Família, Atenção à Saúde da Mulher e Programa Bolsa Família – serão tratados de maneira mais aprofundada nos capítulos a seguir.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Estudar a intersecção dos programas Saúde da Família (PSF) e Saúde da Mulher com o Programa Bolsa Família (PBF), e avaliar se as condicionalidades do PBF que incidem sobre a saúde da mulher interferem na sua percepção da saúde como um direito.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar até que ponto o PSF viabiliza o acesso ao cuidado à saúde dessas mulheres.

- Verificar se a condicionalidade do Programa Bolsa Família de consulta pré-natal das mulheres gestantes e nutrizes beneficiárias é representada por elas como direito ou como obrigação, e se o PSF garante o seu cumprimento.

- Verificar quais as estratégias alternativas que as mulheres buscam para o atendimento às questões específicas de saúde, quando não contempladas pelo PSF.

- Verificar como a questão da saúde da mulher é por elas incorporada como um direito à saúde.

1.2 METODOLOGIA

A metodologia escolhida para esta pesquisa é qualitativa, pois ela permite a apreensão mais aprofundada das ações e das relações humanas, no interior de uma rede complexa, não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2006).

Para Martinelli (1999), nestes casos o número de pessoas que presta informações não importa, mas sim o significado que elas têm, e seus depoimentos em virtude do que se busca na pesquisa. Portanto, a pesquisa qualitativa se torna importante para:

Compreender valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; para compreender as relações que se dão entre os atores sociais, tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; para avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação de técnica, como dos usuários a quem se destina (MINAYO, 2006).

Trata-se de um estudo de caso de natureza exploratória, com base no Programa de Saúde da Família, numa realidade específica.

O número de sujeitos envolvidos foi estipulado pelo critério de saturação e repetição, ferramenta esta empregada em pesquisa qualitativa em várias áreas da saúde, onde o fechamento amostral processa-se pela suspensão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar redundância e repetição (FONTANELLA *et al*, 2008; LEFÈVRE, 2003).

A análise de dados é feita desde o início da coleta dos mesmos em um processo contínuo, para avaliar a saturação (FONTANELLA *et al*, 2008). Segundo Minayo (2006), a amostragem ideal é aquela que permite abranger as múltiplas dimensões do problema investigado.

O recurso da entrevista foi utilizado como instrumento de coleta de dados, que é uma técnica de trabalho em pesquisa qualitativa (LÜDKE e ANDRÉ, 1986). Fontana e Frey (1994) afirmam que, embora a entrevista possa ser realizada de várias maneiras, o tipo mais comum é a individual, realizada pessoalmente. Ela permite uma relação de interação entre quem pergunta e quem responde, sendo sua

grande vantagem a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, por ser um tipo de entrevista que segue um esquema básico, porém com pouca rigidez, no qual o entrevistador define o foco principal da área a ser explorada, e que permite ao entrevistado seguir sua linha de pensamento e de suas experiências (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

As entrevistas foram realizadas individualmente, tendo sido gravadas, transcritas e posteriormente analisadas. O procedimento das entrevistas se deu a partir de um roteiro (ANEXO D).

Após o encaminhamento do projeto de pesquisa, a Prefeitura Municipal de Santos definiu como o local a ser realizada a pesquisa o bairro Areia Branca, na Zona Noroeste de Santos, onde está localizada a Unidade de Saúde da Família com o segundo maior número de cadastrados no PSF no município (Quadro 1).

Quadro 1 - População cadastrada no PSF em Santos, por bairros, em 2009.

Bairro com PSF	Famílias Cadastradas	Pessoas Cadastradas	Percentual de munícipes cadastrados no PSF
Areia Branca	1.309	4.583	1,10%
Caruara/Monte Cabrão	789	2.739	0,65%
Castelo	2.703	9.681	2,32%
Monte Serrat	361	1.381	0,33%
Morro da Penha	672	2.176	0,52%
Morro José Menino	583	2.254	0,54%
Morro Santa Maria	833	3.180	0,76%
Paquetá	839	2.280	0,55%
Piratininga	433	1.485	0,35%
Vila Nova/Ilha Diana	1.083	3.381	0,81%
Vila Progresso	1.189	4.338	1,04%
TOTAL	10.794	37.478	8,97%

Fonte: Diário Oficial de Santos e IBGE

O procedimento metodológico utilizado é denominado de escolha intencional, apropriado às pesquisas de cunho qualitativo. As entrevistas foram realizadas com dez usuárias que se enquadraram nos critérios de inclusão, que são:

- Ser usuária cadastrada na Unidade de Saúde da Família do bairro
- Ser beneficiária do PBF
- Ter 1 filho com menos de 5 anos ou estar gestante

O último critério de inclusão se justifica pela necessidade das mulheres terem uma memória recente do pré-natal, e não tem ligação com as condicionalidades do PBF voltadas às crianças.

O número inicial de dez entrevistas foi calculado a partir de experiência de pesquisas qualitativas semelhantes. Caso cumprido esse volume ainda não se verificasse a repetição das informações, como esperado, novas entrevistas seriam realizadas, seguindo procedimentos recomendados pela tecnologia *snowball*; porém após a análise das entrevistas transcritas foi possível observar a saturação e repetição dos dados coletados.

As entrevistas foram realizadas no período de junho a agosto de 2009, juntamente com as transcrições das mesmas. A partir daí deu-se início à categorização dos dados, para posterior análise aprofundada, o que pode ser conferido nos capítulos a seguir.

1.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi entregue à Prefeitura Municipal de Santos e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos e a pesquisa só teve seu início a partir do momento que obtivemos aprovação de ambas as instituições (ANEXO A e B).

As mulheres entrevistadas foram abordadas pela ACS da sua área e convidadas para a participação da pesquisa. A data, o horário e o local das entrevistas respeitaram a disponibilidade das participantes, tendo sido por elas definidos. Por isso as entrevistas foram realizadas na USF de Areia Branca e também nas residências.

Quando realizada na USF, uma sala reservada foi disponibilizada pelo coordenador local, com privacidade e silêncio, evitando interrupções. Quando nas residências das participantes, era possível observar alguns detalhes a mais, porém muitas vezes as entrevistas eram interrompidas pelos filhos, por outros moradores da casa ou até mesmo por animais de estimação. Outra peculiaridade das entrevistas realizadas nas residências era a companhia da ACS. Por ser um bairro um tanto violento, foi solicitado que a pesquisadora sempre andasse junto com uma ACS, por serem pessoas do próprio bairro e contarem com o respeito da comunidade.

As mulheres convidadas foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, que as entrevistas seriam gravadas e que a privacidade e o anonimato seriam garantidos a partir da adoção de nomes fictícios nas citações de suas falas. Também foram informadas sobre a liberdade total na decisão de participar ou não da pesquisa, bem como de solicitar informações sobre a mesma, em qualquer momento, em caso de dúvida.

As entrevistas só foram realizadas mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes, em duas vias, ficando uma com a participante e outra com a pesquisadora (ANEXO C).

1.4 CONHECENDO O LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no bairro Areia Branca, que está localizado na Zona Noroeste, em Santos, SP. Para ter uma percepção mais ampla da população a ser estudada, foi feita uma breve reconstituição da formação da Zona Noroeste e um histórico resumido do bairro sede da pesquisa. Posteriormente será abordado o tema *saúde* na região.

1.4.1 A ZONA NOROESTE

A povoação dos dois lados da Avenida Nossa Senhora de Fátima, em direção à divisa com São Vicente, deu origem à Zona Noroeste, que hoje possui cerca de 12 quilômetros de extensão, distribuídos em 12 bairros, com quase 100 mil moradores.

A história da região, que no início era um grande manguezal cortado por rios, começa na década de 1920, com a instalação das linhas de bondes da Companhia City. Inicialmente, os carros eram puxados por burro. Depois, eletrificados, circulavam do Largo do Rosário (atual Praça Rui Barbosa) até o Matadouro Municipal (onde hoje está o Sesi, na Avenida Nossa Senhora de Fátima), passando pelo bairro Chinês (atual Valongo, na Avenida São Leopoldo) e pelo Saboó (Cemitério da Filosofia), sempre contornando os morros. Somente mais tarde os trilhos chegaram a São Vicente pela Avenida Antônio Emmerich, cortando bananais e terrenos arenosos.

A primeira denominação de Zona Noroeste apareceu num folheto editado pela Prodesan (Progresso e Desenvolvimento de Santos) para a inauguração do marco rodoviário Santos-São Vicente, conhecido como monumento dos latões ou tambores. Formada basicamente por chácaras até a primeira metade do século passado, a região começou a ser intensamente ocupada a partir dos anos 50, graças aos migrantes – principalmente nordestinos - que vieram trabalhar nas obras de construção do pólo industrial de Cubatão e também da Via Anchieta. Outro marco da região é o Cemitério da Areia Branca, inaugurado em 1953. (ESPECIAL..., 2005)

Entre a chegada destes primeiros moradores, a criação oficial da região em 1976 e os dias atuais, a Zona Noroeste de Santos passou por profundas transformações. De acordo com o Plano Diretor do Município, a região hoje está dividida em 12 bairros: Saboó, Alemoa, Jardim Piratininga, Chico de Paula, Jardim São Manoel, Jardim Santa Maria, Jardim Bom Retiro, Caneleira, Vila São Jorge, Areia Branca, Jardim Rádio Clube e Jardim Castelo (Quadro 2).

Nestes bairros estão concentrados os principais pontos de comércio e serviços de pequeno porte da região, como lojas de materiais de construção, bazares, açougues, padarias, bares, oficinas mecânicas, supermercados, comércio de automóveis, entre outros. (ZONA NOROESTE..., 2000)

Quadro 2 - População residente na Zona Noroeste de Santos por bairro e quantidade de domicílios, em 2000.

Bairro	População por bairro	Quantidade de domicílios
Alemoa	570	158
Areia Branca	6.740	1.868
Caneleira	2.807	738
Chico de Paula	3.535	893
Bom Retiro	6.902	1.864
Castelo	12.028	3.309
Piratininga	981	273
Rádio Clube	19.350	5.254
Santa Maria	6.043	1.754
São Manoel	3.504	971
Saboó	11.737	3.286
Vila São Jorge	7.392	2.056
TOTAL	81.589	22.424

Fonte: Censo Demográfico IBGE 2000

1.4.2 O BAIRRO AREIA BRANCA

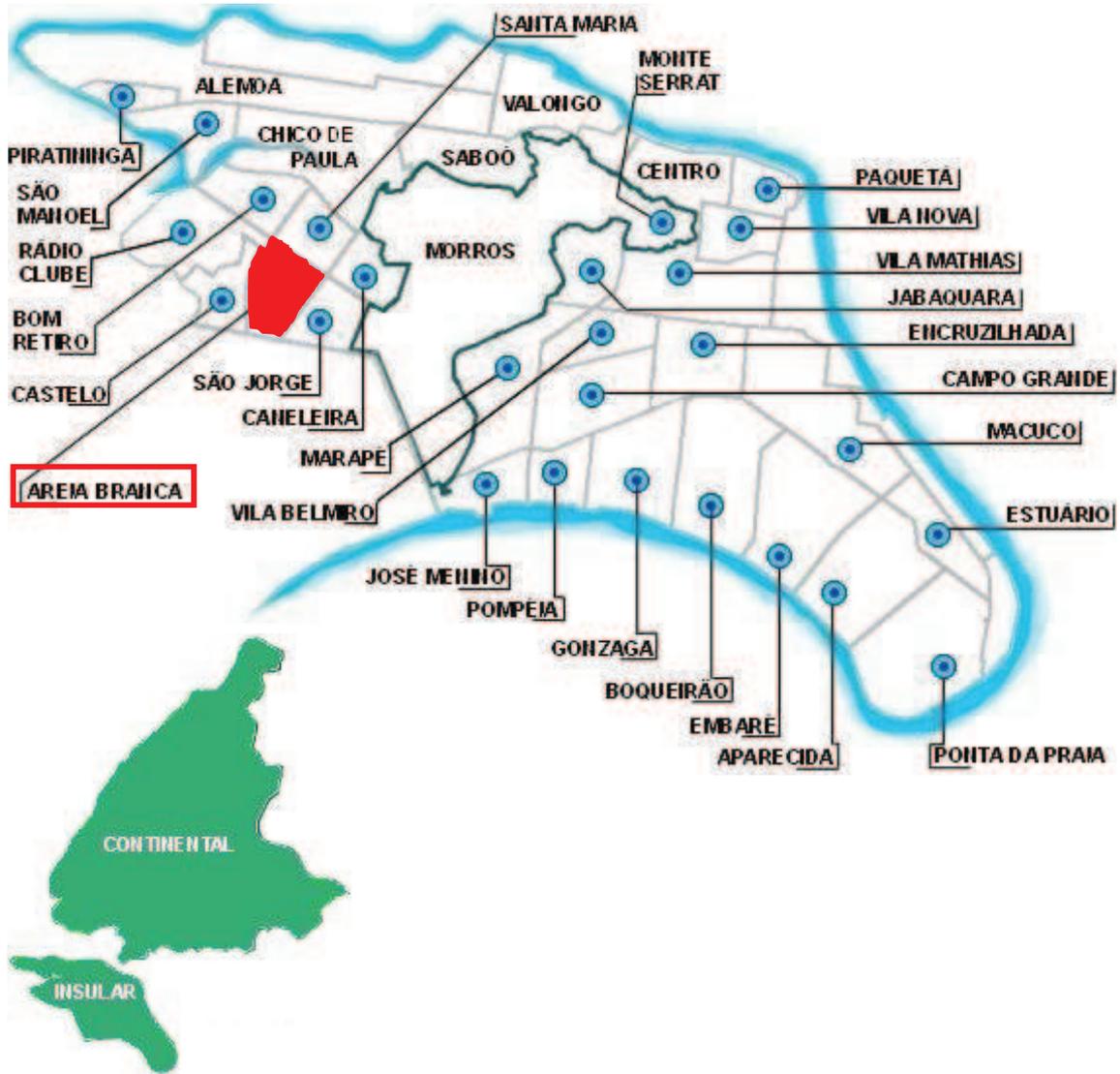
A população favelada em Areia Branca começou a se instalar aí a partir do final da década de 40, quando da abertura da Via Anchieta, ocasião em que o poder público transferiu para lá as famílias de Alemoa que perderam suas casas. Em 1956, com a catástrofe dos deslizamentos e da queda dos morros, que deixou um saldo de centenas de desabrigados, uma grande leva se instalou aí, autorizados pelo governo local para ocuparem os espaços ainda restantes.

Apesar de não haver água, luz ou qualquer outra melhoria, os barracos surgiram da noite para o dia. Um levantamento feito em 1961 revelou 1.088 famílias, num total de 5.547 pessoas, sendo 2.569 adultos, 589 adolescentes, 1.099 crianças em idade escolar e 1.290 menores de seis anos. Entre as 1.088 famílias, 743 tinham vindo de outros estados, 187 de São Paulo, 112 de Santos e somente 46 eram imigrantes. Mais: 929 moravam em residências próprias, 69 em alugadas e 90 em barracos cedidos. Acompanhando esse contingente populacional expressivo, no mesmo ano de 1961 já havia no lugar nada menos que 15 “empórios”, 20 bares, 10 quitandas, seis barbeiros, um açougue e uma farmácia. Pela má fama de Areia Branca o bairro recebeu o apelido de Coréia (alusão à guerra da Coréia), por causa dos crimes que lá ocorriam.

Para quem não dispunha de nenhuma melhoria, a instalação de caixas de água e de uma torneira na Praça 817, em 1957, foi uma vitória. Só que era tanta gente para uma única torneira; formavam filas imensas. Também a ameaça de despejo pairou muitas vezes sobre Areia Branca. E só não se concretizou graças à luta dos moradores, que se uniram para fazer valer seus direitos. A urbanização propriamente dita só teve início em 1981, quando as ruas foram abertas de modo a evitar ao máximo a transferência de moradores, e a questão da posse da terra foi solucionada quando a Cohab entregou as 26 últimas escrituras de lotes. (MONDIN, 1982)

Areia Branca, criado pelo Plano Diretor em 1968, foi, como a maioria deles, um bairro formado por processos de mobilidade social espontâneos e só posteriormente é que foi alvo de políticas de infra-estrutura, com serviços de saneamento e rede elétrica. E sua denominação de Areia Branca é em razão da cor da areia que existe naquela área. Bairro tipicamente residencial, contava em 2000 com 6.740 habitantes, segundo o IBGE, população que se mantém estável, já que não houve um processo de verticalização naquela área. (SANTOS, 2009)

Figura 1 - Mapa da cidade de Santos



Fonte: www.investsantos.com.br/bairros/bairros.html

1.5 CARACTERIZANDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

Os dados a seguir dizem respeito às 10 mulheres tomadas como sujeitos da pesquisa, e que se encontram cadastradas na Unidade de Saúde da Família de Areia Branca. Para a qualificação dos sujeitos, foram empregados a sigla “M” e o número correspondente pela ordem de realização das entrevistas.

A USF de Areia Branca foi criada em junho de 2008, portanto tem apenas um ano e quatro meses de existência. É importante ressaltar essa informação quando observamos o tempo de cadastro na USF das mulheres entrevistadas.

Metade das mulheres que participaram da pesquisa estão cadastradas desde a inauguração da Unidade; outras 4 estão há menos de 8 meses, e apenas uma não relatou com precisão o tempo; apenas disse: “Ah, faz tempo [...]” (M5).

Duas mulheres eram gestantes, uma estava fazendo exames para confirmação da gestação, 4 eram nutrizes e as outras 3 não eram gestantes ou nutrizes. A somatória dos filhos de todas as participantes soma a 27, variando de 1 a 5 filhos por mulher, sendo que apenas 2 entrevistadas tinham somente 1 filho. Todas as outras tinham pelo menos 2 filhos. Essas informações podem ser conferidas no quadro a seguir (Quadro 3).

Quadro 3 - Dados relacionados à saúde das entrevistadas.

Mulheres	Tempo de cadastro no PSF	Gestante	Nutriz	No. total de filhos	No. de filhos menores de 5 anos
M1	Há mais de 1 ano	Não	Não	5	2
M2	Há mais de 1 ano	2 meses	Não	1	1
M3	Há mais de 1 ano	Não	Sim	3	2
M4	Há mais de 1 ano	Não	Sim	2	1
M5	-	Não	Sim	4	2
M6	Há mais de 1 ano	Não	Não	1	1
M7	Há 3 meses	5 meses	Não	2	-
M8	Há 8 meses	Suspeita	Não	2	2
M9	Há 4 meses	Não	Não	3	1
M10	Há 5 meses	Não	Sim	4	1

Com relação à idade, há uma grande variedade, sendo a mais nova de 18 anos e a mais velha de 42 anos. Outras 5 estavam na faixa dos 21-30 anos e 3 na faixa dos 31-40 anos. O estado civil que predominou foi a de solteira; porém das 7 solteiras, 4 moravam com um companheiro. Apenas 3 eram casadas. Na questão grau de escolaridade, 4 entrevistadas relataram ter o ensino médio completo, enquanto as outras 6, incompleto, como pode ser observado no quadro abaixo (Quadro 4).

Quadro 4 - Dados sobre idade, estado civil e escolaridade das mulheres entrevistadas.

Mulheres	Idade	Estado Civil	Escolaridade
M1	31	Casada	Ensino médio completo
M2	21	Solteira (mora com companheiro)	Ensino médio completo
M3	31	Solteira	Ensino médio completo
M4	23	Solteira (mora com companheiro)	8 ^a . Série
M5	34	Casada	Ensino médio completo
M6	18	Solteira (mora com companheiro)	8 ^a . Série
M7	25	Solteira	1 ^o . Colegial
M8	24	Solteira (mora com companheiro)	7 ^a . Série
M9	28	Solteira	1 ^o . Grau incompleto
M10	42	Casada	2 ^a . série

Quanto à habitação, foi citada com maior frequência a moradia em casa própria (8), tendo ainda uma que habitava em casa alugada e uma em casa cedida. Com relação ao número de moradores em seus domicílios, as entrevistadas referiram a presença que varia de 3 a 8 pessoas habitando numa mesma residência, sendo que deste total de moradores, estão incluídas as mulheres participantes.

No item profissão as respostas foram bem diversificadas: comerciante, cantora, recepcionista, empregada doméstica; porém a mais predominante foi a *do lar*, com 6 mulheres (Quadro 5).

Quadro 5 - Dados socioeconômicos das entrevistadas.

Mulheres	Profissão	Renda	Valor do benefício do PBF	Habitação	No. de pessoas no domicílio
M1	Do lar	R\$600,00	R\$122,00	Alugada	7
M2	Comerciante	R\$500,00	R\$20,00	Própria	3
M3	Cantora e recepcionista	-	R\$122,00	Própria	6
M4	Desempregada	R\$440,00	R\$40,00	Cedida	5
M5	Empregada doméstica	R\$300,00	R\$120,00	Própria	7
M6	Do lar	-	-	Própria	6
M7	Do lar	-	-	Própria	8
M8	Empregada doméstica	R\$200,00	R\$40,00	Própria	4
M9	Do lar	-	R\$60,00	Própria	5
M10	Do lar	R\$500,00	R\$30,00	Própria	4

Dentre as que declinaram a renda familiar, esta variou de R\$200,00 até R\$600,00, o que significa um intervalo entre R\$42,80 e R\$160,00 de renda *per capita* familiar; e o benefício do PBF de R\$20,00 até R\$122,00.

Estratégia Saúde da Família

2. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Este capítulo discorre sobre os antecedentes históricos do PSF no Brasil, no município de Santos e no bairro Areia Branca, pontuando a realidade atual, através da percepção das participantes sobre assistência oferecida pelo PSF, as melhorias promovidas pelo programa instalado no bairro, e sobre a atuação do ACS.

2.1 UM BREVE HISTÓRICO DA PROPOSTA DO PSF

Durante a 30ª Reunião Anual da Assembléia Mundial de Saúde, em 1977, os governantes definiram como meta social a obtenção, por parte de todos os cidadãos do mundo, já no ano 2000, de “um nível de saúde que lhe permitirá levar vida social e economicamente produtiva – Saúde para Todos no Ano 2000” (OMS/UNICEF, 1979), provocando grande impacto na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo seus princípios definidos no ano seguinte, na Conferência de Alma Ata:

Atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade quanto o país possam 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. 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 dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS/UNICEF, 1979).

Esse consenso foi confirmado em 1979 pela Assembléia Mundial de Saúde e os componentes fundamentais da APS foram assim especificados (STARFIELD, 2002):

- Educação em saúde;
- Saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos;
- Programa de saúde materno-infantil
- Imunizações e planejamento familiar;

- Prevenção de doenças endêmicas;
- Tratamento adequado de doenças e lesões comuns;
- Fornecimento de medicamentos essenciais;
- Promoção de boa nutrição;
- Medicina tradicional.

Na década de 1980, a Conferência de Alma Ata e suas metas de Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT-2000) deixaram de ser discutidas no Brasil, pois o governo tinha o foco na integração entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, em torno do programa Prev-Saúde (WHO, 1978; OMS/UNICEF, 1979).

A oposição ao Prev-Saúde e a crise financeira da Previdência Social pressionaram o governo a “arquivá-lo”, e as metas da SPT-2000 também foram esquecidas, embora seu corpo doutrinário continuasse inspirando as políticas de saúde das instituições governamentais (VIANA, 2008).

Porém, no Brasil, foi somente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que o movimento da Reforma Sanitária se ampliou e seus princípios e diretrizes foram sistematizados, incluindo “o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS), a participação popular e a constituição e ampliação do orçamento social” (PAIM, 1999).

Segundo Paim (1999), no final da década de 1980, três principais caminhos foram utilizados para viabilizar as intervenções propostas pela Reforma Sanitária Brasileira:

O legislativo-parlamentar, visando à criação de bases jurídicas para sua implementação; o sócio-político, procurando mobilizar a opinião pública e setores organizados da sociedade civil, e o técnico-institucional, privilegiando a produção de propostas e a organização, implantação e desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) (PAIM, 1999).

Dois anos mais tarde, em 1988, a Constituição Federal foi aprovada, instituindo o Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142/90). Durante o processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil, as diretrizes almejadas foram: o acesso universal da população aos serviços de saúde e a equidade em um sistema integral e de qualidade.

Tanto o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) como o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família, foram modelos implantados na busca da universalização da assistência e geraram espaços potenciais de mudança nas práticas de saúde na Atenção Primária.

O PACS tinha como objetivo geral melhorar a capacidade da população de cuidar da sua saúde, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 1993).

A profissão do Agente Comunitário de Saúde foi legalizada pelo Governo Federal em 2002 (Decreto Lei nº. 10.507). Os agentes são pessoas da própria comunidade, escolhidas por meio de processo seletivo, e que representam o elo entre o município e os serviços oferecidos pela rede pública de saúde.

Os ACS são muitas vezes solicitados para bater papo, dar atenção ou dar suporte aos problemas enfrentados pelas famílias, tornando-se referências não apenas para as questões de saúde, mas para problemas gerais do bairro e também da vida familiar e pessoal. Estabelece-se uma rede de informações, mediante a qual as famílias passam a informar os ACS sobre o que acontece na área atendida e os ACS passam, então, a conhecer mais profundamente os hábitos e o cotidiano das pessoas (COHN *et al*, 2005).

Os agentes são responsáveis pelo cadastro dos moradores, acompanhamento mensal, encaminhamento para atendimento e ainda pelo desenvolvimento de ações educativas. Nas visitas periódicas o agente fornece informações sobre hipertensão, diabetes, importância do pré-natal e das vacinas, além de realizar busca ativa de doenças infecto-contagiosas. Eles integram dois programas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

Em suas “Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação de Agentes Comunitários de Saúde”, o Ministério da Saúde reconhece que “o PACS foi desenhado de modo a compor uma estratégia de transição para uma outra mais abrangente, o Programa de Saúde da Família, cuja implantação iniciou em 1994” (BRASIL, 1999).

O PSF foi apresentado como uma estratégia para dar atenção à população residente em áreas de risco, ou seja, aquela incluída no “Mapa da Fome” do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Seu objetivo era melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (BRASIL, 1994).

O Programa de Saúde da Família foi inicialmente baseado em 10 pontos principais:

1. modelo voltado para a promoção e proteção da saúde;
2. área de abrangência com adscrição de clientela;
3. equipe profissional com composição mínima;
4. residência da equipe na área de atuação;
5. participação da comunidade em ações de educação e promoção a saúde;
6. atenção integral e contínua;
7. integração ao sistema local de saúde;
8. impacto sobre a formação de recursos humanos;
9. salário diferenciado;
10. estímulo ao controle social.

A sua missão é contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde, visando à integração das ações entre os diversos profissionais e sua articulação com as reais demandas e necessidades da comunidade. No PSF a atenção centra-se na família, entendida, percebida e situada a partir de seu ambiente físico e social, com suas crenças e valores identificados, favorecendo a compreensão ampliada do processo saúde/doença, no contexto de um território definido geograficamente e administrativamente (SOUZA e SAMPAIO, 2002).

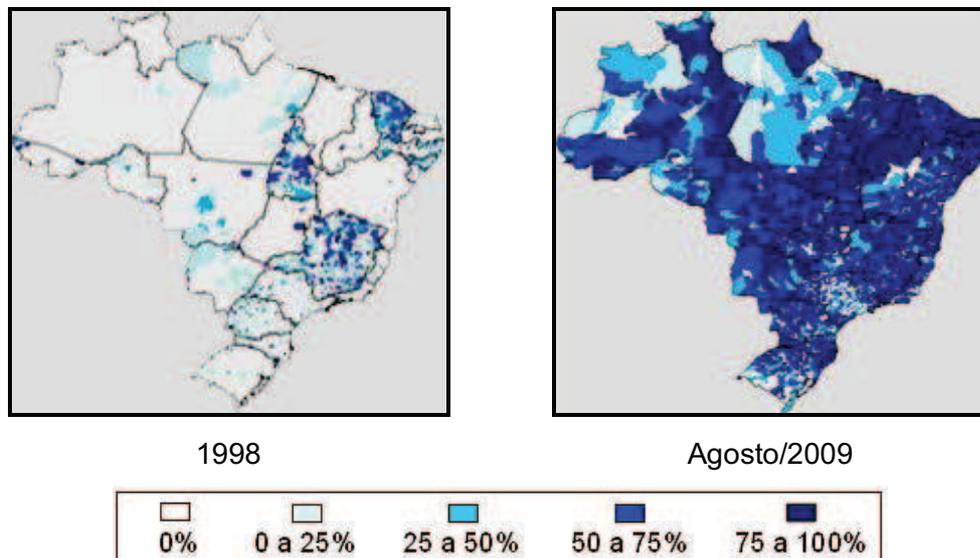
A Saúde da Família consiste portanto numa estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2006).

As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Cada equipe é composta, no mínimo, por um médico

de família, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal (BRASIL, 2006).

Cada Equipe de Saúde da Família se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada para um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência à saúde integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Figura 3 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família, Brasil (1998 - 2009).



Fonte: BRASIL (2009)

Nos últimos 10 anos houve um grande aumento no número de Equipes de Saúde da Família, conforme observado na Figura 4.

Em 2008, o Brasil contava com 29.300 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas em 5.235 municípios, com uma cobertura populacional de 49,5% da população brasileira, o que correspondia a cerca de 93,1 milhões de pessoas.

Também possuía 17.807 Equipes de Saúde Bucal implantadas, em 4.597 municípios, com uma cobertura populacional de 45,3% da população brasileira, o que correspondia a cerca de 85,3 milhões de pessoas. O total de Agentes Comunitários de Saúde era de 230.244, gerando uma cobertura populacional de 60,4% da população brasileira, o que correspondia a cerca de 113,7 milhões de pessoas (BRASIL, 2009).

No quadro abaixo (Quadro 6) podemos observar dados do PSF nos estados do Sudeste e no Brasil.

Quadro 6 - Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação – competência Dez/2008

UF	Número e Percentual de Municípios								Total ⁴
	Total	Com ACS ¹	% com ACS	Com ESF ²	% com ESF	Com ESB ³	% com ESB		
ES	78	78	100,0	76	97,4	69	88,5		3.472.080
MG	853	839	98,4	835	97,9	640	75,0		19.520.171
RJ	92	91	98,9	89	96,7	67	72,8		15.567.373
SP	645	521	80,8	485	75,2	356	55,2		41.074.072
SUDESTE	1.668	1.529	91,7	1.485	89,0	1.132	67,9		79.633.696
BRASIL	5.564	5.354	96,2	5.235	94,1	4.597	82,6		188.206.105

(1) Agente Comunitário de Saúde

(2) Equipe de Saúde da Família

(3) Equipe de Saúde Bucal

(4) População estimada - IBGE 2006

Fonte: BRASIL (2009)

No histórico da evolução da Saúde Família, em 2008, o Estado de São Paulo contava com 22.328 Agentes Comunitários de Saúde, 3.134 equipes de saúde da família e 1.263 equipes de saúde bucal, gerando uma cobertura de 75,2% dos municípios com Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

2.2 UM BREVE HISTÓRICO DO PSF NO MUNICÍPIO DE SANTOS

O Programa de Saúde da Família, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos é regido pela Coordenadoria de Saúde Coletiva, que está subordinada ao Departamento de Atenção Básica.

Seu início no município se deu em 2000, porém até o começo de 2006, Santos possuía apenas duas equipes de Saúde da Família, que atendiam a população do Monte Serrat e dos bairros Monte Cabrão, Caruara e Ilha Diana, na área continental. Podemos observar no quadro abaixo (Quadro 7) alguns indicadores da atenção básica relacionados ao PACS e PSF que demonstram aumento na adesão ao esquema vacinal, ao aleitamento materno exclusivo e às consultas de pré-natal.

Quadro 7 - Indicadores da Atenção Básica no município de Santos de 2001-2006.

Ano	Modelo de Atenção	% de crianças c/ esq.vacinal básico em dia ⁽¹⁾	% de crianças c/aleit. materno exclusivo ⁽¹⁾	% de cobertura de consultas de pré-natal ⁽¹⁾
2001	PACS	94,7	78,1	92,8
	PSF	91,7	91,4	95,9
	Total	94,6	78,4	92,9
2002	PACS	95,8	82,5	94,3
	PSF	96,1	93,3	84,7
	Total	95,8	82,9	93,9
2003	PACS	96,2	84,8	95,4
	PSF	97,5	96,7	99,5
	Total	96,3	85,3	95,6
2004	PACS	98,4	85,4	95,4
	PSF	99,8	98,0	98,1
	Total	98,5	86,0	95,6
2005	PACS	99,1	86,3	96,7
	PSF	98,1	93,7	94,6
	Total	99,1	86,7	96,5
2006	PACS	98,5	88,0	96,3
	PSF	98,6	84,2	93,2
	Total	98,5	87,5	95,8

Fonte: SIAB

Notas: (1): Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos.

Desde então, a prefeitura criou mais 13 equipes, totalizando 15, que hoje beneficiam também os bairros Castelo, Piratininga, Centro e Paquetá, Vila Nova, Areia Branca, Vila Progresso, morros Santa Maria, Penha e do José Menino. O crescimento da Estratégia Saúde da Família no município de Santos é possível observar através dos Quadros 8 e 9.

Quadro 8 - Credenciamento e implantação de Agentes Comunitários de Saúde em Santos de 2000 a 2009.

Agentes Comunitários de Saúde						
Ano	População de Santos	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2000	408.748	276	219	219	125.925	30,81
2001	417.817	420	213	213	122.475	29,31
2002	417.817	420	216	216	124.200	29,73
2003	418.095	420	216	216	124.200	29,71
2004	418.147	420	218	218	125.350	29,98
2005	418.147	420	211	211	121.325	29,01
2006	418.316	420	198	198	113.850	27,22
2007	418.375	420	200	200	115.000	27,49
2008	418.375	420	232	232	133.400	31,89
2009	417.518	420	227	227	130.525	31,26

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Apesar de estimativas mais elevadas (Quadro 9), hoje, o PSF em Santos beneficia mais de 10 mil famílias, o que representa quase 38 mil pessoas, das regiões do Centro, área continental, Zona Noroeste e morros (SAÚDE..., 2009).

Quadro 9 - Credenciamento e implantação de Equipes de Saúde da Família em Santos de 2000 a 2009.

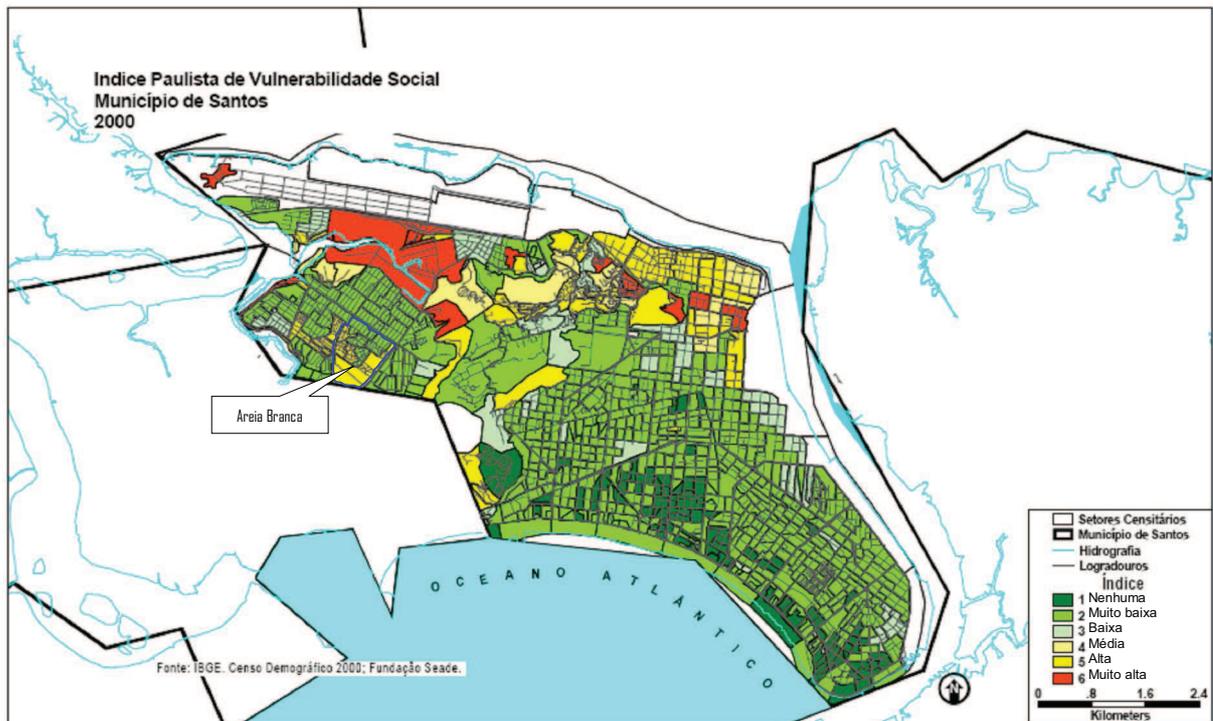
Equipe de Saúde da Família						
Ano	População de Santos	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2000	408.748	1	1	1	3.450	0,84
2001	417.817	70	1	1	3.450	0,83
2002	417.817	70	1	1	3.450	0,83
2003	418.095	70	1	1	3.450	0,83
2004	418.147	70	1	1	3.450	0,83
2005	418.147	70	2	2	6.900	1,65
2006	418.316	70	4	4	13.800	3,30
2007	418.375	70	10	10	34.500	8,25
2008	418.375	70	13	13	44.850	10,72
2009	417.518	70	15	15	51.750	12,39

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Cada equipe do programa em Santos acompanha até 3.500 pessoas e é composta por médico generalista (que atua como clínico geral, ginecologista e pediatra), enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a sete agentes comunitários de saúde. A profissão do Agente Comunitário de Saúde é exercida em Santos desde 2000.

A escolha governamental das áreas e bairros de Santos onde o PSF será implantado é definida por meio da análise de indicadores epidemiológicos e sociais e pela dificuldade de acesso da população aos serviços aí existentes (SAÚDE..., 2008).

Figura 4 - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – Município de Santos, 2000.



Fonte: IBGE 2000

Entre as unidades mais recentes entregues pela administração municipal estão as do Morro do José Menino e da Areia Branca (Zona Noroeste), que foram inauguradas em 2008, gerando atendimento para cerca de 7 mil moradores dos dois bairros (SAÚDE..., 2009).

No bairro Areia Branca, o PSF teve início em 2005 com uma equipe de Saúde da Família, que realizava visitas domiciliares e organização de grupos de

insulino-dependentes, hipertensos e de terapia comunitária. Porém essas reuniões eram realizadas na Sociedade de Melhoramentos e na Igreja Santa Margarida Maria.

Somente dois anos e meio depois, em 27 de junho de 2008, é que os moradores da Areia Branca passaram a contar com uma USF (Unidade de Saúde da Família). A sede, de 175 m², foi instalada na Rua Francisco Lourenço Gomes, 118. Para a instalação do equipamento foram desapropriadas duas casas térreas, reformadas e adaptadas para atender ao padrão de uma USF. Os móveis e equipamentos foram doados pela Afip (Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia). A unidade conta com três consultórios médicos, sendo um de pediatria, um de clínica geral e outro ginecológico; salas de atividades, de vacina, de inalação, de coleta e curativo, e farmácia. Também possui recepção, administração, expurgo, copa e banheiros, inclusive adaptado. Depois da instalação da USF no bairro, novas ACS foram treinadas e passaram a compor a segunda Equipe de Saúde da Família de Areia Branca (UNIDADE..., 2008).

Além da USF, a região também conta com o Pronto-Socorro da Zona Noroeste, inaugurado em 29 de abril de 2006, localizado na Rua Ministro Agamenon Magalhães s/nº - Jardim Castelo. O PS integra o Complexo Hospitalar da Zona Noroeste, composto pelo Hospital Arthur Domingues Pinto, Pronto-Socorro Infantil, Ambulatório de Especialidades (Ambesp) e Seção Núcleo de Atenção Psicossocial (Senaps I), com uma área de 7.600 m² (NOVO..., 2006).

Em resumo, no território pesquisado, as entrevistadas contam, em tese, com uma oferta de serviços composta de: uma Unidade de Saúde da Família, duas Equipes de Saúde da Família, um Pronto-Socorro, um Hospital, um Ambesp e um Senaps.

Figura 5 – Unidade de Saúde da Família de Areia Branca



2.3 ASSISTÊNCIA OFERECIDA PELO PSF DA ÓTICA DAS USUÁRIAS

Os indivíduos pesquisados, quando questionados sobre a assistência oferecida pelo PSF referiram como serviços ofertados pelo programa: o encaixe para consultas médicas; o fornecimento de medicação; a assistência à saúde não só individual, mas também para os filhos; a assistência à gestante e ao recém-nascido; atenção, ajuda e apoio; e a visita domiciliar de um membro da Equipe de Saúde da Família.

Através das falas das entrevistadas podemos observar que um destaque na assistência oferecida pelo PSF é o fornecimento de medicação e as consultas médicas.

*“Às vezes eu não marquei consulta, **peço encaixe e consigo**[...] Já **recebo a medicação** e venho pra casa. Eles dão toda a assistência, tanto pra mim, como pro meus filhos.” (M1)*

*“Eles dá acompanhamento de tudo. Melhorou bastante em vista da policlínica [...] elas **marcam consulta** [...]” (M3)*

*“Sempre que eu venho de encaixe eles atendem. [...] A ginecologista, os **remédios ela sempre dá.**” (M4)*

*“[...]quando tiver doente, eles dá **remédio**, essas coisa.” (M6)*

*“A **médica olha tudo**, até o dente, a pressão. **Dá uma boa assistência** mesmo.” (M7)*

Outro ponto relatado pelas mulheres é a atenção à gestante e ao recém-nascido, com foi referido nas falas a seguir:

*“[...]você **estando gestante** eles vem também pra **saber como você tá**, se você tá bem. Quando eu ganhei meu filho, **eles vieram vê meu filho**, como que ele tava [...]” (M2)*

*“Eles **cuida de mim, cuida da minha bebê**. Também eu explico minha situação pra eles, eu não escondo nada, conto tudo. As menina, eu gosto delas e elas gostam da minha bebê.” (M10)*

Esses dados encontrados sobre a assistência do PSF aos usuários estão de acordo com pesquisas realizadas em outros municípios brasileiros. Por exemplo, em estudo realizado por Schwartz *et al* (2008), as respostas que os usuários

geraram representadas como serviços do PSF em Vitória (ES) são: consultas médicas, consulta de enfermagem, exames e imunização. Já Corradi *et al* (2008) também conclui em seu estudo sobre a experiência de Curitiba (PR) que as USF são procuradas para consultas médicas, para dispensação de medicamentos e para realização de exames.

Faz-se necessário ressaltar uma fala que se repetiu por 5 usuárias: a ajuda, o apoio, o tratar bem, o cuidado e a atenção. Esse é um ponto de destaque na assistência oferecida pelo PSF para essas usuárias, como é possível conferir nas falas abaixo:

*“Eles me **ajudam muito**.” (M3)*

*“Me **trata bem**, me dão **muita atenção**. Conversa bem comigo sobre meus filho.” (M5)*

*“[...]**me ajuda**, né, o que eu preciso, quando tiver doente.” (M6)*

*“Ah, eles, **ajuda se tiver ruim da saúde**, eles **dão apoio**, eles vão até em casa e se tiver alguma coisa, eles tão ali, ajuda, encaminha, essas coisas que eles fazem pra poder ajudar.” (M8)*

*“Eles me **ajuda muito**. Eles **cuida de mim** [...] eu explico minha situação pra eles, eu não escondo nada, conto tudo.” (M10)*

Porém, podemos observar que as usuárias demonstram ter uma preocupação voltada à assistência, sempre referindo a doença como o motivo da oferta de ajuda pelo PSF.

*“**Quando eu tô doente eu vou até lá**[...]e passo com a médica.” (M1)*

*“Ah, eles, **ajuda se tiver ruim da saúde**, eles **dão apoio**, eles vão até em casa e se tiver alguma coisa, eles tão ali, ajuda, encaminha, essas coisas que eles fazem pra poder ajudar.” (M8)*

*“Eles me ajuda muito. **Quando eu tô doente eu vô lá. Eles cuida de mim, cuida da minha bebê**. Também eu explico minha situação pra eles, eu não escondo nada, conto tudo. As menina, eu gosto delas e elas gostam da minha bebê.” (M10)*

Essa realidade é resultado de um modelo curativo, que apesar da nova filosofia do PSF voltada à promoção e prevenção, perpetua não só na realidade estudada. Aguiar e Moura (2004) também chegaram a resultados semelhantes em

pesquisa realizada em Caucaia-CE, assim como Corradi *et al* (2008), que conclui sua pesquisa assim:

Em relação à resolutividade do trabalho da equipe de PSF os entrevistados referem satisfação com a unidade; facilidade de atendimento; compreensão das orientações fornecidas pelas equipes; problemas de saúde resolvidos [...] Contudo, os usuários procuram em sua maioria a unidade para ações curativas, quando 92,3% buscam por consulta médica, 86,5% por dispensação de medicamentos e 76,9% por exames (CORRADI *et al*, 2008).

2.4 O QUE MELHOROU COM A CHEGADA DA USF NO BAIRRO

As usuárias entrevistadas citaram vários aspectos que promoveram um atendimento melhor com a instalação da USF no bairro e nenhum aspecto negativo apareceu nas falas das mulheres.

Com o PSF há a percepção de uma melhoria significativa do atendimento à saúde, quer pela qualidade da relação equipe de saúde/clientela, quer pela maior proximidade dos serviços de saúde.

Um dos principais fatores da percepção dessa melhoria é a rapidez no atendimento, como é possível observar nas falas a seguir:

*“Melhorou porque é mais **rápido**.” (M1)*

*“O que melhorou foi tudo. Melhorou a saúde.[...]sou bem atendida. Na policlínica é aquela demora pra fazer exame, as pessoa ficavam passando mal, aqui não, aqui o **atendimento é rápido**.” (M3)*

*“Ah, melhorou tudo. Agora é **mais rápido** pra ser atendido.” (M4)*

*“Eu prefiro aqui (PSF) mil vezes aqui, porque minha filha disse: “pô mãe aqui é bom pra caramba”. **Porque toda vez que eu tô doente, eu vô lá e eles me atende**. E lá (antiga policlínica frequentada em São Vicente) não, quando eu ficava doente eu ia pro pronto socorro. Por isso que é diferente de lá onde que eu tava em São Vicente. Aqui é mil vezes melhor.” (M10)*

Outro fator da percepção dessa melhoria é a proximidade geográfica do serviço de saúde, observado pelas falas das usuárias:

*“Melhorou porque é mais **perto**.” (M1)*

*“**Melhorou a distância**, porque era muito longe e em relação a esse posto. Eu acho ele bom” (M2)*

*“Ah, melhorou tudo. Agora é **mais perto** pra ser atendido.” (M4)*

*“Melhorou porque aqui é **mais perto** ainda, é **mais atenção**. Ah, melhorou bastante, né. Pra mim tá tudo bom.” (M5)*

*“Ah, é **mais perto** e eles dão **mais atenção**.” (M6)*

*“É melhor, porque lá (Cubatão) era diferente, se tu tá passando mal, até dá vontade de ir no médico, tu tá morrendo lá no meio do caminho. Aqui melhorou bastante porque **o médico pertinho dá pra ir**, qualquer hora que você tiver mal, dá pra ir. Porque lá é longe, tem*

que pegar ônibus pra ir no médico, no postinho. Então melhorou bastante, né.” (M8)

A atenção oferecida pelos profissionais de saúde e o tratar “bem” também foram destaques nas falas das usuárias do PSF, como atestam as seguintes afirmações:

*“[...]porque o **atendimento é muito bom, tratam a gente bem**, eu particularmente gosto mais daqui do que de lá, porque lá parecia que era muito mais corrido, eles não tinham muita atenção pra dar pros pacientes, aqui já não, eles te tratam bem, **conversam**.” (M2)*

*“O que melhorou foi tudo. Melhorou a saúde.[...]sou **bem atendida**..” (M3)*

*“Melhorou porque aqui é **mais atenção**. Ah, melhorou bastante, né. Pra mim tá tudo bom.” (M5)*

*“Ah, eles dão **mais atenção**.” (M6)*

Também merece destaque a fala sobre a especialidade do profissional médico generalista, que a princípio gerou espanto, mas agradou após experiência pessoal das usuárias com eles:

*“A única coisa que eu acho estranho é **a mesma médica atender todos**, mas o meu marido falou que ela é especialista em pediatria e clínica geral. Mas eu acho legal porque ela **cuida da família** toda, a mesma médica. Eu acho legal isso. Tanto é que agosto agora eu marquei pra levar os 5 (filhos) nela.” (M1)*

A avaliação das usuárias quanto à USF de Areia Branca mostrou-se positiva em vários aspectos, principalmente se comparado a outros serviços de saúde, como observamos nas falas das usuárias a seguir:

*“O que melhorou foi tudo. Melhorou a saúde.[...]sou bem atendida. **Na policlínica é aquela demora pra fazer exame, as pessoa ficavam passando mal, aqui não, aqui o atendimento é rápido**.” (M3)*

*“É melhor, porque lá (Cubatão) era diferente, se tu tá passando mal, até dá vontade de ir no médico, tu tá morrendo lá no meio do caminho. **Aqui melhorou bastante** porque o médico pertinho dá pra ir, qualquer hora que você tiver mal, dá pra ir. Porque lá é longe, tem que pegar ônibus pra ir no médico, no postinho. Então melhorou bastante, né.” (M8)*

“Eu prefiro aqui (PSF) mil vezes aqui, porque minha filha disse: “pô mãe aqui é bom pra caramba”. Porque toda vez que eu tô doente, eu

vô lá e eles me atende. E lá (antiga policlínica frequentada em São Vicente) não, quando eu ficava doente eu ia pro pronto socorro. Por isso que é diferente de lá onde que eu tava em São Vicente. Aqui é mil vezes melhor.” (M10)

Schwartz *et al* (2008), em sua pesquisa também obteve resultados semelhantes com relação à melhora do serviço de saúde oferecido pelo PSF comparado a outros, onde a maioria dos entrevistados mostrou-se satisfeito com o acesso ao atendimento no PSF.

Em resumo, do ponto de vista das usuárias as melhorias geradas pela USF são: rapidez no atendimento, proximidade geográfica, garantia de atendimento quando doente e o tratar bem (boa relação médico/paciente). Essas melhorias promoveram o aumento da agilidade no atendimento e o aumento da estabilidade na relação profissional de saúde/usuário.

Ao observar essas questões, podemos perceber uma melhora no acesso aos serviços de saúde, porém até que ponto isso não está apenas reforçando o serviço como consumo de ato médico?

2.5 O QUE FAZ O ACS NAS VISITAS DOMICILIARES

Na USF de Areia Branca a função de ACS é exercida exclusivamente por mulheres. A Unidade conta com 2 Equipes de Saúde da Família, tendo cada equipe cinco ACS. Cada ACS é responsável por uma micro área do bairro.

Atitudes como perguntar sobre a condição de saúde da usuária e da família; dar orientação; marcar consulta e avisar quando a usuária tem consulta na USF; levar pedidos e resultados de exames na casa da usuária; prestar auxílio; visitar frequentemente a usuária; tirar dúvidas e verificar a carteira de vacinação são as funções das ACS relatadas pelas usuárias. Porém é possível perceber através das suas falas que a função citada com maior frequência é marcar consulta, levar exames e perguntar sobre as condições de saúde da família. Apenas uma entrevistada destacou a presença da enfermeira nas visitas domiciliares.

*“Ela vem **perguntar se eu tô bem**, o que que tô precisando, se tá acontecendo alguma coisa, se tem alguém doente em casa. Aí ela me **dá orientação**, onde eu tenho que ir, o que que eu tenho que fazer. **Gosto muito do trabalho dela.**” (M1)*

*“**Eles marcam consulta**, se chega um **exame**, **eles trazem pra gente** em casa, pra evitar da gente ficar se locomovendo de casa pro posto. Tudo o que acontece lá eles **comunicam pra gente**, **isso é bom.**” (M2)*

*“Ela vai lá, **leva os exame**, **ele fala o dia da consulta** [...]Quando eu tenho um problema, geralmente eu chego nela e **ela me auxilia**. Então ela **tá sempre me ajudando**. Ela sempre tá aqui, **quando eu tenho dúvida, pergunto pra ela**. Quando tem exame, ela fala que já tá marcado e já leva o papel do exame, então esse é o tipo de coisa que ela faz pra gente.” (M3)*

*“Ela **pergunta se tá acontecendo alguma coisa**, se tá todo mundo bem em casa. Pergunta sempre dela [filha mais nova], porque ela é a que mais fica doente em casa. Aí pergunta sempre dela, como tá, pergunta tudo. **Levam exame**, quando tem algum problema, eu peço e ela vem e marca pra mim, e depois ela me leva o papel, num precisa vir até aqui.” (M4)*

*“Elas **tão sempre preocupada com a gente**, **vendo a saúde da gente**. Elas **dão muito conselho.**” (M5)*

*“**Pergunta se tá tudo bem**, se tá precisando de alguma coisa, **sobre a saúde.**” (M6)*

*“Ela vem vê se tá tudo em dia, a **vacina**, vê se tá as **consulta em dia**, se tem alguma pessoa gestante, se tá doente.” (M7)*

*“Ela vai lá (em casa), **se tem alguma consulta marcada, ela vai lá e avisa.** [...] se tiver que marcar alguma coisa ela marca. E quando ela vai lá eu tô sempre corrida com as criança.” (M8)*

*“Ela tá sempre lá na minha casa. Ela **pergunta como que eu tô,** porque eu tive problema de pressão por conta da gestação. Ela vem toda semana na minha casa e a **enfermeira** também. Elas vem me vê.” (M9)*

*“Ela pergunta se eu tô precisando de alguma coisa, se eu tô melhor, **se precisa marcar consulta,** se eu tô sentindo alguma coisa, se a bebê tá bem, se meu esposo tá bem.” (M10)*

Em geral é possível observar um bom relacionamento entre ACS/usuária e um bom nível de satisfação das usuárias com relação ao trabalho das ACS.

“Gosto muito do trabalho dela.” (M1)

“ela me auxilia [...] ela tá sempre me ajudando. Ela sempre tá aqui.” (M3)

“Elas tão sempre preocupada com a gente, vendo a saúde da gente. Elas dão muito conselho.” (M5)

A boa relação das ACS com as usuárias do PSF também é apontada por Levy *et al* (2004) e isso foi observado através da satisfação por elas relatada sobre o trabalho do ACS.

Em três entrevistas foi possível observar um controle rígido por parte das ACS sobre a frequência das usuárias às consultas marcadas.

“Ela vai lá, fala o dia da consulta, que num pode faltar, se não depois é ruim pra marcar de novo, ela explica pra gente.” (M3)

“[...] elas pegam no pé. Num vai na consulta, elas vem aqui me chamar.” (M7)

“Ela vai lá [em casa], se tem alguma consulta marcada, ela vai lá e avisa. Fala que tem que ir,” (M8)

Observamos também que o ACS usa como arma a dificuldade para marcar uma nova consulta, a fim de cobrar a presença da usuária nas consultas agendadas. Porém essa racionalidade do serviço se contrapõe ao ritmo e necessidades de estratégia de vida das usuárias:

“Fala que tem que ir, se tiver que marcar alguma coisa ela marca. E quando ela vai lá eu tô sempre corrida com as criança.” (M8).

O que podemos observar com esses relatos é uma dupla mensagem: segundo as usuárias há um aumento no acesso a serviços de saúde com a atuação das ACS, porém estas submetem as próprias usuárias à disciplina rígida do próprio serviço, que nem sempre responde à disponibilidade delas.

Observou-se com esta pesquisa que há um bom relacionamento entre ACS e usuárias, sendo que as funções das ACS que são mais percebidas pelas usuárias são: marcar consulta, levar exames e perguntar sobre as condições de saúde da família. O ponto que merece destaque aqui é a racionalidade dos serviços e do sistema de saúde, com seus horários e exigências burocrático-administrativos, que por vezes não estão de acordo com a disponibilidade das usuárias, dada sua estratégia de sobrevivência cotidiana.

Saúde da Mulher

3. SAÚDE DA MULHER

Neste capítulo é abordado o histórico das políticas de saúde voltadas à população feminina no Brasil, o que o município de Santos oferece de assistência específica à saúde das mulheres e a atenção que as mulheres dão à sua própria saúde, nos quesitos prevenção e pré-natal.

3.1 UM BREVE HISTÓRICO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

No Brasil, durante as primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher incorporou-se às políticas nacionais de saúde, limitando-se às demandas relativas à gravidez e ao parto. Outros programas foram elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, porém com uma visão restrita sobre a mulher, pois eram baseados na dimensão biológica e no papel social de mãe e doméstica: concebia-se a mulher somente como responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

Esses programas também se caracterizavam pela verticalidade e pela falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas definidas pelo nível central não se igualavam às necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática foi a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (COSTA, 1999).

O movimento feminista brasileiro criticou esses programas pela perspectiva reducionista com que a mulher era tratada, tendo acesso a alguns cuidados de saúde somente no ciclo gravídico-puerperal, porém sem assistência na maior parte do seu ciclo de vida. Através da forte atuação do movimento das mulheres no campo da saúde, questões até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas, foram introduzidas na agenda política nacional (BRASIL, 2004).

Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os

problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991).

O argumento principal das mulheres era que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, era necessário identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Com base naqueles argumentos, foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher.

A reivindicação das mulheres organizadas era sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que iam além da gestação e do parto. Era preciso formular ações que melhorassem as condições de saúde em todos os ciclos de vida da mulher, contemplando as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridas (BRASIL, 2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

Os princípios e diretrizes incorporados pelo PAISM foram as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, e também a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, o Movimento Sanitário concebia o arcabouço conceitual do que viria a se tornar no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação faziam parte do novo programa para a saúde da mulher, que também englobava a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes (BRASIL, 2004).

Durante os anos de 1984 a 1989, e também na década de 90, o PAISM foi influenciado no seu processo de implantação e implementação pelas características da nova política de saúde (SUS), pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, através do Programa Saúde da Família.

A implementação da política de saúde da mulher foi avaliada por estudos que demonstraram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas (BRASIL, 2004).

Para enfrentar esses problemas, o Ministério da Saúde passa a lançar mão de uma série de instrumentos, dentre eles a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2001). No que diz respeito à questão específica da mulher, tem-se que:

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

A saúde da mulher passa então a ser considerada uma prioridade do governo a partir de 1998, gerando mudanças no processo de implementação do PAISM e ganhando maior apoio a nível federal de administração.

Correa e Piola (2003) elaboraram o balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, e esse balanço indica que, no período avaliado, trabalhou-se em prol da resolução de problemas, priorizando a saúde reprodutiva, principalmente as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção).

Embora se tenha mantido como objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher. Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual (CORREA; PIOLA, 2003).

Esse balanço também apontou vários assuntos não contemplados ainda na saúde feminina, como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (CORREA; PIOLA, 2003).

A Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (MS), em 2003, identificou a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, como a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas.

Em 28 de maio de 2004 o Ministro da Saúde Humberto Costa lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde. Essa política voltada às mulheres tem três objetivos principais, sendo primeiramente o de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro; também o de contribuir para a

redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; e finalmente o de ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Segundo os próprios documentos oficiais, os relatos das mulheres na busca pelos serviços de saúde demonstram discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a nova política introduziu a humanização e a qualidade da atenção como princípios, pois isso implica a promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos. (BRASIL, 2004)

A qualidade da atenção deve estar referida a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde (MANTAMALA, 1995).

Para que os princípios de humanização e da qualidade da atenção sejam atingidos foram considerados os seguintes elementos (BRASIL, 2004):

- acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- captação precoce e busca ativa das usuárias;
- disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
- capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
- disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções,

assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários;

- disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;

- estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;

- estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária;

- análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias.

3.2 A SAÚDE DA MULHER EM SANTOS

A Prefeitura Municipal de Santos, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, criou em 2003 o Instituto da Mulher com a proposta de valorizar a saúde mulher de forma integral, centralizando especialidades e dando maior agilidade a tratamentos fundamentais à saúde feminina. Ele é orientado e administrado pela COS–MULHER (Coordenadoria de Saúde da Mulher), que está sob a supervisão do Departamento de Vigilância e Programas de Saúde (DEPRO). Já em 2004 o Instituto prestou mais de 3.500 atendimentos. Foram cerca de 900 consultas ginecológicas, 300 atendimentos no ambulatório de ginecologia infanto-puberal, 1.900 no de mastologia e ainda 400 pessoas atendidas pelo programa de Planejamento Familiar. O Instituto também é responsável pelo encaminhamento de grande parte dos exames realizados na rede. Foram mais de 6.000 colposcopias, 1.200 biópsias de colo de útero, 100 de vagina e 160 de vulva (SMS..., 2005).

Hoje, o Instituto da Mulher, com sede na Avenida Conselheiro Nébias, é mantido pela Prefeitura de Santos para organizar a assistência plena à saúde feminina. Além da Casa da Gestante, que acompanha grávidas de risco e adolescentes, a unidade conta com dez tipos de ambulatórios, entre os quais o de mastologia, obesidade, ginecologia, além de desenvolver o programa Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual.

A porta de entrada do Instituto são as UBS (Unidades Básicas de Saúde) e USF (Unidades de Saúde da Família), que encaminham as pacientes que necessitam de cuidados especializados (MULHERES..., 2009).

Necessário registrar que Santos também conta com outros programas e instituições para que a mulher seja assistida. Em 2002, foi o primeiro município da Região Metropolitana da Baixada Santista a criar um Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, o Conmulher. Hoje, seis dos nove municípios da região possuem conselhos semelhantes. Em novembro de 2007 a cidade aderiu ao Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar, que prevê atuação integrada da União, estados e municípios em ações de prevenção, proteção e garantia de direitos humanos. Além disso, Santos conta com o Grupo Técnico de Trabalho de Políticas Públicas para as Mulheres, que contribui para a discussão e a implementação de medidas específicas de preservação de direitos e inclusão social. O Grupo foi instituído pela Prefeitura em 2008, por meio do Decreto nº 5054, e é composto por

técnicos de todas as secretarias municipais, Cohab e Fundo Social de Solidariedade. Há ainda serviços de proteção e apoio para mulheres vítimas de algum tipo de violência, como uma Casa-Abrigo e o Espaço Meninas, com atendimento jurídico e psicossocial a crianças e adolescentes vítimas da exploração sexual. A Prefeitura também oferece cursos e oficinas de geração de renda, como os de artesanato e de padaria artesanal, ministrados pelo Fundo Social de Solidariedade, que formam 1.500 munícipes ao ano – na grande maioria, mulheres (MULHERES..., 2009). No entanto, não se encontraram evidências documentais e operacionais que apontassem para a existência de uma articulação entre estes programas e a assistência à saúde da mulher.

3.3 A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS DA MULHER NA PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS

A prevenção de agravos à saúde da mulher foi entendida pelos sujeitos da pesquisa de duas formas. Uma, como realização do exame de citologia oncológica ou colpocitologia, mais conhecido por Papanicolau ou Preventivo. Outra, entendida como o uso da camisinha nas relações sexuais.

De forma geral, a fala que mais aparece quando questionadas sobre o tema, é a frequência ao ginecologista e a realização do *Preventivo*.

A seguir, observam-se as falas sobre a frequência ao ginecologista.

*“[...]Eu **sempre vou no ginecologista**, dependendo do que os exames, né, passarem pra mim, eu vou, **me previno**, tomo remédio e assim por diante.” (M2)*

*“Eu venho regularmente aqui na **ginecologista**.” (M4)*

*“Eu ia no **ginecologista**.” (M9)*

A realização do exame *Preventivo* também é frequente na falas das mulheres, quando questionadas sobre prevenção das doenças da mulher.

“Sim, eu fiz [o preventivo] faz um mês.” (M1)

*“Da mama nunca fiz. Agora a **prevenção** eu fiz em setembro do ano passado. Eu não tenho homem, mas faço regularmente, sempre, nossa, toda hora, toda campanha que tem eu vou.” (M3)*

*“Eu faço **preventivo**.” (M4)*

*“Já fiz o **preventivo** no ano passado.” (M5)*

“Faço [o preventivo], aqui na policlínica (PSF) da Areia Branca.” (M6)

*“Me cuido, faço o **preventivo**.” (M7)*

*“Agora eu tô fazendo, mas antigamente quando eu morava em São Vicente eu num fazia não. Depois que eu vim pra cá eu comecei a fazer. Já fiz o **preventivo**, a médica fez.” (M10)*

Também vale destacar que apenas duas mulheres citaram o exame de mama em suas falas.

“Da mama nunca fiz.” (M3)

“A médica falou que da mama não dá pra mim fazer agora porque eu tô dando de mamá. Já fiz um monte de exame que ela pediu.” (M10)

Somente uma mulher demonstrou uma percepção diferenciada sobre a prevenção:

“Eu agora, sei lá, tô meio desligada dessas coisa, que faz tempo mesmo que eu já fiz.” (M8) [por ocasião da entrevista, suspeitava estar grávida]

Os achados desta pesquisa estão de acordo com os resultados encontrados por Oliveira e Pinto (2007), que ao abordarem o tema *Mulher e Prevenção*, perceberam nos relatos expressos pelas mulheres que:

A prevenção significa para elas algo que impeça a doença de aparecer, ou seja, alguma ação que evite, interceda, até mesmo estacione o processo de adoecimento. Os exemplos mais referidos foram o exame Papanicolau, como a PCCU (Prevenção do Câncer de Colo do Útero), e também o de mama, o acompanhamento médico e também o cuidado com as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS (OLIVEIRA e PINTO, 2007).

Em resumo, das mulheres entrevistadas apenas uma demonstrou estar desligada dessas coisas, oito fizeram o preventivo (Papanicolau) e uma afirma que ia ao ginecologista, e aparentemente não vai mais, mas a prevenção de modo explícito ou implícito está ligada a *“ter homem”*, pois a prevenção, no caso, não é do corpo da mulher, pelo contrário, está relacionado a *ter homem*, pois as relações sexuais podem acabar em gravidez ou DST.

“Eu não tenho homem, mas faço [o preventivo] regularmente, sempre, nossa, toda hora, toda campanha que tem eu vou.” (M3)

“Eu uso camisinha, normal. Me cuido[...].” (M7)

3.4 O PRÉ-NATAL

Dentre as usuárias entrevistadas duas estavam grávidas, uma com suspeita de gravidez e 4 eram nutrizes e as outras 3 não estavam nem grávidas, nem amamentando. Em geral todas são adeptas ao pré-natal.

*“Sim, **todas as vezes que eu fiquei grávida, eu fiz.** Na época que, quando eu tava grávida dele (filho de 2 anos), eu fiz no AMBESP, porque ainda num tinha esse aqui. O atendimento é bom, eles tratam bem a gente.” (M1)*

*“Uma vez por mês, **vou em todas as consultas.**” (M2) [grávida]*

*“**Eu fiz todos pré-natal,** tenho todas carteirinha, sempre fui aquela pessoa de tá sempre me precavendo no médico, ainda mais na gravidez.” (M3) [nutriz]*

*“Faço, **venho em todas as consultas**” (M4) [nutriz]*

*“Faço, o **pré-natal eu faço.**” (M5) [nutriz]*

*“**Fiz,** aí foi lá no Bom Retiro. O atendimento era ótimo, muito bom.” (M6)*

*“**Tô fazendo**” (M7) [grávida]*

*“Eu passo direitinho com a enfermeira, **toda vez que ela marca consulta eu tô ali seguindo direitinho,** faço os exames.” (M8) [suspeita de gravidez]*

*“**Todas as minha gravidez eu fiz.** Da bebê eu fiz em dois lugar: no Guilherme Álvaro, e lá na policlínica. Quando eu engravidei dela eu já era hipertensa [...] daí eu peguei diabetes com ela na minha barriga. Por isso eu fui transferida pro Guilherme Álvaro e quando eu ia lá eu ficava internada 15 dias, um mês.” (M10) [nutriz]*

Apenas uma na última gravidez não iniciou o pré-natal no começo da gestação e relatou ter tido um aborto espontâneo.

*“Eu costumo fazer o pré-natal. **Só desse que eu não fiz,** comecei há pouco tempo e depois eu perdi. Um mês e pouco que eu vinha aqui, daí eu tive um aborto espontâneo.” (M9)*

Uma das entrevistadas cita a enfermeira quando fala da consulta de pré-natal e também a realização de exames.

*“Eu **passo direitinho com a enfermeira**, toda vez que ela marca consulta eu tô ali seguindo direitinho, faço os exames.” (M8) [suspeita de gravidez]*

Uma das usuárias citou a preferência dada às grávidas no PSF e faz uma comparação entre a assistência oferecida pelo PSF no pré-natal e outros serviços de saúde utilizados pela entrevistada em gestações anteriores. Isso reforça os achados anteriores desta pesquisa, onde a assistência do PSF se mostra superior quando comparada a outros serviços de saúde.

*“**Eu fiz todos pré-natal**, tenho todas carteirinha, sempre fui aquela pessoa de tá sempre me precavendo no médico, ainda mais na gravidez. Quando eu fiz o pré-natal da minha primeira filha, só tinha a policlínica, mas eu ia, tenho as carteirinha e tudo. Agora da minha última filha eu fiz, comecei no Radio Clube, eu já tava com 3 meses, comecei a me acompanhar lá com a Dra. Soraia, aí eles me encaminharam pra cá [USF Areia Branca], quando foi inaugurado. Ah, melhorou bastante, porque eu vim de lá pra cá, **lá é muito demorado, o pessoal é uma acomodação pra atender e uma passa na frente da outra. Aqui não, as coisa é certa, eles dão preferência pras grávida, as agente de saúde sempre dão atenção pras grávida. Eu sei por que eu era mais paparicada do que tudo. Então, foi assim, foi um tratamento muito bom, sabe, com elas. Igual eu falei, policlínica é ótimo também, só que aqui é bem melhor, num tem o que falar, Saúde da Família é muito melhor, num tem o que dizer. Até pra marcar também tá sendo mais rápido.** Agora naquele tempo da policlínica, nossa, tu ia lá e num tinha agenda, tu tinha que passar mal lá, tinha que ir pro hospital. Quantas vezes eu ia lá e não tinha a doutora, entendeu, quando eu ia no clínico, antes de eu passar no NAPS eu passei no clínico porque eu comecei a ter coisa na minha cabeça, então, nossa, foi uma demora, foi uma demora. Então, lá era bom, mas as vezes a agenda num tinha médico ou o médico tava de licença, ou se não a agenda num abre hoje, abre só na semana que vem, então é outra coisa. **Aqui foi muito bom.**” (M3) [nutriz]*

Em estudo realizado por Gonçalves *et al* (2008), o pré-natal foi realizado por todas as mulheres atendidas pelo PSF, não havendo casos de abandono no acompanhamento da gestação. Esses achados permitiram destacar as especificidades do modelo de assistência preconizado pelo PSF, no qual o cuidado é, usualmente, prestado pelos mesmos profissionais a cada oportunidade de contato da usuária com o serviço de saúde. Esta característica proporciona, no caso das gestantes, a segurança desejada e necessária no transcorrer da gravidez. Neste contexto, Gonçalves *et al* afirmam que a oferta do cuidado individualizado às

usuárias dos serviços de saúde pode representar uma motivação da sua preferência pelo modelo de assistência oferecido pelo PSF.

Programa Bolsa Família

4. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Neste capítulo é abordado um breve histórico dos programas de transferência de renda no Brasil, o PBF no município de Santos e o Programa Nossa Família, um programa local. Especial atenção será dada às condicionalidades da saúde que o PBF envolve.

4.1 UM BREVE HISTÓRICO DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO BRASIL

No Brasil, o debate sobre instituição de Programas de Transferência de Renda começa a fazer parte da agenda pública a partir de 1991, quando foi apresentado e aprovado, no Senado Federal, o Projeto de Lei n. 80/1991 do senador petista Eduardo Suplicy, propondo o Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM). (SILVA, 2007; SILVA *et al*, 2006; SILVA, 2002)

Portanto o ano de 1991 pode ser considerado como o primeiro momento desse processo, marcado pelo início de um debate que se amplia nos anos seguintes. Ainda em 1991, o debate brasileiro sobre Renda Mínima começa a incorporar novos elementos, cuja inovação foi a introdução da ideia de articulação da educação com a garantia de uma renda mínima familiar (CAMARGO, 1991; CAMARGO, 1993; CAMARGO, 1995).

Neste momento surge e ganha força no debate o vínculo entre a transferência monetária (no caso equivalente a um salário mínimo) e a frequência escolar de crianças de sete a catorze anos matriculados em escola pública. O fundamento era instituir uma política social que a curto prazo, amenizasse a pobreza, e a médio e longo prazo quebrasse a reprodução intergeracional da mesma.

Em 1995, iniciaram-se experiências municipais em Campinas, em Ribeirão Preto e em Santos (SP) e em Brasília (DF), e a seguir outras experiências foram desenvolvidas em vários municípios e estados brasileiros. Em 2001, durante o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, já no seu segundo mandato (1999-2002), verificam-se a expansão dos programas reunidos em torno do Comunidade Solidária, vinculado ao governo federal, embora não de sua iniciativa, e

o desenvolvimento e a criação de novos, com destaque para o Bolsa Escola, o Bolsa Alimentação, e o Auxílio Gás, que serão unificados quando da criação do Programa Bolsa Família, em outubro de 2003, já no governo Luiz Inácio Lula da Silva. Aqueles programas foram implementados de modo desconcentrado e alcançaram uma abrangência geográfica significativa, passando a ser considerados, no discurso do então Presidente da República, o eixo central de uma “grande rede nacional de proteção social”.

É importante destacar também nesse momento a introdução no debate nacional da defesa pela instituição de uma Renda de Cidadania, destinada a todos os brasileiros, sem qualquer restrição. O início desse debate ocorreu com o livro do Senador Suplicy (SUPLICY, 2002), lançado pelo autor em várias cidades brasileiras, ocorrendo também a apresentação do Projeto de sua autoria ao Congresso Nacional, propondo a instituição de uma Renda Básica de Cidadania para todos os brasileiros e mesmo para estrangeiros residindo no Brasil há cinco ou mais anos (BRASIL, 2002a).

Já no ano de 2003, durante o primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o governo aponta para mudanças direcionadas para a construção de uma Política Pública de Transferência de Renda, de abrangência nacional. Nesse sentido, o novo governo indica como prioridade o enfrentamento da fome e da pobreza no país, entendendo que as Políticas Sociais são importantes mecanismos para enfrentamento da pobreza, desde que articuladas à Política Econômica.

Nesse contexto é criado o Programa Bolsa Família (PBF) através da medida provisória nº. 132 de 20 de outubro de 2003 (BRASIL, 2003), transformando-se em 9 de janeiro de 2004 na Lei nº. 10.836 (BRASIL, 2004a) e, finalmente regulamentada pelo Decreto nº.5.209 de 17 de setembro de 2004 (BRASIL, 2004b)

No período que antecede a criação do Bolsa Família foram destacados alguns problemas: existência de programas concorrentes e sobrepostos nos seus objetivos e no seu público-alvo; ausência de uma coordenação geral dos programas, gerando desperdício de recursos; ausência de planejamento gerencial dos programas e dispersão de comando em diversos ministérios; orçamentos alocados insuficientes e o não alcance do público alvo conforme os critérios de elegibilidade dos programas (BRASIL, 2002b).

O Bolsa Família foi criado sob a justificativa de superar a situação identificada, ampliar recursos para os Programas de Transferência de Renda, elevar o valor monetário do benefício e melhor atender os usuários.

No início, a unificação se restringiu a quatro programas federais: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Vale Gás e Cartão Alimentação, integrando, depois, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, o que é disciplinado através da Portaria GM/MDS nº. 666/05 (BRASIL, 2005).

Além da transferência monetária, o Bolsa Família propõe o desenvolvimento de ações complementares na educação, saúde e trabalho. Isso para possibilitar que crianças e jovens de seis a quinze anos tenham acesso a escolas e a assistência à saúde; e os adultos da família, acesso à alfabetização, capacitação profissional, pequeno crédito, além de serem oferecidas ações de saúde para mulheres grávidas, objetivando integrar esforços para permitir a autonomização das famílias.

Os valores do benefício oferecido pelo Programa Bolsa Família variam atualmente de R\$22,00 (vinte e dois reais) a R\$200,00 (duzentos reais), de acordo com a renda mensal *per capita* da família e com o número de crianças e adolescentes de até 15 anos e de jovens de 16 e 17 anos. Hoje o PBF tem três tipos de benefícios: o Básico, o Variável e o Variável Vinculado ao Adolescente.

O Benefício Básico, de R\$ 68 (sessenta e oito reais), é oferecido às famílias consideradas extremamente pobres, aquelas com renda mensal de até R\$ 70 (setenta reais) por pessoa (pago às famílias mesmo que elas não tenham crianças, adolescentes ou jovens). Já o Benefício Variável, de R\$ 22,00 (vinte e dois reais), é pago às famílias pobres, aquelas com renda mensal de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) por pessoa, desde que tenham crianças e adolescentes de até 15 anos. Cada família pode receber até três benefícios variáveis, ou seja, até R\$ 66,00 (sessenta e seis reais). E o Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ), de R\$ 33,00 (trinta e três reais), beneficia a todas as famílias do Programa que tenham adolescentes de 16 e 17 anos frequentando a escola. Cada família pode receber até dois benefícios variáveis vinculados ao adolescente, ou seja, até R\$ 66,00 (sessenta e seis reais) (BRASIL, 2009b).

O Bolsa Família, considerado o maior Programa de Transferência de Renda no mundo, encontra-se ainda em implementação, e atendia em 2008 a 11.535.150 das 12.995.195 famílias estimadas como pobres (IBGE/PNAD 2006), o que representava 88,76% dessas famílias (Quadro 10).

Quadro 10 - Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Informações do Bolsa Família no Brasil (BRASIL, 2009a).

INFORMAÇÕES GERAIS	População Total	189.604.313
	Estimativa Famílias Pobres - Perfil Bolsa Família (PNAD 2006)	12.995.195
	Estimativa Famílias Pobres - Perfil Cadastro Único (PNAD 2006)	22.231.781
CADASTRO ÚNICO¹	Total de Famílias Cadastradas	18.799.124 (30/6/2009)
	Total de Famílias Cadastradas Perfil Bolsa Família*	16.432.889 (30/6/2009)
	Total de Famílias Cadastradas Perfil Cadastro Único**	17.959.345 (30/6/2009)
BENEFÍCIOS²	Número de Famílias Beneficiárias do Programa Bolsa Família	11.535.150 (07/2009)
<p>1 O CadÚnico é um instrumento de identificação e caracterização sócio-econômica das famílias brasileiras de baixa renda (aquelas com renda familiar per capita menor ou igual a meio salário mínimo). Dessa forma, o número de famílias cadastradas no CadÚnico é maior que a quantidade de famílias beneficiadas pelo PBF.</p> <p>2 Contemplam os benefícios liberados e bloqueados até o momento da geração da folha de pagamento, podendo não corresponder à situação mais recente dos benefícios.</p> <p>*Famílias com renda per capita mensal de até R\$ 137,00.</p> <p>**Famílias com renda per capita mensal de R\$ 232,50 (1/2 salário mínimo em 2008), incluídas o total de famílias cadastradas - perfil bolsa família.</p>		

O Programa pauta-se na articulação de três dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza:

- promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família;
- reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, por meio do cumprimento das condicionalidades, o que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações;
- coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do Bolsa Família consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza.

Um elemento fundamental do Programa Bolsa Família são as condicionalidades nas áreas da Educação, da Saúde e Assistência Social assumidos

pelas famílias que devem ser cumpridas pelos beneficiários para que possam receber o benefício mensal. São elas:

- **Educação:** frequência escolar mínima de 85% para crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos e mínima de 75% para adolescentes entre 16 e 17 anos.
- **Saúde:** acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento para crianças menores de 7 anos; e pré-natal das gestantes e acompanhamento das nutrizes na faixa etária de 14 a 44 anos.
- **Assistência Social:** frequência mínima de 85% da carga horária relativa aos serviços socioeducativos para crianças e adolescentes de até 15 anos em risco ou retiradas do trabalho infantil.

As condicionalidades do Programa Bolsa Família são, ao mesmo tempo, responsabilidades das famílias e do poder público. O objetivo delas não é punir as famílias, mas responsabilizar de forma conjunta os beneficiários e o poder público, que deve identificar os motivos do não-cumprimento das condicionalidades e implementar políticas públicas de acompanhamento para essas famílias (BRASIL, 2009b).

O acompanhamento das condicionalidades é realizado de forma conjunta pelos ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da Saúde e da Educação. Nos municípios, deve ser feito de forma articulada entre as áreas de Assistência Social, Saúde e Educação. Os objetivos do acompanhamento das condicionalidades são: monitorar o cumprimento dos compromissos pelas famílias beneficiárias, como determina a legislação do Programa; responsabilizar o poder público pela garantia de acesso aos serviços e pela busca ativa das famílias mais excluídas e vulneráveis; identificar, nos casos de não-cumprimento, as famílias em situação de maior vulnerabilidade, e orientar ações do poder público para o acompanhamento dessas famílias (BRASIL, 2009c).

As condicionalidades da saúde geram uma demanda de 9.690.559 famílias brasileiras para acompanhamento; porém apenas 4.341.016 são acompanhadas (44,80%). Já no estado de São Paulo, das 980.491 famílias para acompanhamento das condicionalidades na saúde, apenas 293.714 de fato são acompanhadas (29,96%), conforme Quadro 11 (BRASIL, 2009d).

Quadro 11 – Percentual de cobertura com base nas famílias totalmente acompanhadas na saúde (BRASIL, 2009d).

Região	Famílias para Acompanhamento	Famílias Acompanhadas	Percentual de Acompanhamento
REGIÃO CENTRO-OESTE			
GOIÁS	242.950	101.224	41,66 %
MATO GROSSO DO SUL	99.812	33.678	33,74 %
MATO GROSSO	119.211	45.104	37,84 %
DISTRITO FEDERAL	31.714	6.841	21,57 %
Total da região	493.687	186.847	37,85 %
REGIÃO NORDESTE			
RIO GRANDE DO NORTE	258.244	150.949	58,45 %
MARANHÃO	641.399	291.496	45,45 %
CEARÁ	768.967	382.724	49,77 %
PARAÍBA	354.507	160.158	45,18 %
SERGIPE	160.111	86.597	54,09 %
ALAGOAS	310.647	133.624	43,01 %
PIAUÍ	309.259	167.517	54,17 %
BAHIA	1.217.773	651.571	53,51 %
PERNAMBUCO	782.759	395.611	50,54 %
Total da região	4.803.666	2.420.247	50,38 %
REGIÃO NORTE			
PARÁ	483.923	234.671	48,49 %
TOCANTINS	93.828	46.733	49,81 %
RONDÔNIA	89.530	38.602	43,12 %
AMAZONAS	205.073	94.292	45,98 %
AMAPÁ	36.705	10.784	29,38 %
ACRE	51.925	17.189	33,1 %
RORAIMA	31.987	17.061	53,34 %
Total da região	992.971	459.332	46,26 %
REGIÃO SUDESTE			
ESPIRITO SANTO	166.075	71.740	43,2 %
MINAS GERAIS	950.618	423.535	44,55 %
RIO DE JANEIRO	468.646	142.141	30,33 %
SÃO PAULO	980.491	293.714	29,96 %
Total da região	2.565.830	931.130	36,29 %
REGIÃO SUL			
SANTA CATARINA	121.762	47.397	38,93 %
RIO GRANDE DO SUL	347.247	124.404	35,83 %
PARANÁ	365.396	171.659	46,98 %
Total da região	834.405	343.460	41,16 %
Total geral	9.690.559	4.341.016	44,80 %

4.2 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM SANTOS

Santos aderiu ao PBF no dia 7 de novembro de 2005 e sua gestão é feita através do Secretaria de Assistência Social (SEAS), em conjunto com o Conselho Municipal de Assistência Social. O acompanhamento das famílias beneficiárias e o cadastro de novas famílias são realizados através dos CRAS (Centros de Referência da Assistência Social).

Através do quadro abaixo (Quadro 12) pode-se observar que em Santos, das 6.396 famílias pobres com o perfil Bolsa Família, 5.977 são de fato beneficiárias do PBF.

Quadro 12 - Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Informações do Bolsa Família em Santos (BRASIL, 2009a).

INFORMAÇÕES GERAIS	População Total do Município	417.518
	Estimativa Famílias Pobres Perfil Bolsa Família (PNAD 2006)	6.396
	Estimativa Famílias Pobres Perfil Cadastro Único (PNAD 2006)	15.680
	Data de Adesão	7/11/2005
	Gestão Municipal	
CADASTRO ÚNICO¹	Total de Famílias Cadastradas*	9.886 (30/6/2009)
	Total de Famílias Cadastradas - Perfil Bolsa Família**	7.814 (30/6/2009)
	Total de Famílias Cadastradas Habilitadas ao Bolsa Família***	671 (30/6/2009)
	Total de Famílias Cadastradas - Perfil Cadastro Único****	9.150 (30/6/2009)
	Número de Cadastros Válidos*****	9.133 (30/6/2009)
	Número de Cadastros Atualizados a Partir de 03/2005	8.743 (30/6/2009)
BENEFÍCIOS²	Número de Famílias Beneficiárias do Programa Bolsa Família	5.977 (07/2009)

1 O CadÚnico é um instrumento de identificação e caracterização sócio-econômica das famílias brasileiras de baixa renda (aquelas com renda familiar per capita menor ou igual a meio salário mínimo). Dessa forma, o número de famílias cadastradas no CadÚnico é maior que a quantidade de famílias beneficiadas pelo PBF.

2 Contemplam os benefícios liberados e bloqueados até o momento da geração da folha de pagamento, podendo não corresponder à situação mais recente dos benefícios.

*O total de famílias cadastradas poderá, conforme a legislação do CadÚnico, incluir famílias que tenham renda familiar per capita maior que meio salário mínimo (R\$ 232,50). Isso explica a possível diferença de valores entre o total de famílias cadastradas e o total de famílias com perfil Cadastro Único.

**Famílias com renda per capita mensal de até R\$ 137,00.

***Famílias elegíveis ao programa bolsa família que possuem informações cadastrais válidas e atualizadas, conforme consta na Portaria 341/2008.

****Famílias com renda per capita mensal de R\$ 232,50 (1/2 salário mínimo em 2008), incluídas o total de famílias cadastradas - perfil bolsa família.

*****Famílias que apresentam todos os campos obrigatórios do Formulário do Cadastro preenchidos integralmente por todos os membros. O responsável legal, de 16 anos ou mais, deve apresentar pelo menos um documento com controle de emissão nacional. (CPF e/ou título de eleitor)

A cada mês, cerca de 2 mil famílias são atendidas nos 11 CRAS da cidade, implementados nas zonas Leste e Noroeste, morros e área continental, e gerenciados pela SEAS. Para facilitar o acesso às unidades, que funcionam como portas de entrada para os programas sociais do município, a Prefeitura descentralizou o atendimento com a criação de seis novos núcleos nos bairros Caruara, São Manoel, Bom Retiro, Piratininga e morros São Bento e Nova Cintra.

Nos CRAS, que têm como objetivos fortalecer os vínculos familiares, comunitários e estimular as potencialidades dos usuários, assistentes sociais e psicólogos fazem o diagnóstico dos casos, e realizam os encaminhamentos necessários. Tal avaliação permite definir se o munícipe pode ser incluído nos programas municipais, como o Nossa Família e o Valorização do Jovem, ou ainda nos programas federais, como o Bolsa Família (CENTROS..., 2008).

As informações referentes ao cumprimento das condicionalidades da saúde, coletadas pelas USF e UBS, são encaminhadas à Coordenadoria da Criança e do Adolescente e só então são enviadas ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

4.3 O PROGRAMA NOSSA FAMÍLIA

Além do PBF, os munícipes de Santos também contam com a possibilidade de serem beneficiários do Programa Nossa Família (PNF).

O objetivo do Programa Nossa Família é apoiar financeiramente as famílias com renda mensal *per capita* até R\$ 120,00 (cento e vinte reais), e que tenham filhos ou dependentes menores de 16 (dezesesseis) anos em situação de risco.

Considera-se em situação de risco a criança ou adolescente até dezesseis anos de idade que, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, não esteja sendo atendido nos seus direitos sociais básicos, com prejuízo do seu retorno e regular frequência à escola, bem como ao seu desenvolvimento físico, psíquico e social (Diário Oficial, 2003).

São beneficiárias do Programa Nossa Família as famílias que se enquadrem nas seguintes condições: tenham filhos e/ou dependentes menores de 16 (dezesesseis) anos; tenham renda *per capita* até R\$ 120,00 (cento e vinte reais); residam há mais de 12 (doze) meses neste município; e comprovem que as crianças maiores de 7 (sete) anos e os adolescentes encontram-se matriculados em escola de ensino fundamental e ensino médio.

São excluídas do programa as famílias quando: prestarem declaração falsa ou usarem de meios ilícitos para ingressar no programa; os adolescentes completarem 16 (dezesesseis) anos; a renda familiar aumentar e ultrapassar o valor limite da renda familiar *per capita* para ingresso no programa, por três meses consecutivos; mudar para outro município; ou as crianças e adolescentes apresentarem 20% (vinte por cento) de faltas injustificadas, atestadas pela direção da unidade escolar.

O valor do benefício mensal concedido é de R\$ 120,00 (cento e vinte reais), para o único ou primeiro beneficiário da família e R\$ 60,00 (sessenta reais), para os demais beneficiários da família. Os benefícios mensais são limitados a R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) por família e são concedidos pelo prazo de 6 (seis) meses, prorrogáveis por dois períodos de 6 meses, consecutivos ou não, desde que não exceda o prazo total de 18 (dezoito) meses.

O benefício repassado à família pelo programa destina-se a impedir que seus filhos menores de 16 anos de idade deixem de frequentar a escola para

poderem trabalhar.

A família poderá utilizar o dinheiro recebido para fazer pequenos reparos na casa, melhorar as condições de higiene e de habitação, comprar máquinas, ferramentas e equipamentos de uso doméstico ou profissional, utensílios domésticos e tudo o mais que significar investimento na melhoria de condições de vida da família como um todo.

A Equipe de Família da Seção de Orientação, Apoio e Acompanhamento Familiar faz o acompanhamento de cada família, e se identificar a necessidade, apresentará um relatório à Comissão de Coordenação sugerindo a sua prorrogação por mais 6 meses (SANTOS, 1998).

O PNF conta atualmente com 767 beneficiários, que recebem bolsas de até R\$ 240,00, sendo que a responsabilidade da operacionalização do Programa é da Secretaria de Ação Comunitária e Cidadania, gestora da Política Municipal de Assistência Social (FESTA..., 2009).

4.4 PERCEPÇÃO DAS BENEFICIÁRIAS DO PBF SOBRE AS CONDICIONALIDADES

Todas as participantes da pesquisa são beneficiárias do PBF e por isso foram questionadas sobre quais seriam as condicionalidades do programa.

A primeira condicionalidade do PBF que é citada por 7 das 10 beneficiárias é a educação (frequência escolar), somente 3 mulheres falam primeiro da condicionalidade relacionada à saúde das crianças. Duas beneficiárias (M5 e M6) só falaram sobre uma condicionalidade do PBF relacionada à educação.

*“Eles tem que **tá frequentando a escola**, tem que tá **indo ao médico**.” (M1)*

*“As criança **num pode faltar na escola** [...] tem que **passar sempre na unidade de saúde**, procurar num faltar, né.” (M3)*

*“**Frequência escolar**, acompanhamento sempre no **médico**.” (M4)*

*“Criança tem que tá na **escola**.” (M5)*

*“**Tá estudando**, né... acho que só.” (M6)*

*“As **criança ir pra escola**, né, em dia. Se tá **indo no médico** em dia. São essas que eu sei.” (M7)*

*“A criança tem que **ir pra escola**, não pode ter muita falta. Se tiver criança que **passar no médico**.” (M10)*

*“Falamos que tem que tá **sempre eu indo ao médico** e o **meu esposo, meu filho** tem que tá sempre **indo às consultas**[...] E como ele não estuda, **tinha que tá indo à escola**, ele vai à creche, então ele sempre vai, ele não falta, só quando tá doente mesmo.” (M2)*

*“Eles exigem que **passa todo mês aqui** [na USF] [...] eles tem que **tá indo pra escola**” (M8)*

*“Tem que tá com a **vacinação em dia**, num pode ter 20% de **falta na escola**, essas coisa.” (M9)*

Quando analisamos apenas a área da saúde, a exigência que mais se repete é levar a criança ao médico, seguido das vacinas e verificação do peso da criança. A condicionalidade relacionada à mulher (pré-natal e acompanhamento de nutrízes) não apareceu de modo espontâneo.

*“Eles tem que tá **indo ao médico**, com a **vacinação em dia**, tudo em ordem. Tem que tratar da criança né. Eu acho que é isso, né.” (M1)*

*“Sinceramente quando eu fui fazer (o bolsa família) não falaram nada, mas eu sei pelo que as pessoas falam. Falam que tem que tá **sempre eu indo ao médico** e o **meu esposo, meu filho** tem que tá sempre indo às consultas, **vacinas**, tem que tá tudo regularizado” (M2)*

*“**Pesagem**, tem que **passar sempre na unidade de saúde**, procurar num faltor, né. Sempre tá em dia no mês. Todos os mês a gente passa. O importante é o que: a saúde, a pesagem, procurar fazer os exames dele direitinho e a escola, pelo que eu sei é assim.” (M3)*

*“Acompanhamento sempre no **médico** e a **carteirinha de vacinação em dia**.” (M4)*

*“Tá **indo no médico** em dia.” (M7)*

*“Eles exijam que **passa todo mês aqui pra tá pesando**, pra pesagem, tá dando **vacina certinho**, a carteira de vacina certinho das criança.” (M8)*

*“Tem que tá com a **vacinação em dia**.” (M9)*

*“Se tiver criança que passa no médico, **tem que todo mês ir no médico pesar**.” (M10)*

Apenas uma entrevistada citou como condicionalidade o cuidado da própria saúde.

*“[...] tem que tá **sempre eu indo ao médico** e o **meu esposo, meu filho** tem que tá sempre indo às consultas, **vacinas**, tem que tá tudo regularizado.” (M2)*

No geral as beneficiárias sabem da existência das condicionalidades, mas aparentemente não são informadas, quando da inscrição, pelas *meninas do Bolsa Família*. As entrevistadas demonstraram um maior conhecimento sobre a exigência de frequência escolar. A frequência aos serviços de saúde foi menos citada pelas entrevistadas.

“Sinceramente quando eu fui fazer [o bolsa família] não falaram nada, mas eu sei pelo que as pessoas falam.” (M2)

“Ah, pelo que eu sei, o importante é não faltar na escola. Eu acho, pelo menos foi o que me passaram, as menina do bolsa família.” (M3)

Estudo realizado por Pereira *et al* (2007) encontrou achados semelhantes.

Em sua pesquisa, apenas a metade das famílias beneficiárias do PBF respondeu afirmativamente quando questionadas sobre as condicionalidades, demonstrando grande desconhecimento sobre esta norma básica do programa.

Como no capítulo anterior, neste caso também encontramos a racionalidade do programa que, segundo a entrevistada, exige presença em *reuniões da família*, em contrapartida com a estratégia de vida dessas mulheres.

“Num é que todo mês eu vou na reunião, porque eu num vou, se não daí eu vou tá mentindo, porque geralmente quando eu to fazendo faxina é o dia da reunião, então eu não vou, mas eu conversei com a minha assistente social. Se eu não for é porque eu tô na faxina, tô arrumando emprego, tô atrás de emprego. Porque ela falou pra mim fazer curso, fazer isso, fazer aquilo, eu num posso falar que vou tá vindo na reunião da família, mas ela vai tá sempre informada.” (M3)

Durante o discurso das beneficiárias sobre as condicionalidades do PBF uma fala merece destaque:

“porque o bolsa família, eles vão ficar sabendo de tudo, a pesagem, se você tá indo, se você num tá indo, se você tá maltratando a criança. Tudo isso eles tão vendo.” (M3)

O comentário dessa mulher revela um sentimento de estar sendo vigiada, a percepção da existência de um mecanismo governamental superpoderoso capaz de seguir os passos dos beneficiários e puní-los em casos de desvios do “bom comportamento”.

Saúde da Mulher:
Direito ou obrigação?

5. SAÚDE DA MULHER: DIREITO OU OBRIGAÇÃO?

Todas as entrevistadas afirmaram *achar bom* a obrigatoriedade do pré-natal e do cuidado da saúde da criança como condicionalidades do PBF. O que varia, no entanto, são os motivos pelos quais apóiam a sua existência. Umas acham bom porque já fazem isso naturalmente; outras porque há mães (não elas) relaxadas com seus filhos; outras ainda porque é bom para elas mesmas, porque dá mais responsabilidade. E finalmente e absolutamente franca: porque se não fosse a condicionalidade, não cumpriria.

“Eu acho bom, porque eu mesma, num acho que seja bem por causa do bolsa família que eu cuido da saúde. Mas eu acho bom porque todos os anos eu faço tipagem neles (filhos). Não tem necessidade disso, mas eu faço, porque eu gosto de fazer.” (M1)

“Pra mim não é nem uma obrigação, acho que é um dever, porque a gente vai tá cuidando do filho, é nosso mesmo, é a saúde do meu filho. Eu acho bom, porque tem muitas mães que num tão nem aí, né. E pra não perder o dinheiro, acabam cuidando do filho pra não perder o benefício. O pré-natal não é obrigação pra mim, eu acho que tem que acompanhar, porque através do pré-natal você faz ultrassom, você fica sabendo como seu filho tá ali dentro, porque até então se você não fizer um pré-natal, se você não acompanhar, às vezes precisa tomar remédio, as vezes tem infecção.” (M2)

“Eu acho bom! Acho ótimo! Mas negócio de educação e a saúde eu tento não faltar com eles. Se faltar eu levo atestado. Eu tento fazer tudo certinho, entendeu. Eu procuro ter o máximo de cuidado com eles, porque eles são criança, então a gente tem que ter cuidado com eles. Então pra mim é ótimo, porque tem mãe que é muito relaxada, num vê a saúde da criança, deixa a criança cheia de pereba.” (M3)

“Eu acho bom, porque pelo menos a pessoa pensa que num pode deixar faltar nem na escola. Não pelo dinheiro, mas por eles, também, pra num perder, porque ela é da creche e ela também num falta. Eu acho legal, porque pelo menos a gente tem mais vontade de vim acompanhar.” (M4)

“Eu acho bom, porque pelo menos tá preocupado com a saúde da criança, com o futuro deles.” (M5)

“É bom pra nós mesmo” (M6)

“Acho legal tudo isso. É bom, tá acompanhando. Porque se dependesse de mim eu num ia não.” (M7)

“É bom, porque dá mais responsabilidade pra mim, ter um compromisso. Tem muitas mães que deixa de mão, não tem ninguém pra pegar no pé, só vai mesmo quando tá morrendo, ou então só quando precisa. Agora tendo ali uma responsabilidade pra cumprir, aí é melhor.” (M8)

“Eu acho certo, né. Eu que sou responsável por mim. Eu passo sempre no pediatra com eles.” (M9)

“Eu acho bom, porque é um benefício tão bom, esse dinheiro quando vem me ajudava pra caramba, porque eu recebia R\$132,00, e abaixou pra R\$30,00. É que minha filha de 17 anos pegou gravidez e abandonou a escola.” (M10)

A pesquisa de Pereira *et al* (2007) referenda os dados aqui presentes. Nela, as famílias que afirmaram conhecer o PBF, no geral, fizeram uma avaliação positiva sobre a existência das condicionalidades; somente 3,8% achavam que era “ruim” cumprir tais exigências.

Ao observar os resultados das mulheres de Areia Branca, percebe-se que do ponto de vista da saúde, a condicionalidade do PBF vem tendo aparentemente pouco impacto no aumento da adesão dessa clientela ao PSF, pesando de forma decisiva para tanto fatores relativos à instalação da USF (proximidade e rapidez no acesso) e o tratamento diferenciado às gestantes.

5.1 RESPONSABILIDADE EM SAÚDE: “Eu”

Pelas falas dos sujeitos entrevistados, a percepção da responsabilidade no cuidado à saúde pode ser reduzida a duas letras – ‘eu’, revelando com isso a distância entre o *direito* e a *saúde*. O Estado aparece apenas em uma dentre as dez falas, porém não como o responsável, mas como um fator de *ajuda* à pergunta sobre de quem é a responsabilidade da saúde.

“Dos pais e eu mesma.” (M1)

“Eu mesma, num é.” (M2)

“Nossa né. Da mãe. Eles (médicos) fazem o papel dele, mas a gente tem que fazer o nosso. Então isso aí é essencial.” (M3)

“É minha, né.” (M4)

“O médico é responsável pela saúde da gente e eu também sou responsável pela saúde.” (M5)

“É nossa responsabilidade cuidar de nós mesmo e de quem nos atender também.” (M6)

“Eu mesmo, né.” (M7)

“Eu mesma, né. Tem uma ajuda das enfermeira, o governo também ajuda, do jeito que pode ajudar, mas a responsabilidade é nossa também.” (M8)

“É minha, né. A responsabilidade é minha. E se eu num vim aqui eles num vão saber.” (M9)

“É eu, tem que ser eu, se eu não cuidar da minha saúde, quem que vai cuidar? Primeiro a saúde da gente.” (M10)

O *Eu* que aparece nas falas acima pode ser definido como as mulheres cuidadoras da saúde dos outros, e não do próprio corpo. O cuidado à saúde da mulher, neste caso, está ligado às relações sexuais, ao ter um parceiro, e não ao próprio corpo. Esse *Eu* é responsável pelo cumprimento das condicionalidades, principalmente quando relacionadas às crianças. As condicionalidades geram obrigações do *Eu* para com os *outros*.

As falas indicam uma valorização das mulheres, em termos da condicionalidade, do direito à saúde e à educação dos filhos, que deve ser garantido por elas, porém não para elas e sim para os outros.

Essas respostas também levam a dois tipos de considerações: primeiro, a existência de um alto grau de consciência, por parte desses sujeitos, de que elas têm que ter uma atitude pró-ativa no que diz respeito à sua saúde (do ponto de vista da busca de serviços de saúde). Segundo, que as ações do Estado (por elas mencionadas como de governo) são **ajudas, no que este puder ajudar**.

Nesse sentido é que a articulação entre o PSF e o PBF (e no caso específico, muito tangencialmente o PNF) apontam para o fato de que a presença das condicionalidades associada à lógica de funcionamento do PSF fazem com que a saúde, ou a frequência aos serviços de saúde, se configure muito mais como uma obrigação, quando referida aos programas, do que como um direito na percepção desses sujeitos. Um breve resumo dos resultados reforça essa conclusão: no campo da assistência, o PSF é reconhecido pela assistência que oferta, consultas, medicamentos, pouco se falando de exames complementares; pela atenção à família e porque *dá um apoio*; com o PSF, houve uma melhoria do acesso pela rapidez do atendimento e pela proximidade do equipamento, além do bom tratamento da equipe com relação aos usuários; os ACS, por sua vez, fazem o controle das consultas, fazem perguntas gerais sobre a saúde da família, orientam e dão conselhos. Mas quanto à saúde da mulher, todos os sujeitos referem-se à ida ao ginecologista e a realizar exames preventivos, estes no geral relacionados a uma vida sexual ativa. Quanto ao pré-natal chama a atenção que, com ou sem condicionalidade, todas – com uma única exceção – haviam feito.

Do lado do PBF, por sua vez, chama a atenção o fato de que nenhum dos sujeitos fez referência à condicionalidade da saúde da mulher, enquanto todas foram enfáticas ao mencionar as condicionalidades relativas às crianças (sendo que educação sempre em primeiro lugar), e somente uma relacionou o cuidado à saúde como abrangendo o homem também.

Mas o que mais chama atenção é que os dados reafirmam o já dito anteriormente: o EU refere-se à mulher cuidadora, responsável pelos direitos e pela observação das obrigações das condicionalidades “dos outros”, no caso as crianças. Pois é sua *obrigação* ser a cuidadora da saúde da família, não da sua saúde enquanto do seu corpo, mas da sua saúde enquanto reprodutora, e da saúde dos seus filhos, assim como da educação dos seus filhos, com a *ajuda* do Estado, percepção que ainda está distante da consciência dos direitos sociais básicos.

Assim, os dados desta pesquisa apontam para algumas evidências paradoxais. Com a instalação do PSF no bairro há a percepção por parte das beneficiárias do PBF de uma melhora significativa do atendimento à saúde, quer pela qualidade da relação equipe de saúde/clientela, quer pela maior proximidade dos serviços de saúde. Com isso, a condicionalidade do PBF relacionada à saúde feminina parece não ter um peso decisivo no aumento da demanda por esse tipo de atendimento, pois as mulheres já faziam pré-natal e exames de prevenção independentemente das condicionalidades; além disso, elas revelaram baixo grau conhecimento sobre as próprias condicionalidades na área da saúde relativas à saúde da mulher. Por outro lado, a busca pela saúde está sempre relacionada com o *outro*, principalmente com as crianças (filhos), ou quando *tem homem*, e essa busca ainda conta com um caráter de *obrigação*, pois se a condicionalidade não for cumprida, o benefício pode ser perdido.

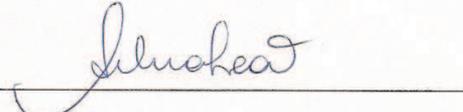
E de fato, de acordo com Monnerat et al (2007), a exigência de contrapartidas do Bolsa Família, desperta bastante polêmica. As pesquisadoras afirmam que:

A controvérsia aparece, por um lado, no reconhecimento de que as condicionalidades do programa têm um potencial de pressionar a demanda sobre os serviços de educação e saúde (...), por outro lado, se traduz na idéia de que à medida que o direito social é condicionado ao cumprimento de obrigações, podem ser ameaçados os princípios de cidadania (MONNERAT *et al*, 2007).

No caso específico desta pesquisa, há portanto fortes evidências de que nem o PSF nem o PBF vêm contribuindo para a construção da representação social da saúde como direito na realidade estudada.

ANEXOS

ANEXO A

 UNISANTOS Universidade Católica de Santos	
PROTOCOLO - ENTREGA DE PARECER APROVADO	
Processo nº 414-15-2009	Data: 11/02/2009
Nome do Pesquisador Responsável GABRIELA DO NASCIMENTO	
Título do Projeto Projeto de Pesquisa: A Estratégia Saúde da Família e a Saúde da Mulher – Estudo de uma experiência no município de Santos	
Parecer: APROVADO	Data: 09/06/2009
De acordo com a Resolução CNS 196/96, cabe ao pesquisador manter este Comitê informado sobre condução do estudo através do envio do relatório parcial ou final . Notificar eventos adversos, bem com eventuais emendas ou modificações no protocolo.	
Data Prevista para entrega de Relatório Parcial ou Final:	09 / 06 / 2010
Assinatura: (<input checked="" type="checkbox"/>) Pesquisador	
<input type="checkbox"/> _____ Anexar Procuração	
Assinatura do COMET:	
 _____	
Data da entrega do parecer:	<u>17 / 06 / 09</u>

ANEXO B**PREFEITURA DE SANTOS**

Secretaria de Saúde

AO PSF Areia Branca

A Coordenadoria de Formação Continuada em Saúde encaminha a pesquisadora Gabriela do Nascimento Braga mostrandia da Universidade Católica de Santos, a essa Unidade para realizarem a Pesquisa: "A estratégia Saúde da família e a Saúde da Mulher – um Estudo de uma experiência no Município de Santos".

O Pesquisador realizará questionário e entrevista, conforme consta em sua Proposta e se compromete a entregar os resultados, antes de sua publicação à esta Coordenadoria.

Colocamo-nos a inteira disposição para maiores esclarecimentos, através do telefone 3201 5608.

Atenciosamente,

Profª Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos
Assessora Pedagógica
COFORM/DEPRO/SMS

Dr Maria Ligia Lyra Pereira
Coordenadora de Formação Continuada
em Saúde –DEPRO/SMS

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Gabriela do Nascimento Braga, aluna de mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, onde estou fazendo uma pesquisa sobre se o Programa Saúde da Família facilita o acesso da mulher aos cuidados da saúde da mulher. Para chegar aos objetivos que defini, é muito importante sua participação nessa pesquisa, que é responder a umas perguntas que também serão feitas para outras mulheres cadastradas no PSF, como você.

Estamos entrevistando mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família e também no Programa Bolsa Família, porque este programa exige que as beneficiárias, para receberem o benefício, passem pelos serviços de saúde se forem gestantes ou estiverem amamentando.

Para que a gente possa conversar mais livremente, e eu não fique preocupada em escrever o que você está falando, para não me esquecer, peço que autorize que eu grave nossa conversa.

Seu nome e a sua voz não aparecerão em nenhum momento, sendo garantido seu anonimato, bem como a liberdade de você abandonar a sua participação em qualquer momento que achar necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Os resultados deste trabalho poderão trazer informações para melhorar o funcionamento dos dois programas do ponto de vista das necessidades de saúde das mulheres atendidas por eles. Assim, sua participação na pesquisa estará contribuindo de modo importante para isso.

Santos, de de 2009

Concordo em participar da entrevista.

Nome: _____

Nacionalidade: _____ Idade: _____ RG: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Assinatura da Entrevistada

Pesquisadora principal: Amélia Cohn
RG: 3052439-8
Telefone para contato: (13) 32055555

Pesquisadora: Gabriela do Nascimento Braga
RG: 25234002-4
Fone para contato: (13) 32260505

ANEXO D

Roteiro de Entrevista

Nome: _____

Idade: _____ anos Estado Civil: _____

Gestante? _____ Nutriz? _____ No. de Filhos: _____

Escolaridade: _____ Local de moradia: _____

Situação de Trabalho: _____ Renda: _____

Número de moradores: _____

Composição da família no domicílio: _____

- Há quanto tempo você está no PSF?
- Que tipo de assistência o PSF lhe dá? O que o PSF faz?
- Você ou outra mulher da casa faz prevenção das doenças da mulher?
- Você ou outra mulher da casa fez acompanhamento pré-natal? (antes e depois do PSF)
- Você ou outra mulher da casa já teve outros problemas típicos da mulher (sangramento, cólica, corrimento, etc.), o que fez? Onde foi atendida? Foi antes ou depois do PSF?
- O que melhorou e o que não melhorou para você com o PSF?
- O que faz os ACS nas visitas domiciliares?
- Quando você tem um problema de saúde que é só da mulher e não do homem, nem da criança, o que você faz? Para onde vai? O PSF lhe encaminha para algum serviço, ou você tem que procurar por você mesma?
- Sua família é beneficiária do PBF. Você conhece o que o Programa exige de sua família para receber o benefício? Na área da saúde a obrigação é a assistência à mulher gestante, nutriz e às crianças até 6 anos. O que você acha dessa obrigação?
- Procurar serviço de saúde e manter boa a saúde de cada um, isso é de responsabilidade de quem?

Referências

7. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Alessandra Coutinho Sousa; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v.17, n. 004, 2004. p. 163-169.

ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. **A Contracepção no Brasil 1980-1990**. Recife: SOS Corpo, 1991.

BRASIL. Decreto nº. 5.209 de 17 de setembro de 2004. **Regulamenta o Programa Bolsa Família**. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 20 Mar 2009.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da Comunidade. Programa de Saúde da Família. **Saúde dentro de casa**. Brasília: FNS, 1994.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **PACS. Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: FNS, 1993.

BRASIL. Lei nº. 10.836 de 9 de janeiro de 2004. **Institui o Programa Bolsa Família**. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>> Acesso em: 20 Mar 2009.

BRASIL. Medida provisória nº. 132 de 20 de outubro de 2003. **Cria o Bolsa Família**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 20 Mar 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Consolidado Histórico de Cobertura da Saúde Família – Competência Dezembro/2008**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 01 set 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. Portaria GM/MS nº. 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família: Benefícios e Condicionalidades**. Brasília, 2009b. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família: Acompanhamento das Condicionalidades**. Brasília, 2009c. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades>>. Acesso em: 19 jun. 2009.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Informações Bolsa Família**. Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria GM/MDS nº. 666 de 28 de dezembro de 2005. **Disciplina a integração entre Bolsa Família e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 20 Mar 2009.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Relatório Consolidado do Bolsa Família**. Percentual de Cobertura com base nas famílias totalmente acompanhadas na saúde. Brasília, 2009d. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Relatório de Governo de Transição sobre os Programas Sociais**. Brasília, 2002b.

BRASIL. Projeto de lei nº. 266 de 4 de dezembro de 2001. In: SUPLICY, Eduardo Matarazzo. **Renda de cidadania: a saída é pela porta**. São Paulo: Cortez/Perseu Abramo, 2002a.

BRASIL, República Federativa do. **Constituição Federal**. Artigos 6º. e 196. Brasília, 1988.

CAMARGO, José Marcio. Os miseráveis 2. **Folha de São Paulo**. 18 Mai. 1995.

CAMARGO, José Marcio. Os miseráveis. **Folha de São Paulo**: Caderno Finanças, Seção Econômica, São Paulo, p. 2, 3 Mar. 1993.

CAMARGO, José Marcio. Pobreza e garantia de renda mínima. **Folha de São Paulo**: Caderno Dinheiro, Seção Opinião Econômica, São Paulo, p.2, 26 Dez. 1991.

CENTROS de Referência de Assistência Social ampliam acesso a serviços. **Notícia do Diário Oficial de Santos**. Santos, 12 ago. 2008. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/cgi-bin/comunicacao>>. Acesso em: 02 ago. 2009.

COHN, Amélia; NAKAMURA, Eunice; COHN, Clarice. O Programa de Saúde da Família entre o Público e o Privado. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M.; IBAÑEZ, Nelson (Org.). **Proteção Social. Dilemas e Desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 168-185.

CORRADI, Ezia Maria. *et al.* O Programa Saúde da Família sob a ótica da comunidade. **Cadernos da Escola de Saúde – Enfermagem**. Curitiba, 2008.

CORREA, S. O.; PIOLA, Sérgio Francisco. **Balanco 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, A. M. **Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil**. Brasília: NESP; CEAM; UnB, 1999.

DIÁRIO OFICIAL DE SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Lei n.º 2.138 de 29 de setembro de 2003 reformula o programa instituído através da lei n.º 1.416, de 4 de outubro de 1995 e altera a denominação para “Programa Nossa Família”. Santos, 2003.

ESPECIAL: Nos Trilhos da Linha 1. **Notícia do Diário Oficial de Santos**. Santos, 26 ago. 2005. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/cgi-bin/comunicacao>>. Acesso em: 02 ago. 2009.

FESTA do Programa Nossa Família acontece domingo. **Notícia do Diário Oficial de Santos**. Santos, 16 jan. 2009. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/cgi-bin/comunicacao>>. Acesso em: 02 ago. 2009.

FONTANA, Andrea; FREY, James H. Interviewing: the art of science. In: DENZIN, Norma K.; LINCOLN, Yvonna. **Handbook of qualitative research**. London: SAGE Publications, 1994. p.361-376.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan. 2008 . Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 25 Fev. 2009.

GONÇALVES, Roselane et al . Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, June 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 Out. 2009.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos**. Porto Alegre: EDUCS, 2003.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, fev. 2004 . Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 out. 2009.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: _____. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. p.25-44.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo:Veras Editora, 1999.

MATAMALA, Maria Isabel et al. **Calidad de la atención, género: salud reproductiva de las mujeres**. Santiago: Ed. do autor; COMUSAMS; ACHNU, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MONDIN, Leda. Histórias e Lendas de Santos – Seu Bairro. Areia Branca nasceu de uma invasão. *Jornal Eletrônico Novo Milênio*. Santos, 26 ago. 1982 Disponível em: <<http://www.novomilenio.inf.br/santos>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

MONNERAT, Giselle Lavinias et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, Dez. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 out. 2009.

MULHERES recebem atenção especial da prefeitura. **Notícia do Diário Oficial de Santos**. Santos, 05 mar 2009. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/cgi-bin/comunicacao>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

NOVO Pronto-Socorro oferecerá mais conforto e atendimento humanizado. **Notícia do Diário Oficial de Santos**. Santos, 25 abr. 2006. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/cgi-bin/comunicacao>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

OLIVEIRA, Michele Mandagará de; PINTO, Ione Carvalho. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 7, n.1, Mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 out. 2009.

OMS/UNICEF – Organização Mundial de Saúde e Fundo Internacional para a Infância. Alma Ata, 1978. **Cuidados primários de saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma Ata, 6-12 de setembro de 1978, Rússia. Brasília: Unicef, 1979.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais, in ROUQUAIROL, Maria Zélia e ALMEIDA FILHO, N., **Epidemiologia & Saúde**. 5ª ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-487.

PEREIRA, Lucélia Luiz *et al.* **Efeitos do Programa Bolsa Família nas condições de vida de beneficiários em municípios de muito baixo IDH**. 2007. Disponível em <<http://www.undp-povertycentre.org/publications/mds/33M.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2009.

SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Disponível em: <<http://www.investsantos.com.br/bairros>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria de Ação Comunitária e Cidadania. **Nossa Família: um programa de incentivo à convivência familiar e comunitária**. Santos, 1998.

SAÚDE da Família aproxima atendimento da população. **Notícia do Diário Oficial de Santos**. Santos, 27 jul. 2009. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/cgi-bin/comunicacao>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

SAÚDE da Família: Estratégia começa a ser avaliada. **Notícia do Diário Oficial de Santos**. Santos, 14 nov. 2008. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/cgi-bin/comunicacao>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

SCHWARTZ, Talita Dourado. *et al.* **Estratégia Saúde da Família**: Avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da unidade de saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória/ES. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. A política social no século XX: redirecionamento rumo aos programas de transferência de renda. In: CARVALHO, DB de; SOUSA, NH de; DEMO P. **Novos paradigmas da política social**. Brasília: UnB, 2002. p. 355-382.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, Dec. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 Abr. 2009.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; YAZBEK, Maria Carmelita; GIOVANNI, Geraldo Di. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SMS cria oito novos ambulatórios no Instituto da Mulher. **Notícia do Diário Oficial de Santos**. Santos, 04 mar 2005. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/cgi-bin/comunicacao>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

SOUZA, H.M. e SAMPAIO, L.F.R. Atenção Básica: política, diretrizes e modelos coletâneos no Brasil, in NEGRI, B., FARIÁ, R. e VIANA, A.L. d'Á (orgs.), **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2002, pp. 9-32.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco/Brasil, Ministério da Saúde, 2002.

SUPLICY, Eduardo Matarazzo. **Renda de cidadania: a saída é pela porta.** São Paulo: Cortez/Perseu Abramo, 2002.

UNIDADE de Saúde da Família da Areia Branca será entregue. **Notícia do Diário Oficial de Santos.** Santos, 25 jun. 2008. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/cgi-bin/comunicacao>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e pólos de educação permanente no Estado de São Paulo. **Cadernos de Atenção Básica.** Estudos Avaliativos 4. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. São Paulo, 2008.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care. Genebra: WHO, 1978.

ZONA NOROESTE completa 24 anos e não pára de crescer. **Notícia do Diário Oficial de Santos.** Santos, 24 ago. 2000. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/cgi-bin/comunicacao>>. Acesso em: 02 ago. 2009.