

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM  
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL - UAB  
CAMPUS DE PALMEIRA DAS MISSÕES  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

Vanessa Zobel

**PARTICIPAÇÃO POPULAR E AVANÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
NOS ANOS 90 EM SANTA ROSA/RS**

Três de Maio, RS  
2018

Vanessa Zobel

**PARTICIPAÇÃO POPULAR E AVANÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE NOS ANOS 90 EM SANTA ROSA/RS**

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (EaD), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Darielli Gindri Resta Fontana

Três de Maio, RS

2018

**Vanessa Zobel**

**PARTICIPAÇÃO POPULAR E AVANÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS ANOS 90 EM SANTA ROSA/RS**

Artigo de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (EaD), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

**Aprovado em (30) de (Junho) de 2018.**

---

**Darielli Gindri Resta Fontana, Dra. (UFRGS)**  
(Presidente/Orientador)

---

**Fernanda Sarturi, Dra. (UFMS)**

---

**Luíz Anildo Anacleto da Silva, Dr. (UFSM)**

Três de Maio, RS

2018

## RESUMO

### **PARTICIPAÇÃO POPULAR E AVANÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS ANOS 90 EM SANTA ROSA/RS**

AUTORA: Vanessa Zobel

ORIENTADORA: Darielli Gindri Resta Fontana

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa lugar central no sistema de saúde brasileiro. O objetivo do estudo é de analisar a partir dos registros do Conselho Municipal de Saúde (CMS) aspectos relevantes do controle social, da gestão do sistema de saúde e de compreender a trajetória da criação da APS do município de Santa Rosa/RS, na década de 90. Adotou-se a pesquisa documental com foco nas atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS e relatórios das Conferências Municipais de Saúde. Os resultados apontam uma consistente evolução do sistema de saúde, bem como o alinhamento da gestão local de saúde com a legislação federal, oportunizando a organização do sistema de saúde local a partir da municipalização da saúde. Houve a caracterização da gestão semiplena e após, da gestão plena, direcionando a política municipal de saúde através das redes de atenção à saúde mantendo a APS como gerenciadora do cuidado. Identificou-se a capacidade gerencial fundamentada e efetivada pela participação da comunidade em diversos espaços, especialmente no CMS e nas Conferências Municipais de Saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Controle Social. Sistema de Saúde. Políticas Públicas.

## ABSTRACT

### POPULAR PARTICIPATION AND ADVANCES IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE 1990s AT SANTA ROSA/RS (BRAZIL)

AUTHOR: Vanessa Zobel

ADVISOR: Darielli Gindri Resta Fontana

The Primary Health Care occupies central place in the Brazilian health system. The objective of this study is to analyze in the records of the Municipal Health Council (CMS) relevant aspects of social control, health system management and also understand the trajectory of the creation of Primary Health Care in the city of Santa Rosa / RS (Brazil) in the 1990s. Documentary research focused on the minutes of ordinary and extraordinary meetings of the Municipal Health Council and the reports of the Municipal Health Conferences. The results point to a consistent evolution of the health system, as well as the alignment of the local health management with the federal legislation, allowing the organization of the local health system from the municipalization of health. There was the characterization of the semi-full management and after the full management, directing the municipal health policy through the networks of health care, maintaining the Primary Health Care as care manager. It was identified the managerial capacity founded and effected by the participation of the community in several spaces, especially in the Municipal Health Council and in the Municipal Health Conferences.

**Keywords:** Primary Health Care. Social Control. Health System. Public Policies.

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos observa-se esforços para ampliar as ações e serviços de saúde à população. Um importante marco para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) mundial foi a publicação da Declaração de Alma Ata no ano de 1978, a qual defendia a APS centrada no cuidado da saúde coletiva (ARANTES et al. 2016). O Brasil inserido neste contexto baseou-se nos fundamentos e concepções de Starfield (2002), definindo a APS como estratégia de reorientação do sistema de saúde por ser considerada o primeiro nível de contato dos usuários aos serviços de saúde. Essa abordagem propôs uma compreensão ampliada do processo de saúde que inclui o cuidado integral, atualmente configurado nas linhas de cuidado das redes de atenção à saúde.

Um marco importante na organização da atenção à saúde ocorreu nos anos 90, dando início aos primeiros movimentos em direção ao acesso à saúde para toda a população garantindo desta forma a igualdade e equidade, na busca da promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da organização e o funcionamento dos serviços com a previsão legal da participação efetiva da comunidade. A partir deste movimento, governo, trabalhadores e atores sociais envolvidos com o setor de saúde passam a constituir espaços de gestão compartilhada, efetivando assim, o controle social através da participação e criação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde de acordo com as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS).

O que vem de encontro com o Artigo 196 da Constituição Federal (CF) de 1988 que afirma que:

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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Desta forma, é possível compreender o caráter de política de Estado (dever do Estado) e o princípio da universalidade (direito de todos). Ademais, é pertinente afirmar que a saúde é uma política social e intersetorial, ou seja, será garantida

“mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos” (BRASIL, 1988).

Vale ressaltar, que além dos princípios/diretrizes (orientadores) que buscam garantir uma saúde universal, como equidade e integralidade, é importante destacar os seguintes princípios organizativos: descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade. Estes preconizam a garantia de que os serviços sejam organizados em níveis crescentes de complexidade, conhecendo a população a ser atendida desde que seja articulado entre os serviços que já existem visando o comando único dos mesmos, bem como distribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo, garantindo o controle e fiscalização por parte dos cidadãos por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, pois estas visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

A participação da comunidade e a descentralização político-administrativa constituem as principais diretrizes do Sistema Público de Saúde, contribuindo para aprofundar a democratização do país. O fortalecimento da sociedade a nível local e o surgimento de novos espaços institucionais de participação social podem possibilitar uma maior eficiência da gestão pública.

Frente ao exposto este estudo trata-se de uma pesquisa documental a partir dos registros do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Santa Rosa e tem como objetivo identificar aspectos relevantes, bem como de compreender a trajetória da criação da APS, do controle social e da gestão do sistema de saúde do município de Santa Rosa localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, na década de 90.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho tem como fonte de coleta de dados as atas do CMS e relatórios das Conferências Municipais de Saúde do município de Santa Rosa que localiza-se na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, possuindo uma extensão territorial de 489,79 Km<sup>2</sup>, distante 504 quilômetros da capital do Estado, formando juntamente com mais 20 (vinte) municípios a Região Fronteira Noroeste,

com uma população estimada de 72.753 habitantes. No que diz respeito aos aspectos de saúde, o município é sede da 14ª Coordenadoria de Saúde, e pertence com outros 21 (vinte e um) municípios à Região de Saúde Fronteira Noroeste (IBGE, 2017).

Para o desenvolvimento do estudo do sistema de saúde do município de Santa Rosa foi utilizado a pesquisa documental, onde foram consultados documentos conservados em arquivos de órgãos públicos, como atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS e relatórios das Conferências Municipais de Saúde no período de 1990 a 1999. O acesso aos documentos foram autorizados pelo CMS.

A técnica documental utilizada extraiu informações de documentos específicos e originais seguindo a cronologia em que ocorreram as reuniões e conferências do CMS. Foram utilizados dados estritamente provenientes dos documentos com o objetivo de extrair as informações neles contidas. Segundo Kripka; Scheller e Bonotto (2015), a pesquisa por meio de documentos constitui uma fonte estável e rica de onde o pesquisador poderá retirar evidências que fundamentam suas afirmações.

Para a execução da pesquisa, e fundamentação da mesma, em um primeiro momento foi realizada uma pré-análise dos documentos pesquisados e em seguida deu-se início a exploração do material e por final o tratamento de dados que possibilitou a inferência e interpretação dos dados na documentação pesquisada.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

No decorrer da pesquisa foi realizada a seleção de fragmentos que dizem respeito ao objeto do estudo, resultando em um quadro que obedece a cronologia dos acontecimentos. Os dados aqui representados contém as datas e principais categorias pesquisadas com a finalidade de trazer um melhor entendimento cronológico da história da Política Pública de Saúde do município de Santa Rosa/RS na década de 90.



**Quadro 1 - Documentos oficiais pesquisados e os avanços na Política Pública de Saúde do Município de Santa Rosa - RS**

<b>Ano</b>	<b>Avanços no Sistema de Saúde de Santa Rosa</b>	<b>Documentos Consultados</b>
1990	I Conferência Municipal de Saúde	Ata e Relatório da Conferência
1991	Plano Municipal de Saúde	Atas
	Acesso a saúde através do atendimento primário: atendimento médico, odontológico e visitas domiciliares	Atas
1992	Instalação do Conselho Municipal de Saúde pela lei 2.452 de 21/08/1992 e aprovação do regimento interno.	Atas
	Extinção do CIMS - Conselho Municipal Interinstitucional da Saúde.	Atas
		Atas
	II Conferência Municipal de Saúde	Ata e Relatório da Conferência
1993	Adesão Gestão Parcial	Atas
	Municipalização de Santa Rosa	Atas
	Criação do Fundo Municipal da Saúde	Atas
1994	Adesão Gestão Semi Plena	Atas
	Elaboração do Plano Municipal de Saúde	Atas
1995	Aprovação pelo CMS a criação da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR)	Atas
	Profissionais aprovados pelo Concurso Público para trabalhar em regime de 40 Hs com dedicação exclusiva	Atas
1996	Convênio com Instituto Ibero Latino Americano. Vinda de equipe multiprofissional de saúde de Cuba para desenvolver projeto piloto em medicina da família	Atas
1998	Adesão a Gestão Plena	Atas
1999	IV Conferência Municipal de Saúde	Ata e Relatório da Conferência

Para organização dos aspectos relevantes da trajetória de construção da APS em Santa Rosa/RS elegeu-se dois tópicos para serem apresentados e discutidos e que terão como subtítulo: A constituição do Sistema de Saúde de Santa Rosa/RS e O papel definidor do Controle Social.

### **a) A constituição do Sistema de Saúde de Santa Rosa/RS**

O município de Santa Rosa desenvolve, há mais de duas décadas, a efetivação de um modelo de atenção em saúde norteado pelos princípios e diretrizes do SUS com foco no fortalecimento da APS. Desta forma, a partir da análise dos documentos, foi possível identificar a relevância dos avanços no sistema de saúde local na década de 1990.

O sistema de saúde do município possui aspectos significativos no que diz respeito a seu processo de construção, fato este que justifica a pesquisa documental e o resgate histórico da trajetória da criação da APS, do controle social e da gestão do sistema de saúde.

Em julho do ano de 1990 foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde que teve como foco central a implantação do SUS e a efetivação do CMS. De acordo com a análise do relatório da referida conferência fica evidente a percepção e comprometimento dos agentes locais em efetivar a participação da comunidade nos processos decisórios.

Nos últimos anos é possível apontar na luta pela saúde pública, no Brasil, a visível atuação entrelaçada em rede. Os diferentes sujeitos sociais populares, tão diversos e amplamente distribuídos no território nacional, encontram lugar para efetivar a sua cidadania política e pôr em prática o ideal da participação da comunidade, nas definições em torno da política pública, através de um simples e eficiente sistema de atuação em rede. Esse sistema se opera por meio de conselhos, conferências, plenárias, fóruns e outros espaços que se articulam e se complementam entre si (CARVALHO, 2007, p. 17).

No ano de 1991 aconteceu a II Conferência Municipal de Saúde com o objetivo de discutir sobre a municipalização da saúde no município. No relatório da II conferência também ficou registrado o interesse da comunidade em reorganizar os serviços públicos de saúde a partir da perspectiva da prevenção, saneamento básico e melhorias das condições de vida em geral e fortalecimento do CMS. De acordo com os apontamentos dos grupos da conferência e propostas apresentadas conclui-se que todas as pessoas solicitaram acesso a saúde através do atendimento primário, atendimento médico, odontológico, de urgência e visitas domiciliares, ou seja, a solicitação dos cidadãos no que diz respeito ao acesso universal e gratuito a

serviços resolutivos de boa qualidade, bem como os serviços de profissionais especializados ficam evidentes.

Santa Rosa foi um dos primeiros municípios gaúchos a aderir a municipalização da saúde, criação do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e CMS, fatos estes que ocorreram nos anos de 1992 a 1994.

A participação da comunidade teve como marco histórico o dia 21 de agosto do ano de 1992 quando foi instituído o CMS pela Lei Municipal n° 2.452 e aprovado o seu Regimento Interno com eleição da mesa diretora. A criação do conselho foi o resultado de intensas mobilizações sociais presentes nas comunidades.

A municipalização da saúde ocorreu no ano de 1993 quando a gestão municipal aderiu ao modelo de gestão classificada do tipo Gestão Parcial a partir da Norma Operacional Básica (NOB), (BRASIL, 1993), definindo diferentes estágios de descentralização e competência para que o município pudesse gerenciar as ações básicas de saúde a nível federal, recebendo recursos financeiros de acordo com a prestação de serviços no que se refere a quantidade de procedimentos realizados.

Desta forma, para que houvesse municipalização foi frisado em reuniões do conselho que a partir de então aconteceriam significativas mudanças na saúde pois a responsabilidade passaria a ser do município. A partir da implantação da municipalização o município passa a ter o poder de gerenciamento e a responsabilidade de implantar este sistema municipal de saúde dentro dos princípios básicos, tornando-se assim um grande desafio.

Segundo Kashiwakura, Gonçalves e Silva (2016), no Brasil, a década de 90 foi marcada por significativas mudanças na política de APS e por grande investimento na ampliação de seu acesso. Tais transformações dizem respeito tanto pelas mudanças no arranjo federativo pós Constituição de 1988 e ao processo de descentralização. Sendo assim, o novo arranjo federativo na saúde compreendeu avanços no movimento de descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização, ou seja, a progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços de saúde a estados e principalmente a municípios.

O que vem de encontro com Paim (2008 apud Leão e Dallari 2016) quando diz que a NOB promoveu uma descentralização política, com a valorização dos

municípios e a previsão legal da municipalização da gestão em saúde, com o reconhecimento da diversidade de situações regionais. Avançou também na afirmação da participação popular e abriu possibilidades de novos modelos de assistência a saúde, na articulação entre estado e municípios.

Nos registros de 1993 foi enfatizado que a implantação do sistema seria de forma gradativa devido há necessidade de remanejamento de pessoal, como também a contratação de mais recursos humanos para suprir deficiências, pois muitos postos de saúde estavam fechados enquanto outros estavam funcionando precariamente. A partir de então os serviços passaram à ser organizados conforme previa o Plano Municipal de Saúde (PMS), elaborado no ano de 1994.

Ainda no ano de 1994 o município aderiu a Gestão Semiplena passando a receber a totalidade dos recursos do custeio hospitalar e ambulatorial, bem como a gerência do sistema de saúde a nível local. Os serviços básicos e a incorporação de serviços complementares como consultas especializadas, exame e acesso hospitalar as internações foram ampliados.

Desta forma, foi identificado nos documentos que com os avanços da municipalização a gestão local possibilitou a adoção de medidas visando aumentar o número de unidades de saúde com maior oferta de serviços no âmbito da rede básica, além de ampliar o número de profissionais para compor estas equipes e estimular a participação popular nos processos decisórios através do controle social. De acordo com os registros foi identificado pelos gestores a importância da contratação de pessoal com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, salário compatível e dedicação exclusiva. Sendo assim, a alternativa encontrada foi a criação da Fundação Municipal de Saúde.

No ano de 1995 foi aprovada pelo CMS a criação da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR), estrutura administrativa que equivale à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Lei Municipal nº. 2.912, de 27/12/95 (SANTA ROSA, 1995). Com isso, a instituição passou a gerir o sistema de saúde municipal, assumindo a formulação das políticas de saúde no âmbito local. Nesta forma administrativa o sistema de saúde local passou a ser responsável pelo planejamento, organização, execução, avaliação e controle das ações e serviços de saúde.

No ano de 1996 foi anunciado em reunião do conselho que o município firmou convênio com o Instituto Ibero Latino Americano da Saúde e do Trabalho. Este convênio viabilizou a vinda de uma equipe multidisciplinar de saúde de Cuba para o desenvolvimento de um projeto piloto em medicina da família no município.

Ainda em 1996 foi realizado concurso publico com a finalidade de constituir equipe multidisciplinar. Em reunião do conselho foi informado que os profissionais aprovados pelo concurso público seriam chamados para trabalhar em regime de 40 horas com dedicação exclusiva, distribuídos nas unidades de saúde visando ampliar e qualificar o atendimento da população.

A contratação de profissionais com dedicação exclusiva na APS, redirecionou a inserção dos profissionais no contexto do SUS, com a permanência dos técnicos 40 (quarenta) horas no serviço público houve a diminuição da rotatividade de profissionais, garantindo qualificação do sistema a partir do cuidado longitudinal e integral com estabelecimento de vínculos sólidos entre as equipes e os usuários. Estes ganhos ao sistema justificaram o aumento do aporte financeiro destinado às gratificações com repercussões positivas ao sistema.

Vale ressaltar, que em relação a APS, logo após a municipalização da saúde na realidade local, mesmo antes da proposição do Ministério da Saúde (MS) criar o Programa de Saúde da Família (PSF), em Santa Rosa foram criadas as equipes multiprofissionais com definição de território adscritos, protagonizado e apresentado ao CMS. A composição de equipes multiprofissionais para a APS tornou possível a implantação de um sistema de saúde público efetivo e resolutivo.

## **b) O papel definidor do Controle Social**

A expressão “controle social” designa o conjunto de ações de vigilância sobre o exercício dos direitos de cidadania, referindo-se às diferentes esferas que podem interferir sobre os mesmos: estado, organizações da sociedade civil, instituições da esfera privada. No contexto brasileiro, esse conceito passou a ser considerado como a possibilidade de ampliação da cidadania, principalmente relacionado à construção da democracia. A participação da população é fundamentada na universalização dos direitos sociais e na ampliação do conceito de

cidadania. A partir do controle social, os cidadãos podem fiscalizar a ação do Estado, exigindo que o governo preste contas sobre o uso dos recursos públicos.

O direito universal e igualitário começou a ser garantido no Brasil a partir de 1985, marcado pelo processo de reformas políticas e administrativas que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Este marco legal estabeleceu um novo conceito de saúde, passando a ser vista como “direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988). Em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, através das Leis 8080 (BRASIL 1990a) e 8142 (BRASIL 1990b), que criaram o SUS e instituíram a participação e controle social na gestão do sistema de saúde do país. Estes marcos regulatórios oportunizaram a normatização do sistema de saúde baseando-se, dentre outros, nos princípios da integralidade, descentralização e da participação popular, criando assim instrumentos para que a sociedade pudesse exercer o seu papel de participante e fiscalizadora das ações do Estado na busca do bem comum e do interesse público.

A construção coletiva a partir da participação da sociedade na definição das políticas de saúde constitui um princípio orientador do SUS. Esta participação contribui para a definição das Políticas Públicas de Saúde como deliberação das diretrizes municipais oportunizando assim o exercício da cidadania. As Conferências Municipais de Saúde buscam a participação paritária e democrática dos diversos segmentos da sociedade civil organizada, profissionais, gestores e prestadores (BRASIL, 1990c). São convocadas em períodos regulares, em cada esfera de governo e tem a finalidade de consultar representantes dos diferentes segmentos da sociedade sobre as demandas e necessidades em saúde segundo as regulamentações do SUS. O objetivo é definir as diretrizes para as Políticas Públicas do setor (CHAVES, EGRY, 2012).

No período da pesquisa aconteceu quatro Conferências Municipais. A primeira ocorreu no ano de 1990 onde teve como objetivo a implantação do SUS e questões relacionadas a herança do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) existentes em relação a este sistema pela pouca participação da sociedade.

A segunda aconteceu no ano de 1991 e suas deliberações consolidaram as discussões da primeira, com foco na municipalização da saúde e criação da lei para instituição do CMS, a elaboração de uma cartilha com orientações sobre municipalização, CMS e FMS. Também pautaram discussões sobre o acesso à saúde

através do atendimento primário e participação da comunidade na gerência do sistema.

Não foram encontrados registros da terceira conferência, porém a partir da observação do relatório final da quarta conferência ocorrida em 1999 foi possível identificar que os temas de cidadania e políticas públicas, gestão e organização dos serviços de saúde, controle social, financiamento da saúde, recursos humanos para a saúde, atendimento hospitalar e políticas ligadas ao saneamento, meio ambiente e vigilância sanitária foram as principais deliberações. Houve a introdução de novos conceitos com relação a Atenção Básica (AB) a qual foi passada a ser entendida como Atenção Integral a Saúde e o PSF passou a ser Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Ainda na pesquisa documental destas conferências foi possível identificar a crescente mobilização da comunidade sobre seu papel na definição das políticas públicas de saúde.

Segundo Rua (2009), o conselho constitui-se em um espaço de argumentação sobre (e de redefinição de) valores, normas e procedimentos, de formação de consensos, de transformação de preferências e de construção de identidades sociais. Têm poder de agenda e podem interferir, de forma significativa, nas ações e metas dos governos e em seus sistemas administrativos. No município, o conceito controle social começa a ser afirmado a partir de 1999 ano em que ocorreu a IV Conferência Municipal de Saúde, nesta conferência ficou evidente o avanço do entediamento no que diz respeito a importância da participação da população neste espaço, as deliberações encaminhadas foram: maior participação popular nas reuniões da comunidade; descentralização das reuniões ordinárias; o fomento dos conselhos locais; e a realização de capacitação para os conselheiros.

Desse modo, a efetivação do controle social por meio do envolvimento da comunidade nos processos de gestão através da participação ativa nas Conferências Municipais de Saúde contribui significativamente na conquista dos avanços nos processos de gestão da saúde no município.

A realização das conferências municipais de saúde tem contribuído para a democratização das decisões políticas a partir da definição das prioridades que emanam da comunidade e são fundamentais para ampliar as conquistas de novos direitos sociais objetivando diminuir as desigualdades. A partir da participação

social nas políticas públicas, os cidadãos são ouvidos no processo de tomada de decisão dos governantes, contribuindo para que essas políticas atendam ao interesse público.

A participação popular no município de Santa Rosa motivou o protagonismo na definição das políticas de saúde. Diante da pesquisa documental pode-se perceber que houve expressiva participação popular nas conferências de saúde.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. (BRASIL, 1990a, p. 01).

A partir da análise das atas outro marco histórico decisivo ao sistema de saúde de Santa Rosa identificada na pesquisa documental foi a constatação de que em fevereiro do ano de 1998 houve a aprovação pelos conselheiros da alteração de Gestão Semiplena para Gestão Plena. De acordo com os registros encontrados nas atas, a partir da aprovação da Gestão Plena os conselheiros trouxeram questionamentos sobre o Piso de Atenção Básica (PAB), bem como questionamentos sobre a ESF no que diz respeito a medicamentos e vigilância epidemiológica.

A implementação da ESF com requisitos e a proposta de ampliar a equipe multidisciplinar foi uma característica marcante do processo de qualificação do sistema de saúde local. A organização do plano de cargos carreiras e salários contribui significativamente para a valorização dos recursos humanos, ampliação da equipe, melhorando assim o acesso ao cuidado em saúde, voltado à integralidade da atenção com a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito.

A reestruturação física e ampliação das unidades de saúde fez-se necessária devido ao número reduzido e precário das estruturas físicas. Também as proposições populares registrados nas reuniões do CMS e conferências municipais direcionaram a ampliação dos recursos humanos nos anos 90 visando o fortalecimento da APS. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. A APS é o nível primário, primeiro contato da



população que é focado no indivíduo e que oferece continuidade ao longo do tempo, considerada como a principal estratégia para o alcance da promoção e assistência integral a saúde da população.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS, 2015) a APS possui como atributos essenciais como o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, bem como atributos derivados, que visam a focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Também cumpre os papéis de resolutividade, coordenação e responsabilização.

Na estrutura administrativa da FUMSSAR, o Departamento de Gestão da APS é o responsável por coordenar a articulação do nível básico da saúde no município. Nele as ESFs estão vinculadas. A ESF está organizada através das ações e serviços ofertadas à população a partir das necessidades identificadas, seguindo os princípios norteadores do SUS, com ênfase na promoção, prevenção, reabilitação da saúde e no acesso universal e gratuito. Atualmente, o município mantém 17 (dezessete) ESFs e abrange toda a população do município.

Observa-se consonância da política municipal de saúde construída a partir das bases populares com o que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) que atende os cuidados individuais e coletivos na perspectiva de Atenção Integral a Saúde. Inseridos no contexto da implantação das Políticas Públicas, os municípios brasileiros têm se tornado protagonistas de muitas das ações sociais, sendo gestor das iniciativas locais de saúde na busca da integralidade e acesso à população. A descentralização político administrativa tem responsabilizado a gestão do sistema de saúde municipal com a implicação de planejamento, execução e avaliação das políticas no âmbito local, em articulação com as demais esferas de governo (estadual e federal).

A integralidade se efetiva na organização das redes de serviços, o que vem de acordo com Cecílio quando o mesmo considera a integralidade da assistência:

“1) integralidade focalizada espaço de interação interdisciplinar no trabalho em equipe, busca a melhor resposta às necessidades de saúde; 2) integralidade ampliada (macropolítica) relacionada a interação dos diferentes níveis de complexidade. Considera-se que esta atividade oportunizou a produção de novos conhecimentos com o desenvolvimento de competências de educação e cuidado aplicáveis na sistematização de processos educacionais dos quais está inserida (CECÍLIO, 2001).

No contexto da APS, há a utilização de tecnologias de cuidado complexas e variadas que necessita de saúde tanto no contexto individual quanto no coletivo, identificadas pelo risco e vulnerabilidade. A clínica ampliada é a diretriz de atuação dos profissionais da saúde que consiste no trabalho interdisciplinar dos diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

A APS deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral corroborando com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Desta forma, fica claro que o sujeito é o foco da atenção primária, o que vem ao encontro com Mendes (2002), quando diz que: a atenção básica ao mesmo tempo deve servir de porta de entrada para um sistema de saúde hierarquizado, mas também constituir, no sistema, um nível próprio de atendimento, resolvendo necessidades que englobam demandas sanitárias de várias ordens, como a intervenção curativa individual, medidas tradicionais de saúde pública, como o saneamento do meio, o desenvolvimento nutricional, a vacinação, a profilaxia de doenças, até a atenção a problemas sanitários de forte caráter social, como violência, os transtornos mentais, o uso de drogas na adolescência, dentre outros.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os avanços das Políticas Públicas de saúde no Brasil tem sua efetivação a partir da CF de 1988 e dos marcos legais através das Leis 8080 e 8142 de 1990. A formulação do SUS tem como diferencial os processos democráticos de gestão com legitimidade da participação da comunidade.

No município de Santa Rosa nos anos 90, pode-se constatar o alinhamento da gestão local de saúde com a legislação federal o que oportunizou a organização do sistema de saúde local a partir da municipalização da saúde. No desenvolvimento

das atividades foi possível identificar a capacidade gerencial fundamentada e efetivada pela participação da comunidade em diversos espaços, especialmente no CMS e nas Conferências Municipais de Saúde.

Observou-se que nos anos 90, a gestão local de saúde partilhou espaços entre as proposições legais e as necessidades de saúde identificadas pela população. A participação popular ocorreu de forma direta e efetiva e possibilitou que temas como precariedade das estruturas físicas das Unidades de Saúde, seu número restrito, a insuficiência de profissionais para atender a população e trabalho interdisciplinar fossem determinantes na agenda de saúde com avanços na definição da APS como ordenadora do cuidado.

A análise documental realizada nesta pesquisa oportunizou conhecimento consistente sobre a construção e evolução do sistema de saúde do município de Santa Rosa. Houve a caracterização da Gestão Semiplena e após, da Gestão Plena, direcionando a política municipal de saúde através das redes de atenção à saúde mantendo a APS como gerenciadora do cuidado.

Portanto, considera-se que o presente estudo oferece subsídios em conhecer a realidade local de saúde de um município de médio porte, localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul a partir da ótica da participação popular e que na atualidade continua se destacando pela qualidade da gestão, pois conta com a participação da comunidade efetiva fortalecendo espaços democráticos.

Entende-se que a produção do conhecimento é um processo contínuo de busca. Cada nova investigação que se insere no nosso cotidiano complementa e/ou contesta contribuições anteriormente dadas ao estudo em questão.

Desta forma, considera-se importante que novas pesquisas nesta temática sejam elaboradas, de forma a permitir o conhecimento dos aspectos relevantes do sistema de saúde do município de Santa Rosa nos anos 2000.

## REFERÊNCIAS

ARANTES Luciano José, SHIMIZU Helena Eri; HAMANN Edgar Merchán. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1499-1509, 2016

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 08 abr.2018

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 10 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142**, de 24 de novembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 10 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **IBGE. Censo Demográfico, 2010.** Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 24 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica-SUS 01/93. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)>. Acesso em: 29 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 29 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei Municipal n° 2.452** de 21 de agosto de 1992. Conselho Municipal da Saúde.. Santa Rosa/RS.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** *Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada.* Brasília, DF, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CARVALHO. Gilson de Cássia Marques de. **Participação da comunidade na saúde/** Gilson de Cássia Marques de Carvalho. - Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007. 259 p.1.

CHAVES, M. N.; EGRY, E. Y. **Conferências Municipais de Saúde: o movimento social organizado na construção de intervenções em saúde.** *Rev. esc. enferm. USP* vol.46 no.6 São Paulo Dec. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000600020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600020)>. Acesso em: 04 abr. 2018

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** IN. PINHEIRO, R.; MATOS, R.

(org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2001, p 113 a 126.

CONASS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília: CONASS, 2015.

KASHIWAKURA, H. K.; GONÇALVES, A. O.; SILVA, R. M. P.; **Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal.** Revista Saúde Debate. Rio de Janeiro. V. 40. N. 111. P. 49-62. OUT-DEZ 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000400049&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400049&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 05 mar. 2018.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L.; **Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa.** Investigação Qualitativa em Educação//Volume 2. Atas CIAIQ2015. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

LEÃO, T. M.; DALLARI, S.G. **O poder normativo das comissões intergestoras bipartite e a efetividade de suas normas.** R. Dir. sanit., São Paulo v.17 n.1, p. 38-53, jun. 2016.

RUA, Graças, Maria. **Políticas públicas.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.