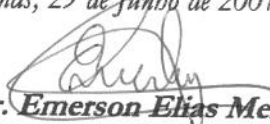


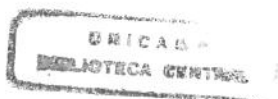
*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 29 de Junho de 2001.


Prof. Dr. Emerson Elias Methy
Orientador

CARTAS SANITÁRIAS:
um instrumento para o processo de
planejamento participativo e de gestão
estratégica
de Serviços Básicos de Saúde

ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS REIS



UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

CARTAS SANITÁRIAS:
um instrumento para o processo de
planejamento participativo e de gestão
estratégica
de Serviços Básicos de Saúde

ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS REIS

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do
título de **Mestre** em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR:

PROF.DR. EMERSON ELIAS MERHY

Campinas

2001

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

R277c

Reis, Ademar Arthur Chioro dos

Carta sanitárias: um instrumento para o processo de planejamento participativo e de gestão estratégica de serviços básicos de saúde / Ademar Arthur Chioro dos Reis. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Emerson Elias Merhy

Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

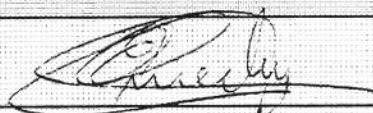
1. Política de Saúde- Brasil. 2. Saúde Pública - Brasil. 3. Serviços de Saúde. 4. Saúde – Planejamento. I. Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

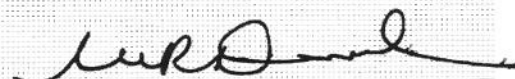
1. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy



2. Prof. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias



3. Profa. Dra. Maria Rita de Camargo Donalisio



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

Data: 29/06/2001

DEDICATÓRIA

À Rose, esposa, amiga e companheira a quem tanto amo e admiro, pelo carinho, compreensão, apoio, renúncia, incentivo e afinidade de projetos e ideais que vêm sendo compartilhados ao longo de nossas existências.

Aos nossos filhos – Rafael, André, Leonardo e Victor - que foram surgindo em minha vida ao mesmo tempo em que foi se dando o processo de construção desta dissertação e para os quais gostaria de construir (ou pelo menos ajudar a construir) um mundo melhor.

A Edson José de Almeida, Eliane Regis de Almeida e à pequena Laís, que partiram tão precocemente ...

E, por fim,

Aos socialistas, humanistas, sanitaristas, anarquistas e outros ... *“istas”*, que ainda acreditam na construção de uma sociedade justa, solidária, fraterna e democrática.

Um mundo de paz, prosperidade, amor, felicidade e saúde:
para todos!

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Emerson Merhy, pela inesgotável paciência (e por ter acreditado que “esqueletos escondidos no armário” merecem uma derradeira oportunidade). Mas, acima de tudo, pela competência, dedicação e compromisso com a construção de uma política pública de saúde *em defesa da vida*, motivos pelos quais o tomei como eixo referencial para a construção da minha dissertação.

Aos meus pais, Ademar e Sirléia, por todo o amor e dedicação e em reconhecimento à formação íntegra que me deram, calcada na simplicidade, coerência e honestidade.

Aos professores Maria Rita de Camargo Donalisio, Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Pedro Dimitrov, docentes da área de Saúde Coletiva que compuseram as Bancas Examinadora e de Qualificação e que me deram a honra de aprender com suas críticas e sugestões.

Aos docentes do Departamento de Medicina em Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas de Botucatu/UNESP e do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-UNICAMP, a quem devo minha formação teórica como médico sanitário e especialista em planejamento em saúde.

A dois *gigantes* da Saúde Pública em nosso país, a quem devo um especial agradecimento pela contribuição e influência na minha formação prática como médico sanitário e gestor municipal de saúde: David Capistrano da Costa Filho (*in memoriam*) e Gilson de Cássia Marques Carvalho.

Aos companheiros da CONSAUDE, Alfredo Scaff, Marcos Calvo e Fran Bernal, equipe que protagonizou comigo as experiências aqui analisadas, pela oportunidade de refletir coletivamente e buscar alternativas para a reestruturação das secretarias municipais de saúde.

Aos usuários, trabalhadores da saúde e gestores das secretarias municipais de saúde de Botucatu, Santos, São Vicente, Rio Claro, Marília, Assis, Lins, Ribeirão Pires, São Manuel, Porto Feliz, Franca, Barra Mansa e do Estado do Amapá, sujeitos sociais a quem devo em grande parte as reflexões contidas neste estudo.

Aos meus queridos irmãos, Sandra Lia e Marco Aurélio, e cunhados, Denise, Beto, Eduardo, Ana, Sandra Regis, Néelson e Jean, que tanto amo e que sempre me estimularam a lutar pelos meus (nossos) ideais.

Aos amigos do CEAK e do CPDOC, pelo estímulo.

À Rose, Sandra Regis, Jeison, Patrícia Grijó e Kátia, pela revisão do original e apoio operacional.

A Leoci, anjo da guarda dos pós-graduandos do Departamento, pela dedicação e apoio.

E, por fim, um agradecimento especial ao Alfredo Scaff, companheiro de jornada (das boas e também das mais difíceis), com quem discuti cada passo da dissertação e venho tentando criar e escrever coisas novas – inclusive Cartas Sanitárias - para a gestão de serviços de saúde e o ensino de Saúde Coletiva, pois sem o seu apoio e incentivo não teria concluído desta etapa.

SUMÁRIO

RESUMO.....	1
LISTA DE ABREVIATURAS:.....	3
1 INTRODUÇÃO	7
2 MARCOS HISTÓRICOS, TEÓRICOS E CONCEITUAIS.....	19
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	85
4 OS PROBLEMAS ENFRENTADOS PELA REDE BÁSICA: REPRESENTAÇÃO DE UM DETERMINADO MODELO TECNO- ASSISTENCIAL	101
5 UMA AGENDA PARA A REESTRUTURAÇÃO DO MODELO TECNO- ASSISTENCIAL DA REDE BÁSICA	135
6 CARTAS SANITÁRIAS: UMA TECNOLOGIA INOVADORA DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E GESTÃO ESTRATÉGICA	181
7 CONCLUSÕES	209
SUMMARY	221
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	223

RESUMO

Reis AAC. Cartas Sanitárias: um instrumento para o processo de planejamento participativo e de gestão estratégica de Serviços Básicos de Saúde. Campinas; 2001. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].

A partir da análise do contexto histórico onde se dá a formulação das políticas de saúde e as relações Estado/classes sociais, procurou-se compreender os fatores determinantes na configuração do modelo tecno-assistencial praticado pela rede pública de serviços básicos de saúde. Tomando como elemento de referência a *práxis* profissional na qual está inserido o autor em sua militância sócio-política na área de Saúde Coletiva e na gestão de sistemas locais de saúde, a investigação de dez secretarias municipais de saúde e a análise das principais características da rede em todo o país, foi possível identificar os contornos tecno-assistenciais assumidos pelos serviços básicos nos últimos anos e o quanto continua sendo difícil romper com o modelo hegemônico, redirecionar seu enfoque (*hospitalocêntrico*) e redesenhar novos papéis. A partir de uma das matrizes ideológicas estudadas, denominada *transformadora* por MERHY (1997), delinearam-se diretrizes que devem ser assumidas pela rede básica, se, de fato, for empreendida a implementação de um novo modelo tecno-assistencial, *em defesa da vida*. Um instrumento de planejamento participativo e gestão estratégica, denominado pelo autor “*Cartas Sanitárias*”, que permite envolver, democraticamente e solidariamente, os diferentes sujeitos sociais no processo de construção do SUS em âmbito local (gestores, trabalhadores da saúde e comunidade), foi proposto, num esforço para elaborar e implementar, para cada unidade básica de saúde, uma nova maneira de identificar necessidades, definir prioridades e, dessa forma, planejar, organizar, gerir e avaliar serviços. As Cartas Sanitárias, na perspectiva proposta neste estudo, constituem-se numa estratégia contida num processo mais amplo de transformação do modelo tecno-assistencial para a rede básica de saúde, capaz de interferir na qualidade de vida e reafirmar o compromisso dos serviços com o cuidado individual e a saúde coletiva, a partir das necessidades e da realidade de cada comunidade.

LISTA DE ABREVIATURAS:

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
ACS – Agente(s) Comunitário(s) de Saúde.
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
AIH – Autorização de Internação Hospitalar.
AIS – Ações Integradas de Saúde.
AP – Estado do Amapá.
BIRD – Banco Interamericano de Desenvolvimento.
CAP – Caixas de Assistência e Pecúlio.
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde.
CDC – Centro de Controle de Doenças de Atlanta (EUA).
CLS – Conselho(s) Local(is) de Saúde.
CNS – Conferência Nacional de Saúde.
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.
CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária.
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado.
COSIPA – Companhia Siderúrgica Nacional.
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira.
CUT – Central Única dos Trabalhadores.
DATA-SUS – Sistema de Dados do Ministério da Saúde.
EPIINFO – Software de Epidemiologia de domínio público (CDC-Atlanta).
ES – Estado do Espírito Santo.
EUA – Estados Unidos da América.
FAA – Fichas de Atendimento Ambulatorial.
FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília.
FAS – Fundo de Assistência Social.
FHC – Fernando Henrique Cardoso.
GAG – Grupo de Ação Gerencial.

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social.

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas.

LAPA – Laboratório de Administração e Planejamento.

MDB – Movimento Democrático Brasileiro.

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social.

MS – Ministério da Saúde.

NOB – Norma Operacional Básica.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde.

PAB – Piso de Atenção Básica.

PAC’S – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PAM – Posto de Assistência Médica.

PES – Planejamento Estratégico Situacional.

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde.

PIB – Produto Interno Bruto.

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro.

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento.

POI – Programação Orçamentária Integrada.

PR – Estado do Paraná.

PREVSAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

PS – Pronto-Socorro.

PSF – Programa de Saúde da Família.

PT – Partido dos Trabalhadores.

PTB – Partido Trabalhista Brasileiro.

PV – Partido Verde.

RJ – Estado do Rio de Janeiro.

SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos.

SC – Estado de Santa Catarina.
SES – Secretaria de Estado da Saúde.
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública.
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade.
SINAN – Sistema de Informações Nacional sobre Agravos Notificáveis.
SMS – Secretaria Municipal de Saúde.
SP – Estado de São Paulo.
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.
SUS – Sistema Único de Saúde.
UBS – Unidade(s) Básica(s) de Saúde.
UDR – União Democrática Ruralista.
UF – Unidade da Federação.
UNICAMP – Universidade de Campinas.
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência.
USF – Unidade de Saúde da Família.
ZOPP - Planejamento de Projetos Orientados por Objetivos (trad.).

1 INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde, criado a partir do texto constitucional de 1988 e amparado por substancial legislação infra-constitucional, tem proporcionado aos que se dedicam ao estudo, ou mais diretamente ao planejamento e à gestão das políticas sociais em saúde e do processo de reforma do Estado brasileiro, a identificação de diversos e complexos dilemas.

Entre esses, destacam-se os relacionados ao desafio de como efetivar as mudanças no modelo de atenção à saúde, visando *“uma maior extensão de cobertura e uma maior efetividade no conjunto das ações em saúde”*, e aos que tomam a rede básica de serviços como um ponto estratégico (MERHY 1997), objeto de preocupação e análise de diversos autores e também de trabalhadores e dirigentes das secretarias municipais responsáveis pela gestão dos sistemas locais de saúde.

Durante as três últimas décadas do século XX, a luta pela extensão da cobertura de serviços básicos de saúde em nosso país para atender às necessidades básicas de saúde (entendida como um bem de consumo coletivo) marcou a relação entre o Estado/classes sociais, perceptível na atuação das instituições públicas de saúde e também manifestadas através da demanda de amplos setores da sociedade urbana, mesmo que integrados ao mercado de trabalho.

A rede pública de serviços de saúde (à semelhança do que ocorreu com o setor educacional) foi construída historicamente *“tendo em vista o interesse do Estado capitalista na qualificação e na produtividade da força de trabalho urbana, legitimando sua atuação, bem como a partir da identificação de sua potencialidade enquanto mecanismo de adaptação dos trabalhadores à ordem capitalista moderna”* (BODSTEIN e FONSECA 1989).

A rede básica de saúde, construída ao longo de um processo histórico que será referido e analisado nos próximos capítulos, é um elemento estratégico na configuração e concretização das políticas de saúde e responde a *“um longo processo social que expressa as reordenações, na sociedade capitalista brasileira, da relação entre o Estado e as classes sociais, através das políticas sociais em geral, e da saúde, em particular”* (MERHY 1997, p. 225).

Entende-se que os serviços públicos, também designados estatais ou governamentais, são aqueles instituídos pelo Estado e financiados com recursos orçamentários governamentais. As unidades básicas de saúde, objeto de nosso estudo, constituem uma rede de serviços públicos, organizados e administrados pelos municípios e, atualmente, em raras situações, pelos governos estaduais (ELIAS 1998).

Em todo o país há um grau de diversificação muito grande, mas os serviços que compõem a denominada rede básica de serviços de saúde podem ser classificados, em função do processo de trabalho desenvolvido e dos diferentes portes e graus de complexidade, em unidades básicas de saúde ou centros de saúde, postos de saúde e unidades mistas de saúde. Tem-se observado, ainda, por opção de marketing político ou na tentativa de produzir uma diferenciação em relação a modelos e concepções de organização da rede de serviços em gestões anteriores, a adoção de distintas marcas ou nomes fantasia para denominar as unidades que compõem essa rede de serviços básicos¹.

Os Centros de Saúde, freqüentemente, contam com assistência médica ambulatorial e dispõem de equipe de profissionais de nível universitário (médicos, enfermeiros e odontólogos, por exemplo) em caráter permanente, com pequena incorporação de tecnologia e execução de algumas ações de saúde coletiva de menor complexidade.

¹ Neste estudo serão utilizadas as expressões *rede básica*, *serviços básicos de saúde*, *unidades básicas de saúde* ou simplesmente a sigla *UBS* para consignar o conjunto de unidades e serviços, de diferentes graus de complexidade, que compõem a rede básica de serviços públicos de saúde.

Já os postos de saúde, de uma maneira geral, presentes em regiões mais remotas do país, na zona rural e periferia de algumas cidades, prestam assistência a uma população territorialmente definida através de procedimentos mais simplificados, praticamente sem incorporação de equipamentos. Contam com recursos humanos de nível elementar ou médio, restringindo-se a cuidados relativos à atenção primária. As unidades mistas de saúde, mais freqüentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, desenvolvem todas as ações características de um centro de saúde acrescidas com leitos de internação nas chamadas clínicas básicas e, por vezes, com alguma retaguarda laboratorial e radiológica de baixa complexidade (ELIAS 1998; MS 1999).

O padrão de organização de serviços de saúde no país destinou ao setor público, historicamente, a vocação para responsabilizar-se pelos estabelecimentos de mais baixo custo, produtor de atendimentos básicos voltados para a atenção primária, delegando para a rede privada as internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais de maior complexidade, à exceção dos serviços hospitalares que exigem grande incorporação de tecnologia e demandam investimentos de capital exorbitantes, assumidos pelo setor público.

Segundo dados do IBGE, citados nos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1960 existiam 3.360 serviços oficiais de saúde pública, compostos de 2.175 estabelecimentos, tais como: centros de saúde, postos de higiene, centros de puericultura, lactários e 1.185 postos especializados de natureza diversa². Entre o primeiro grupo, composto por serviços básicos de saúde, 287 eram mantidos pelo governo federal, 1.675 pelos estaduais e 233 pelos municípios. Já entre os centros especializados, 311 eram mantidos pela União, 788 pelos estados e 86 pelos municípios (ANAIS 3ªCNS 1992).

² Por patologias ou problemas de saúde: boubas, câncer, dermatologia, doenças mentais, endemias rurais, escolares, esquistossomose, lepra, malária, oftalmologia, pediatria, puericultura, tracoma, tuberculose, outros (ANAIS 3ª CNS 1992).

Segundo o IBGE (1990), existiam, em 1990, 23.858 estabelecimentos públicos de saúde, o que correspondia a cerca de 67% do total existente em nosso país (35.701). A grande maioria (75%) era composta por unidades destinadas à atenção básica de saúde (mais de 50% é formado por 13.472 centros de saúde e o restante por 6.038 postos de saúde), enquanto os hospitais públicos (1.377 unidades) representavam apenas 6% dos estabelecimentos de saúde brasileiros (somados aos privados – 5.155 hospitais - totalizavam 18%). A rede pública era composta, ainda, por 657 unidades mistas (3%), 2.125 policlínicas ou postos de assistência médica especializados (11%) e 188 prontos-socorros (0,7%).

Conforme os dados disponíveis no DATA-SUS para dezembro do ano 2000 (MS 2001), a rede básica de serviços existente hoje no Brasil é composta por 25.648 unidades, sendo que destas 12.205 referem-se à categoria de Centros de Saúde e 13.443 a Postos de Saúde, distribuídas por todo o território nacional (ver tabela 1).

Tabela 1 - Rede Básica de Saúde: número de Centros e Postos de Saúde existentes no Brasil, por região. Dezembro, 2000.

Região	Centros de Saúde	Postos de Saúde
Região Norte	496	2390
Região Nordeste	2914	5663
Região Sudeste	4924	2614
Região Sul	3098	1968
Região Centro-Oeste	773	808
Total	12205	13443

Fonte: DATA-SUS/Ministério da Saúde, 2001.

Em 1997, foram produzidos 1.283.379.286 atendimentos básicos de saúde em todo o país (em média 8,5 atendimentos / habitante), com um custo total de R\$ 4.564.287.118,00, equivalentes a um gasto, em média, de R\$ 30,43 / habitante e de R\$ 3,56 / atendimento (MS 2001).

Esse padrão revela, entre outras coisas, que há uma oferta significativa de atendimentos básicos de saúde sendo efetuados pela rede de serviços públicos de saúde em todo o país (ver tabela 2). Demonstra, entretanto, que os recursos gastos com a atenção básica de saúde estão concentrados em procedimentos de baixa complexidade e com um padrão insuficiente para manter serviços de qualidade para o conjunto da população.

Tabela 2 – Assistência ambulatorial básica: gasto médio, total de atendimentos realizados e valor gasto por UF. Brasil, 1997.

Unidade da Federação	Gasto médio (R\$)	Atendimentos	Valor_total_(R\$)
Rondônia	2,7	9735335	26319076,7
Acre	2,85	2633218	7514704,91
Amazonas	3,63	14276379	51791705,7
Roraima	3,36	2585359	8684147,1
Pará	2,41	35465090	85468533,6
Amapá	2,54	2714546	6906223,38
Tocantins	2,59	9038373	23410069,51
Maranhão	3,15	37552510	118289164,8
Piauí	2,77	25295406	70098182,96
Ceará	3,59	58403876	209428725,2
Rio Grande do Norte	3,12	21338070	66593467,33
Paraíba	3,36	23142391	77790398,04
Pernambuco	3,47	60251782	209277759,6
Alagoas	2,93	21396536	62710905,88
Sergipe	2,36	17386566	41113157,25
Bahia	3,48	71431272	248617615,2
Minas Gerais	2,92	188421250	549742495,5
Espírito Santo	4,15	15085511	62611992,1
Rio de Janeiro	4	105929352	423806714,4
São Paulo	4,59	280209022	1286534109
Paraná	2,56	105524299	270384142,1
Santa Catarina	3,76	35409142	133078601,3
Rio Grande do Sul	4,63	53427459	247449448,7
Mato Grosso do Sul	3,58	13531417	48478325,39
Mato Grosso	2,49	23965840	59645206,15
Goiás	3,41	33591385	114387640,5
Distrito Federal	3,46	15638000	54154605,29
Total	3,56	1.283.379.386	4.564.287.118,00

Fonte: DATA-SUS/Ministério da Saúde, 2001.

É a partir do surgimento do SUS que a rede básica aparece como o instrumento institucional de reordenação do sistema – e mais do que isso, de acesso dos usuários ao sistema e, portanto, de produção de serviços –, unificando as unidades e permitindo a reorientação da organização do sistema a partir de uma outra lógica, para além dos modelos médico-hegemônico e burocrático-sanitário.

A análise da crise do sistema de saúde brasileiro identifica, para além de sua ineficácia e ineficiência, uma enorme desarticulação, excessiva centralização, sofisticação tecnológica irracional e desnecessária e o privilegiamento de um modelo hospitalar e privado, o que o torna cada vez mais caro (BODSTEIN e FONSECA 1989).

As unidades básicas de saúde, nesse contexto, assumiram uma determinada configuração assistencial, que terminou definindo-a como um *locus* responsável pela reordenação da demanda e promoção da triagem dos problemas de saúde antes do encaminhamento dos usuários para os serviços hospitalares e ambulatoriais de alta complexidade. Assumiu um determinado padrão de atenção e qualidade na prestação de serviços de saúde e na forma pela qual se dá a relação usuários-trabalhadores da saúde-instituição, o que a conforma como a antítese do que se esperaria de uma unidade sanitária com as responsabilidades previstas pelo sistema.

Seus mecanismos de organização e prestação de serviços são perversos e contrários, na prática, aos princípios fundamentais do SUS (universalidade, equidade, integralidade e participação social) e as suas diretrizes organizativas (regionalização, descentralização, resolutividade, integração e hierarquização). Como resultado dessa situação, a rede básica de saúde passa por um momento de profundos questionamentos. O Programa de Saúde da Família, apossado como uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde, compatível com a orientação política e econômica neoliberal do governo federal, é apontado como uma solução

política (racionalizadora e tecnologicamente sustentável) para a substituição das UBS e para a viabilização da ampliação da cobertura, a promoção da saúde integral, a equidade e o aumento da resolutividade. Vai se impondo à medida que a falência da rede básica progride, num *parasitismo* implícito nos mecanismos indutores da política de financiamento estatal.

Impõe-se, portanto, responder a questões (velhas e novas) extremamente graves, complexas e urgentes, inseridas na agenda político-sanitária do país e ainda sem respostas concretas, embora alvo de um intenso e antigo debate.

Ao concebermos as Cartas Sanitárias como um instrumento de planejamento participativo e gestão estratégica, procuramos respostas para as indagações compartilhadas com aqueles que pretendem implementar um sistema de saúde público, gratuito, com qualidade, acolhedor, democratizado e sob controle social, capaz de interferir na promoção da saúde e garantir os cuidados necessários para a vida (a saúde e a felicidade) dos indivíduos e da coletividade.

Existe uma alternativa capaz de “salvar” a rede básica de serviços de saúde do estado terminal a que está submetida? Há mecanismos de planejamento e gestão suficientemente estruturados e com capacidade de forjar a implementação de um modelo tecno-assistencial transformador (nos moldes propostos por MERHY e CAMPOS)? Ou a substituição da rede básica de saúde (em função dos custos financeiro e político implicados em sua desmobilização) e seu desmembramento definitivo em duas modalidades assistenciais (saúde da família e pronto-atendimento) é uma questão de tempo? O que fazer, então, nesse caso, com a rede básica de saúde existente em todo o país?

E mais, é possível transformar o modelo tecno-assistencial numa perspectiva apenas gerencial? Qual o papel dos médicos, trabalhadores da saúde e cidadãos (usuários ou não) na manutenção do *status quo* e no processo de mudança?

Bastam vontade política e determinação, aliadas ou não à capacidade tecnológica e gerencial, para promovê-las?

Em síntese, é mesmo possível implementar um modelo tecno-assistencial transformador numa realidade como a brasileira?

Saliente-se que essas indagações são as do autor, da Universidade e dos intelectuais da saúde, dos gestores e gerentes em todos os níveis e, em particular, dos responsáveis pelo dia-a-dia das unidades básicas nos municípios. Mas constituem-se, também, em preocupação para milhões de cidadãos e centenas de milhares de trabalhadores da saúde, sujeitos desse processo, embora desconsiderados, freqüentemente, pela abordagem de cunho tecnocrático e autoritário que é desenvolvida.

Este estudo tem por escopo:

- a) Promover uma reflexão sobre os contornos tecno-assistenciais assumidos pela rede básica de serviços de saúde em todo o país, identificando um conjunto de problemas essenciais produzidos ou produtores do modelo tecno-assistencial observado, utilizando, para tanto, a investigação efetuada em diferentes Municípios.
- b) A partir daí, definir uma agenda que aponte diretrizes estratégicas para a reestruturação da rede básica de serviços de saúde, tendo como eixo referencial uma matriz teórico-metodológica desenvolvida por MERHY e CAMPOS que apontam para um modelo tecno-assistencial transformador (em defesa da vida).
- c) Por fim, apresentar uma alternativa tecnológica para a implementação de um processo de planejamento participativo e gestão estratégica que possa viabilizar as transformações necessárias para a rede básica de serviços de saúde.

Entende-se que esse desafio é vital do ponto de vista da sobrevivência de um projeto de política de saúde que se funda em princípios como os que compõem o SUS (universalidade, equidade, integralidade e participação social). Mais ainda, que almeja garantir a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos brasileiros a partir da reafirmação de valores humanísticos fundamentais para a sociedade, tais como, solidariedade, fraternidade, justiça, cidadania, democracia e liberdade.

Entretanto, as respostas produzidas pela maioria dos intelectuais, planejadores e técnicos de saúde ao longo do tempo partem da adoção de um receituário prescritivo/normativo que invariavelmente tem se demonstrado insuficiente para a implementação de um sistema de saúde compatível com a imagem/objetivo que se depreende do texto constitucional, das formulações teóricas do movimento sanitário e das necessidades e expectativas da sociedade. (RIVERA 1992; GALLO 1995; MERHY 1995; GALLO e col. 1996).

Para tanto, procuramos conceber uma tecnologia de planejamento e gestão que pudesse se constituir enquanto um instrumento cotidiano e prático de *planejamento participativo e gestão estratégica* (MERHY 1995). Esse instrumento poderá vir a se constituir em potente aliado na definição de prioridades e da própria programação e atividades de um serviço básico de saúde, levando em conta os problemas sanitários e as necessidades de vida dos sujeitos envolvidos na formulação, além da operacionalização de uma política de saúde para a rede básica de serviços de saúde, fundamentada num modelo transformador, em defesa da vida.

Para tanto, procuramos compreender os marcos referenciais na construção histórica, política e conceitual e as distintas tipologias em que se desenharam os modelos tecno-assistenciais para a rede básica de serviços de saúde em nosso país, em função das matrizes ideológicas que expressaram, nos diferentes cenários onde foram sendo produzidas. Essa análise compõe o conteúdo do próximo capítulo.

No capítulo 3, procuramos orientar o raciocínio desenvolvido através da adoção de procedimentos metodológicos que permitiram a análise do objeto em estudo e a construção de uma formulação teórica que pudesse revestir-se enquanto instrumento para o processo de planejamento participativo e de gestão estratégica de serviços básicos de saúde.

Procurou-se estabelecer uma apropriação da *práxis* profissional na qual está envolvido o autor em sua militância sócio-política³ como professor universitário, trabalhador e ex-gestor da área de Saúde Coletiva. Dessa forma, foi possível empreender a análise de um conjunto de experiências concretas em gestão da rede básica de serviços de saúde, em dez municípios, através da utilização do produto das oficinas de planejamento estratégico participativo realizada com os gestores locais de saúde, o que proporcionou uma maior riqueza na abordagem diagnóstica, na análise crítica e, posteriormente, na formulação de uma proposta de reestruturação da rede básica de serviços de saúde através da utilização de um instrumento denominado Cartas Sanitárias.

O capítulo 4, produto da reflexão a partir de experiências concretas, permite compreender os motivos que levaram a rede básica de serviços de saúde ao estado atual, assumindo uma determinada configuração tecno-assistencial (traduzida por uma forma de organizar e prestar serviços de saúde à população, numa dada conjuntura). Procuramos identificar os contornos assumidos pela rede básica de saúde nos últimos anos, enfatizando os problemas comuns verificados, tomando como elemento de investigação dez secretarias municipais de saúde e a análise, de maneira geral, das principais características assumidas pela rede em todo o país.

A partir de uma dada matriz identitária, denominada *transformadora* por CAMPOS e MERHY, e utilizando como eixo referencial as contribuições teórico-metodológicas desses autores, redesenhamos no capítulo 5 as diretrizes que devem pautar a

³ No sentido proposto por TESTA (1992) e CECÍLIO (1994).

agenda para a implementação de um modelo tecno-assistencial transformador, em defesa da vida.

No capítulo 6, procuramos conceber, como forma de responder a algumas das questões aqui levantadas, um instrumento ou tecnologia, denominada Cartas Sanitárias, para o processo de planejamento participativo e gestão estratégica de unidades e serviços que compõem a rede básica de saúde, capaz de constituir-se num instrumento revestido de praticidade e que colabore na implementação de políticas locais de saúde transformadoras.

Mais do que nunca, há necessidade de mudar e procurar responder aos desafios de maneira inovadora e criativa. Um desses, centrais para o desenvolvimento das políticas, em particular a de saúde, é *“como recuperar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades, de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir projetos novos”* (CAMPOS 1994, p. 29).

CAMPOS (1994) considera que as transformações dependem sempre da associação do desejo de mudar (uma dimensão subjetiva) e do exercício da razão. Ainda mais quando, na vida, as coisas determinam um certo modo de andar no mundo (e a rede básica é um exemplo disso), embora se saiba que essas mesmas coisas são construídos pelas pessoas, num processo dialético.

Portanto, qualquer mudança, para obter êxito (ou ao menos ter alguma chance), deve tentar tanto transformar as pessoas, seus valores, sua cultura e ideologia, quanto mudar o funcionamento e a organização das instituições.

O grande desafio é governar (planejar e gerir a rede básica de serviços de saúde, por exemplo), para produzir sujeitos capazes de assumir o compromisso com as mudanças.

Não se pode fugir da tarefa de enfrentar a burocratização, a ineficiência, o descompromisso, propondo alterações radicais em seu funcionamento. E para isso (e por isso) temos que nos lançar ao desafio de inventar novos modos de organizar os serviços de saúde e as práticas médico-sanitárias.

O desenvolvimento de uma tecnologia, como a das Cartas Sanitárias, procura inserir-se no contexto daquilo que CAMPOS (1994) advoga: a busca de instrumentos úteis ao sucesso de projetos que permitam a reelaboração das políticas de saúde. Segundo esse autor, *“caberia à Universidade, aos intelectuais, aos dirigentes políticos, investigarem fórmulas de socializar estes saberes, traduzindo-os para formulações mais acessíveis e aplicáveis às situações concretas de cada caso ou de cada instituição”* (p.47).

Para a navegação marítima, as Cartas Náuticas indicam os caminhos a serem perseguidos pelos viajantes em busca dos seus destinos, identificando os perigos naturais, as correntes marítimas e os trajetos mais seguros a seguir, permitindo o planejamento de cada uma das etapas até que se atinja os objetivos pré-determinados. De forma axiomática, por analogia, procurou-se conceber um dispositivo para o processo de planejamento participativo e a gestão estratégica de serviços básicos de saúde que possibilite extrapolar os limites estreitos e burocráticos impostos pelos planos que se avolumam à mesa de gestores e planejadores da saúde e que, invariavelmente, redundam em processos infrutíferos ou fracassados.

Pretendeu-se criar um instrumento por meio do qual seja possível escrever uma nova e profícua etapa para os serviços básicos de saúde, a serviço dos interesses dos seus usuários, rumo certo para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida.

2 MARCOS HISTÓRICOS, TEÓRICOS E CONCEITUAIS

Para conceber uma ferramenta de intervenção para o processo de trabalho que possibilite a implementação de um modelo transformador para a rede básica de serviços, no âmbito das secretarias municipais de saúde, é preciso demarcar o campo teórico-conceitual no qual é concebido esse processo.

Em função das distintas abordagens conceituais e práticas estabelecidas para discutir a rede básica, tem se tornado uma tarefa inglória o estabelecimento de parâmetros de análise (MERHY 1997).

De maneira geral, define-se rede básica como um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas que formam uma estrutura permanente e descentralizada, sob responsabilidade do Estado e à disposição da população (BODSTEIN e FONSECA 1989). Há uma concepção corrente na qual as unidades básicas de saúde têm por objetivo resolver os problemas médico-sanitários mais comuns e prioritários (capacidade para resolver cerca de 80% dos motivos que levam alguém a demandar serviços de saúde), constituindo-se na porta de entrada para o acesso da população ao sistema de saúde, ordenando e racionalizando o acesso aos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de maior complexidade tecnológica (e, portanto, custo também).

Para entender a rede básica enquanto um território estratégico de intervenção, no interior das reformas das políticas de saúde implementadas no Brasil ao longo das últimas duas décadas, deve-se reconhecer que ela tem sido tomada, por um lado, como um lugar ou nível (designado nível de atenção primário) onde se efetivam determinadas práticas de saúde que reposicionam *“o sentido de todo o processo de produção de serviços e das suas finalidades”*, e por outro, como uma instância

institucional de redefinição de papéis no sistema, “*inclusive redefinindo o lugar dos outros (....)*” níveis de atenção à saúde, secundário e terciário (MERHY 1997, p.197).

É importante destacar, entretanto, que a par do brutal aumento da oferta de serviços básicos de saúde nos últimos 40 anos, conforme pode ser observado na tabela 1, e da consolidação de um arcabouço jurídico-institucional legal a partir de 1988 ⁴, o que se observa é que não há uniformidade em relação às respostas obtidas em todo o país pelas secretarias municipais de saúde, responsáveis diretas pela gestão da rede básica de serviços públicos de saúde em âmbito local, independente da forma de gestão em que o município se encontre habilitado.

Percebe-se o quanto é difícil romper com o modelo hegemônico e redirecionar o enfoque, ainda nitidamente *hospitalocêntrico*, para a consecução de um sistema *redebasicocêntrico*, sem que se redesenhem novos papéis e missões para a rede básica, “*que se traduzem pela construção de um modelo de atenção que permita, junto ao conjunto dos usuários, realizar práticas que acolham, vinculem e resolvam, no sentido de promover e proteger a saúde, no plano coletivo*” (MERHY 1997, p. 198). Reconhece-se, outrossim, que a rede básica é mais suscetível a mudanças de suas práticas e a construção de alternativas ao modelo vigente, inclusive por estar menos aprisionada e restrita ao processo de trabalho médico do que o campo de práticas que se observa no hospital e em outras unidades de saúde, à exceção, talvez, das experiências em saúde mental, tais quais vêm sendo empreendida, isto é, com base nos fundamentos e princípios da Reforma Psiquiátrica.

Sem incorrer no freqüente equívoco de absolutizar a dicotomização entre os campos das práticas tecnológicas e sociais, que compreendem a saúde pública, e o conjunto de práticas clínicas voltados ao indivíduo, que configuram o campo de atuação da *clínica* ou da assistência médica individual, será preciso tratar as especificidades

⁴ Posteriormente com as Normas Operacionais Básicas (NOB) do Ministério da Saúde, principalmente as NOB 01/93 e 01/96.

que compõem as práticas de saúde pública e de assistência médica individual a partir das relações entre essas questões tanto no interior das políticas públicas quanto nos papéis que têm os serviços nesse sentido (MERHY 1989; GONÇALVES 1994).

Segundo MERHY (1997), *“Tem sido um desafio aliar as tecnologias que são procedimentos mais eficazes no controle das exposições aos riscos de adoecer, com aquelas que são efetivas na intervenção junto aos processos de “sentir-se” ou “estar-se” doente. Isto é, tem sido um desafio fazer o mix saúde pública e medicina, tirando o máximo proveito para o usuário”* (p.197).

Para entendermos a política de saúde em nosso país – e daí, como a esta se conforma a rede básica -, é preciso ir além da análise da crise e da conjuntura atual. Exige-se uma incursão retrospectiva através da história da saúde e do próprio Brasil.

O resgate do processo histórico no qual se conformaram os centros de saúde até o atual desenho da rede básica de serviços de saúde encontrado em nosso país, por mais heterogêneos que sejam quando comparados entre si, permite que se analise e compreenda uma série de aspectos, alguns deles determinantes, envolvidos na questão.

O conceito e a implementação prática de Centros de Saúde (em conjunto com os Distritos Sanitários), estruturados tecnológica e administrativamente à semelhança do que podemos encontrar nos dias de hoje, parecem haver surgido, segundo ROSEN (1994), a partir da segunda e terceira décadas do século XX, de maneiras distintas em países diferentes, em função da necessidade de se criar um foco de administração capaz de ampliar a cobertura de serviços para uma população definida, até então privada dos benefícios trazidos pelos eficazes métodos de

controle de doenças que iam surgindo, como ocorreu com a tuberculose nos Estados Unidos.⁵

Os primeiros Centros de Saúde foram formados nos Estados Unidos a partir da adaptação da idéia de loja de departamentos ao campo da saúde, permitindo a reunião de várias clínicas em uma única unidade, sem alterar sua autonomia. Em 1914, foi constituído, pelo Departamento de Saúde da Cidade de Nova York, o primeiro distrito de saúde (responsável pelo planejamento e administração) e no ano seguinte o primeiro Centro de Saúde, voltado para a assistência pré-natal, a puericultura (assistência só para a criança sadia), o serviço de enfermagem e o controle de tuberculose. Esse exemplo foi seguido por experiências semelhantes em Boston e Cincinnati, que alcançaram notável êxito, com ênfase na educação em saúde e no controle de doenças evitáveis. Posteriormente, outras ações foram sendo incorporadas, tais como inspeção médica nas escolas, exame de manuseadores de alimentos, supervisão das parteiras, inspeções de higiene nas indústrias, controle de doenças venéreas etc. (ROSEN 1979, 1994).

Havia um grande esforço de aproximação e integração com a comunidade (clientela em potencial), com ênfase a conquista da população. Esta deveria aderir aos padrões higiênicos, sanitários e morais em cursos transmitidos pela proposta educacional veiculada pelo Centro de Saúde, num esforço para adequar determinados segmentos sociais à ordem médico-social do período (BODSTEIN e FONSECA 1989).

Após a 1ª Guerra Mundial, centros de saúde foram sendo formados em muitas regiões dos Estados Unidos, financiados pelos departamentos de saúde dos condados ou municípios e principalmente por agências voluntárias, fundações e

⁵ CAMPOS (1991) considera que a proposta original dos Centros de Saúde representou uma descoberta tecnológica teoricamente mais avançada do que o consultório clínico tradicional, permitindo maior liberdade de criação.

outros organismos, como, por exemplo, a Cruz Vermelha, com um rápido processo de expansão de cobertura ⁶.

Os Centros de Saúde permitiram o desenvolvimento da concepção de um serviço comunitário, coordenando ações de saúde e clínicas até então administradas centralizadamente. A assistência médica (diagnóstico e tratamento), entretanto, desde o surgimento das primeiras unidades básicas de saúde nos Estados Unidos, ficou excluída de sua esfera de responsabilidade. As tentativas de estabelecer uma apropriação da assistência pelos centros e distritos de saúde foram abortadas pelo poder legislativo, pressionado pela classe médica norte-americana.

As principais experiências na implementação de redes de Centros de Saúde nos Estados Unidos aconteceram, a partir dos anos 30, em Nova York e Baltimore, graças ao empenho da Escola de Higiene e Saúde Pública Johns Hopkins, que teve influência decisiva na formação dos sanitaristas brasileiros – e, portanto, na conformação da política de saúde pública em nosso país – como veremos posteriormente.

Para CAMPOS (1991), o conceito de Centro de Saúde, diferente da concepção e do alcance imaginado originalmente, foi reduzido e deu origem a um tipo de unidade muito próxima da que seria transportada para o Brasil, ou seja, *“um serviço voltado para populações marginalizadas e estruturado exclusivamente em ações preventivas e para o controle de doenças de massa vinculada à pobreza”* (p.112).

Segundo ROSEN (1994), na Inglaterra, um conselho consultivo de serviços médicos, denominado Comitê Dawson, em 1920, apresentou um *“relatório recomendando a criação de um sistema de centros de saúde, de duas categorias: um em que se ofereceria assistência preventiva e curativa, por clínicos gerais,*

⁶ Em 1919, havia 76 Centros de Saúde nos EUA. Em 1930, já eram 1.511 unidades, sendo que mais de 50% eram dirigidos por agências privadas, muito embora com a utilização de recursos públicos (ROSEN 1994).

enfermeiras, parteiras, dentistas e assim por diante; e outro, com serviços de especialistas e de consultores” (p.340). Apesar disso, o processo de implantação dos Centros de Saúde na Inglaterra se deu de maneira mais lenta, só se consolidando, de fato, após a 2ª Guerra Mundial, estruturando-se a partir da reconstrução, com a implantação de uma unidade para cada 20 mil habitantes, em média.

Seguindo a experiência americana e a inglesa, muitos serviços básicos de saúde foram sendo criados em toda a América Latina, nos países europeus (a extinta União Soviética, por exemplo, sustentava seu sistema de saúde em uma rede de policlínicas) e em todos os demais continentes, estimulados pela Organização Mundial de Saúde e suas agências continentais (UNICEF 1979; RIVERA 1989; TESTA 1992).

Partimos, entretanto, da idéia de que a constituição da rede de centros de saúde está contida em novas configurações tecno-assistenciais das políticas de saúde, a partir de diferentes estratégias de formulações de políticas de saúde ao longo da história. Através da contribuição de MERHY (1997), procurou-se identificar como o conjunto de “matrizes de pensamento”, ou ideários, posicionou-se em relação à rede básica de saúde, seu papel e modelo assistencial assumido, nos vários momentos em que se deu o processo histórico de desenvolvimento das políticas públicas, e nestas, a de saúde pública.

Mais do que um simples resgate histórico da saúde pública em nosso país, empreendido por LUZ (1979), COSTA (1986), NUNES (1989) e MERHY (1987, 1989, 1992, 1997), uma vez que outros autores (BRAGA e PAULA 1981; DRAIBE 1985; OLIVEIRA e TEIXEIRA 1985; MENDES 1993) já haviam reconstruído a história das políticas de previdência e saúde, tendo priorizado, entretanto, a abordagem da assistência médica previdenciária, persistem ainda enormes lacunas relacionadas ao campo das práticas de saúde e, em particular, as relativas à

conformação da atenção à saúde e da aproximação dos campos da saúde pública e da clínica para além do espaço previdenciário. Trata-se, portanto, de identificar os caminhos diferenciados colocados no debate atual, mas que, na prática, constituem-se em diferentes “*modalidades tipológicas de unidades de saúde*” (MERHY 1997, p.200), conformando tipos de formulações distintas de redes básicas de saúde em diferentes conjunturas, bem como as configurações que assumem e as perspectivas e problemas destas resultantes.

MERHY tomou como expressão cada matriz que pode ser identificada, a partir de sua capacidade, em momentos-chave, enquanto uma questão de saúde pública, de tornar-se relevantemente uma questão social, expondo tanto princípios teóricos básicos que a diferenciassse de outras matrizes, quanto de um conjunto de ações de saúde.

Tomou-as, ainda, por sua capacidade de gerar intenso debate sobre a política de saúde ao nível do Estado, que ocorreu para além do próprio espaço setorial, em conjunturas em que as relações entre o Estado brasileiro e o conjunto da sociedade passaram por um processo de reordenamento, segundo o autor, “*com a constituição da arena política na qual se define a direção e o sentido delas e a forma como aqueles setores sociais penetram no seu interior e se expressam nas políticas constituídas*” (p.201).

Na visão desse autor, que se fundamenta em informações históricas obtidas em documentos estratégicos governamentais, legislações e outras importantes fontes construídas a partir dos distintos lugares em que atuavam os sujeitos sociais envolvidos com a política de saúde, podem-se perceber quatro “grandes” situações-momentos conjunturais⁷, que permitem entender as questões tecnológicas e

⁷ Diversos autores têm utilizado a periodização da história para o estudo, em diferentes perspectivas, das políticas de saúde e previdência em nosso país (NUNES 1989).

assistenciais no contexto das políticas sociais, constituídas nas relações Estado/classes sociais e nos quais foram sendo sobrepujadas.

a) Início do século XX

No início desse século, o Brasil era assolado por epidemias causadas por doenças infecto-contagiosas, como malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, cólera, tuberculose, hanseníase, parasitoses, etc.

Exigia-se do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação, pois o modelo agro-exportador dominava a economia brasileira, baseado na exploração da cana-de-açúcar e do café.

Na relação estabelecida entre as classes sociais e o Estado, predominavam os interesses dos grupos sociais agrário-exportadores de café e açúcar, fortemente marcados pelas oligarquias regionais.

Nesse período e nas décadas seguintes, praticou-se, como modelo hegemônico de saúde, o *sanitarismo campanhista*, de inspiração militar. Tal modelo visava ao combate das doenças através de estruturas verticalizadas e estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades. Essas estruturas foram implantadas com muito sucesso por eminentes sanitaristas, formados na escola pasteuriana e adeptos da teoria bacteriológica (para fundamentar a intervenção sobre o processo saúde-doença), em contraposição à *teoria miasmática*⁸, até então vigente, tais como Oswaldo Cruz (que combateu a

⁸ Para a teoria dos miasmas, crença compartilhada por grande parte do saber médico-científico do século XIX, as febres epidêmicas e grande parte das doenças tinham origem na matéria vegetal e animal em putrefação e nas emanções das águas estagnadas. Parte dos médicos aderiam à teoria do contágio, muito embora, é importante ressaltar, o significado do mundo dos seres microscópicos só tenha sido desvendado a partir das descobertas de Pasteur e Koch, em 1870, até então prevalecendo a teoria da geração espontânea (COSTA 1986).

febre amarela no Rio, em 1903, e que dirigiu a Diretoria Geral de Saúde Pública criada em 1904); Rodrigues Alves (saneamento do Rio, em 1902); Carlos Chagas, Emílio Ribas e Saturnino de Brito (saneamento da cidade e do porto de Santos, em 1906) (LUZ 1979; COSTA 1986; MERHY 1997).

Segundo MERHY (1997), esses sanitaristas, cujos paradigmas principais eram a bacteriologia e a engenharia sanitária e, secundariamente, a medicina clínica, até então limitada e pouco eficaz, contrapondo-se à teoria miasmática, *“viam a saúde e a doença como processo coletivo, resultado da agressão externa que o corpo biológico sofria em função de um meio social/natural insalubre. Seus objetivos eram o isolamento dos indivíduos (doentes) contaminantes, o saneamento do meio, a destruição dos vetores biológicos e a proteção dos sadios, possíveis de serem atingidos por tecnologias que fossem efetivas no controle dos fatores/riscos”* (p.202).

As ações resumiam-se às intervenções de saneamento do meio, vacinações em massa, isolamento de doentes com ação da *polícia sanitária*⁹, e no plano curativo, ações emergenciais com soros ou equivalentes. As redes permanentes de serviços eram escassas e a característica principal de sua atuação era a organização, em moldes militares, de campanhas, o denominado *sanitarismo campanhista* (COSTA 1986). Organizaram-se leis, códigos, decretos, institutos de pesquisa e laboratórios e serviços sanitários, braços auxiliares das campanhas e das polícias sanitárias.¹⁰

A partir de 1910, essa política social, cuja organização e administração estavam centralizadas em âmbito estadual, possibilitou importante impacto sobre as doenças pestilenciais (que mais afetavam a economia agro-exportadora). Na década de 20, entretanto, a crise social e a política no interior da sociedade oligárquica determinou

⁹ A polícia sanitária, autoritária e paternalista, *“partia do pressuposto que ao Estado cabia assegurar bem-estar e segurança para o povo, mesmo que contrariando os interesses individuais e justificava o controle coercitivo sobre os problemas sanitários como mecanismo de assegurar a defesa pelo Estado dos interesses gerais da nação”* (COSTA 1986, p.20).

um reordenamento da relação entre o Estado brasileiro e as classes, resultando em mudanças nas políticas sociais.

b) Década de 20 a 60

Esse período, marcado por tentativas de reformas no contexto de conflito social estabelecido nas relações entre Estado e agrupamentos sociais urbanos, numa conjuntura política agitada, colocou em xeque a legitimidade do poder político constituído, diante do crescimento econômico do complexo cafeeiro, do processo de industrialização e, mais do que isso, daquilo a que HOBBSBAWN (1978) denominou *as consequências humanas da industrialização*.

A saúde pública vai se conformando, enquanto uma política social, em conjunto com o desenvolvimento do capitalismo, em particular quando *“a primeira fase de acumulação capitalista ultrapassa seus próprios limites com o auge da economia cafeeira, refletindo-se numa aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial, marcos da crise da Velha República”* (BRAGA e PAULA 1981; NUNES 1989). Ao contrário do que se verificará em relação à assistência médica previdenciária, as ações de saúde pública eram totalmente financiadas e controladas pelo setor público, atendendo aos interesses das classes dominantes (MERHY 1987, 1989, 1992).

Segundo BRAGA e PAULA (1981), somente a partir de 1930 é possível identificar uma política de saúde de caráter nacional, organizada em duas vertentes distintas: saúde pública e medicina previdenciária.

10 Foram criados, em 1892, o Instituto Bacteriológico (Adolfo Lutz) e, em 1899, o Instituto Butantã e o Soroterápico Federal (Oswaldo Cruz) para pesquisa, produção de vacinas e controle de doenças. (NUNES 1989; MERHY 1997).

Até a década de 20, aqueles que necessitavam de assistência médica eram obrigados a comprar serviços dos profissionais liberais. Aos despossuídos restavam duas alternativas: a medicina popular (leigos, curadores, práticos, benzedeiros etc.) ou o auxílio das Santas Casas de Misericórdias ¹¹, destinadas ao tratamento e amparo aos indigentes e pobres.

O processo de industrialização, que pôs fim ao modelo econômico agro-exportador, induziu o aparecimento da assistência médica da Previdência Social, regulamentada - mas não regulada - pelo Estado, com caráter privado, organizada por empresa e financiada pelos trabalhadores e empresários, responsáveis pelo financiamento (MERHY 1989). Em 1923, por iniciativa do poder central, com a aprovação da Lei Eloy Chaves, surge a Previdência Social no Brasil e cria-se a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP), dos Ferroviários, a qual se seguiram outras, formadas por categorias urbanas, com maior poder de mobilização e pressão¹². As CAP eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. Em 1930, já existiam 47 CAP, dando cobertura a apenas 142.464 beneficiários. Em 1936, o país contava com 183 CAP, mas a imensa maioria da população ainda permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde, restando-lhe a compra de serviços privados, o amparo das instituições de benemerência ou a desassistência (OLIVEIRA e TEIXEIRA 1985; MENDES 1993; COHN 1998).

A partir do Estado Novo de Getúlio Vargas, sob a doutrina do seguro e com orientação de economia dos gastos, teve início a implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), estruturados por categorias profissionais e não mais por empresas. O primeiro IAP foi o dos marítimos, criado em 1933, seguindo-

¹¹ A primeira Santa Casa fundada no Brasil foi a de Santos, em 1543. Em praticamente todos os povoados foram sendo instaladas entidades filantrópicas.

¹² Esse período é caracterizado por várias greves e intensa mobilização dos trabalhadores e pelo movimento sindical, sob forte influência dos imigrantes europeus e dos movimentos socialistas e anarquistas. (OLIVEIRA e TEIXEIRA 1985; MENDES 1993)

se o dos comerciários e bancários (1934), industriários (1936) e o dos servidores do Estado e trabalhadores em transporte de cargas (1938).

Nas CAP, a assistência médica era uma atribuição central e obrigatória. Nos IAP, assumiu caráter secundário (principalmente no período de 30-45), pois o que se objetivava era a contenção de gastos, num regime de capitalização.

Os recursos financeiros dos IAP passaram a ter uma fonte tripartite (Estado, empresa e trabalhadores) e foram utilizados para o desenvolvimento da indústria de base¹³, fundamental para o sucesso da industrialização e do capitalismo no Brasil. Segundo MENDES, *“a capitalização da Previdência transformou-a em sócia privilegiada do Estado, das empresas estatais que começavam a surgir e das privadas que destas dependiam”* (1993, p.21).

Além disso, a industrialização acelerada vivida pelo país e a migração da população do campo para as cidades, principalmente a partir da década de 50, fizeram com que a demanda por assistência médica aumentasse drasticamente. Era preciso atuar sobre o corpo e garantir a capacidade produtiva do trabalhador. Já não bastava sanear o espaço de circulação das mercadorias.

As ações de Saúde Pública, que em 1923 foram vinculadas ao Ministério da Justiça, em reforma promovida por Carlos Chagas, tiveram incluída entre suas responsabilidades, além do controle das endemias e epidemias, a fiscalização de alimentos e o controle dos portos e fronteiras (MENDES 1993).

Em 1930, as ações de saúde pública foram anexadas ao Ministério da Educação, através do Departamento Nacional de Saúde Pública. Nessa década, surgiram inúmeros sanatórios para tratamento de doenças, como a tuberculose e a

¹³ FNM, Companhia Siderúrgica Nacional, Refinaria de Cubatão, Duque de Caxias, COSIPA, etc. (BRAGA E PAULA 1981; OLIVEIRA e TEIXEIRA 1985; MENDES 1993; COHN 1998).

hanseníase, somando-se aos manicômios públicos já existentes, caracterizando a inclusão do modelo hospitalar de assistência médica (concebido e administrado verticalmente). Foi nesse período que apareceram também os Departamentos Estaduais de Saúde, precursores das futuras Secretarias Estaduais de Saúde.

Aumentam, entretanto, em relação à política de saúde pública, as críticas aos limites do modelo vigente no período anterior (essencialmente empirista e de baixa eficácia) diante dos novos problemas colocados para a saúde pública (saúde das crianças, dos trabalhadores, endemias não pestilenciais, entre outros), com os quais a engenharia sanitária não conseguia lidar (MERHY 1997).

O *sanitarismo campanhista* não respondia mais às necessidades de uma economia industrializada, que foi sendo concebida concomitantemente com a mudança da previdência social. Foi se conformando, neste período, baseada nos princípios de Higiene e de Educação Sanitária desenvolvidos a partir da experiência americana na construção do Canal do Panamá e da necessidade de produzir respostas científicas ao novo padrão de problemas de saúde, um movimento na saúde pública denominado “*médico-sanitário*”.

Desde 1910, no Brasil, a Liga de Saneamento, liderada por Belisário Pena e Artur Neiva, buscava uma ação de integração nacional que permitisse a interiorização através do saneamento da zona rural, além de confessos objetivos eugênicos. Em uma conjuntura onde havia excessiva concentração de investimentos na zona urbana, não se constituiu uma proposta articulada ou formulada para além de seus princípios críticos gerais (MERHY 1997).

Na segunda metade dos anos 20, antes, portanto, do desenvolvimento da assistência médica previdenciária, numa estratégia que privilegiava os centros urbanos mais desenvolvidos ou áreas consideradas estratégicas para os interesses capitalistas (às voltas com os efeitos deletérios da rápida urbanização e elevados

índices de doenças infecciosas transmissíveis), foi sendo desenvolvido um projeto de implantação de unidades sanitárias, em locais de fácil acesso, com o objetivo de controlar e garantir a profilaxia, aliadas às campanhas sanitárias, já consolidadas por Oswaldo Cruz, de doenças como a tuberculose, hanseníase, doenças venéreas, etc. (BODSTEIN e FONSECA 1989).

A perspectiva tecnológica e assistencial que o movimento *médico-sanitário*, conforme descrito anteriormente, professava formou-se junto a uma escola americana, a Johns Hopkins University, em associação com a Fundação Rockefeller, que financiou ações de organização de serviços de saúde e de formação de recursos humanos¹⁴. Formam-se na primeira turma desta universidade Paula Souza e Borges Vieira, abrindo um caminho para os sanitaristas brasileiros que será seguido por décadas e determinou a consolidação, no período pós-30, da concepção *médico-sanitária*.

É dessa matriz, na década de 40, em plena 2ª Grande Guerra Mundial, que o governo brasileiro estabelece convênio com o americano estruturando o SESP – Serviço Especial de Saúde Pública, *“um dos marcadores do desenvolvimento das instituições públicas no país, particularmente através de suas propostas no campo da programação de saúde (...) Com base em seu modelo tecnológico, evidenciou-se a noção de que o processo saúde-doença era um fenômeno coletivo de saúde – portanto, uma questão de saúde pública, mas determinado, em última análise, pelas questões próprias das pessoas, dos indivíduos”* (MERHY 1997, p.206). Utilizou-se do conceito de “consciência sanitária”, entendido como o canal através do qual o meio insalubre atingiria os indivíduos. Nessa visão, é na higiene do meio, do indivíduo e no processo educacional de “produção de consciências” que se

¹⁴ MERHY (1997) destaca que *“a reordenação entre o Estado e as classes após a crise dos anos 20 apontou para a constituição de um Estado Nacional, capitalista, conforme um bloco histórico industrializante, que tem importância fundamental para se entender a adequação das propostas que emergiram no período”* (p.205).

encontrariam as bases científicas para atuação no campo da saúde. Assim sendo, a medicina e mesmo a bacteriologia assumem uma dimensão secundária.

A saúde pública e a medicina são entendidas, nessa concepção, como campos distintos: uma, para a higiene, educação sanitária e organização administrativa dos serviços; outra, para o exercício da clínica. Segundo MERHY (1997), *“quando essa matriz desdobrou-se em modelo tecno-assistencial, seguiu caminhos conforme o peso que foi dado aos “componentes-meios” e à articulação que tiveram as instituições prestadoras de serviços junto ao setor público e ao setor privado. Neste caso, o setor privado era entendido sob o ângulo “caritativo”, de assistência social, mas cuja meta final era a de ser absorvido pelo serviço público”* (p.207). Desta forma, não havia conflitos com a medicina liberal, predominante no período, desde que essa se mantivesse distante das práticas de saúde pública (tarefa do sanitarista). Havia apenas o medo de inviabilizar as ações sanitárias se esses serviços sanitários tivessem que se ocupar da demanda por serviços médicos.¹⁵

O modelo tecno-assistencial, conformado a partir do movimento *médico-sanitário*, centrou-se na construção de uma rede permanente de serviços (centros e postos de saúde), regionalizada, de caráter público e comandada por especialistas (os sanitaristas), vinculadas a coordenações técnicas centralizadas.

É com esse perfil que foram criados no Brasil os Centros de Saúde e os Postos Sanitários Rurais, diferenciados entre si pela complexidade e custos das ações desenvolvidas. Essas ações médico-sanitárias, em contraste com as práticas médico-individuais, não se constituíram num campo atrativo para os interesses privados. Neste sentido, desde o início, em contraste com o desenvolvimento do sistema médico-previdenciário, a infra-estrutura de saúde pública dependeu da decisão política do Estado em intervir nesse campo. Independentemente do esforço e interesse dos sanitaristas em ampliar a rede de serviços permanentes, essa

¹⁵ Preocupação ainda presente para muitos gestores e trabalhadores da saúde nos dias de hoje.

proposta esbarrou na limitação de recursos públicos (BODSTEIN e FONSECA 1989).

O modelo de Centros e Postos de Saúde, defendido pelos sanitaristas brasileiros, quando de sua implementação em nosso país, perdeu algumas características originais de sua matriz americana (integração com as agências privadas e a ênfase na assistência social e na questão educação). Os primeiros Centros de Saúde instalados continham dispensário de tuberculose, pré-natal, higiene infantil, puericultura, doenças veneras e epidêmicas, polícia sanitária e enfermeiras visitadoras, sendo dirigido pelos sanitaristas, que em contato mais direto com o público pretendiam melhor planejar as ações. Note-se que inicialmente, os Centros de Saúde foram planejadas para dar cobertura a uma população entre 80 a 120 mil habitantes.

De 1930 a 1937, período em que houve enorme expansão da política de previdência social e de ampliação da atenção médica previdenciária, através primeiro da expansão das CAP e, a seguir, com a criação dos IAP, conforme descrito anteriormente, houve a consolidação de serviços verticais permanentes especializados no combate a grupos específicos de doenças¹⁶, (baseados nos projetos bacteriológicos e médico-sanitários) como base tecno-assistencial para os serviços de saúde pública, que praticamente se reduziu à atuação campanhista pelo conjunto do país.

Uma segunda reforma foi a de Mário Barreto, em 1934: a esfera federal se organizou em Departamentos e passou a responsabilizar-se diretamente pela assistência hospitalar. No período compreendido entre 1930 a 1937, foram se organizando os Departamentos Estaduais de Saúde, submissos aos Governos dos Estados, mas programaticamente amarrados ao Governo Federal (a saúde ainda

¹⁶ Com a reforma federal de 1937, são criados os Departamentos Nacionais de Controle da malária, febre amarela, crianças desnutridas, tuberculose, entre outros. (OLIVEIRA e TEIXEIRA 1985; MENDES 1993).

estava vinculada ao Ministério da Educação) e responsáveis pela criação e operacionalização de postos e centros de saúde.

Dois processos levaram a um enfraquecimento do movimento em torno da criação de Centros e Postos de Saúde: a mudança da tecnologia incorporada pela medicina no pós-guerra, como o advento dos antibióticos que permitiu o controle e a diminuição da mortalidade de doenças, como a tuberculose; e, o fortalecimento político dentro do sistema previdenciário, que canalizou as demandas por assistência médica fundamentada na prática curativa, cada vez mais especializada (BODSTEIN e FONSECA 1989).

A criação da Fundação SESP, em 1942, representou, de fato, um marco nas ações de saúde pública, possibilitando importante interiorização das mesmas no país, financiadas com recursos do governo dos EUA, através da Fundação Rockefeller, interessada na extração da borracha e manganês na Amazônia e na região do Vale do Rio Doce, num momento crucial (II Guerra Mundial) em que a malária e a febre amarela estavam descontroladas.

Foram criadas unidades em várias regiões de Minas, Bahia, Pernambuco, Amazonas e Espírito Santo, com a contratação de sanitaristas e uma equipe auxiliar composta por laboratoristas, escriturários, médicos consultantes, visitantes, entre outros. Procurou-se instituir uma rede básica de serviços de saúde pública regionalizada e hierarquizada. As ações do SESP eram estruturadas a partir de atividades programadas que associavam controle de doenças contagiosas, diagnóstico precoce e tratamento preventivo, educação sanitária, doenças transmissíveis e dispensários, atividade de saneamento e higiene em geral, serviço dentário e organização científica, em termos administrativos, dos serviços de saúde, voltadas para as regiões mais carentes e pobres, privilegiando as áreas rurais. Essas unidades não podiam realizar nenhuma outra atividade que não fossem as chamadas *atividades sanitárias básicas*. Ao contrário do que acontecia com os

Centros de Saúde dos grandes centros urbanos, onde o trabalho da enfermeira (visitadora) era chave no processo de trabalho, na estrutura forjada pelo SESP, o médico recebeu uma posição de destaque, assim como o auxiliar de saneamento (guarda sanitário), apontado como imprescindíveis frente às prioridades colocadas pelo SESP (BODSTEIN e FONSECA 1989).

Além dos Centros de Saúde, havia outras unidades classificadas em cinco níveis, de acordo com o grau de complexidade. Em 1952, foram estruturados os Distritos Sanitários, chefiados pelos médicos sanitaristas para supervisão das unidades e serviços. Em 1961, o SESP administrava em treze estados, 259 unidades sanitárias (206 Postos e 53 Sub-postos) e dava assistência a 89 outros, em outros sete estados (ANAIS 3ªCNS 1992). Em todo o período de sua existência (40 anos) ¹⁷, o SESP criou 524 unidades de saúde, sendo que a mais simples, o subposto, desenvolvia atividades de saneamento, educação sanitária, doenças transmissíveis e assistência médica (BODSTEIN e FONSECA 1989).

O crescimento das ações de saúde pública, capitaneados pelo SESP, associado à experiência de sanitaristas inovadores que atuavam no Serviço Nacional de Combate à Malária, resultaram na criação, em 1953, do Ministério da Saúde, e em 1956, do Departamento de Endemias Rurais.¹⁸

Este movimento *médico-sanitário* vai influenciar decisivamente também na conformação das secretarias estaduais de saúde. Em determinados casos, como o da criação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 1948, desencadeou disputa de projeto com os adeptos do modelo verticalizado por controle de patologias.

¹⁷ Em 1960, o SESP foi transformado em uma fundação e suas funções redefinidas a partir de 1969, ocupando-se de programas de saneamento, treinamento, estudos etc (NUNES 1989).

¹⁸ O modelo tecno-assistencial impregnou a ação do Ministério da Saúde após sua criação, de tal forma que as atividades programadas e realizadas se confundiam entre as duas instituições.

Destaca-se que essa matriz *médico-sanitária* encontrará suporte teórico no modelo de História Natural da Doença, proposto na década de 40 por LEAVELL e CLARK (1976), dentro de uma perspectiva multicausal, traduzida por um esforço de unir prevenção e cura no conjunto de ações de saúde.

Nas décadas de 50 a 60, marcadas pela discussão das relações entre desenvolvimento econômico e problemas sociais, houve uma intensa disputa a partir da matriz médico-sanitária, consubstanciada em duas linhas. Os defensores do nacional-desenvolvimentismo, por um lado, pregavam a tese de que a melhoria das condições sanitárias era uma consequência do desenvolvimento econômico do país; criticavam, por outro, a corrente que via a necessidade de investir cada vez mais em serviços de saúde para melhorar o perfil de saúde da população que levaria ao desenvolvimento econômico brasileiro, a partir do rompimento do círculo vicioso estabelecido com uma relação de causalidade onde as doenças determinariam a pobreza (BRAGA e PAULA 1981; BODSTEIN e FONSECA 1989; NUNES 1989; MERHY 1997).

O médico sanitarista Mário Magalhães da Silveira, a partir da reflexão crítica das perspectivas campanhistas e americanas, *“introduziu a discussão do desenvolvimentismo, da integração das ações de saúde, numa perspectiva de superação das bases capitalistas de organização da sociedade brasileira, enquanto uma “sociedade atrasada” no rumo da modernização”* (MERHY 1997, p.210), tendo iniciado, na 3ª Conferência Nacional de Saúde - CNS (Governo Goulart, em 1963), um esforço de “releitura” crítica do conjunto de problemas dos serviços de saúde no Brasil (ANAIS 3ª CNS 1992).

c) A década de 60

Marca esse período o esgotamento de um modelo de desenvolvimento político (populista-nacionalista) e econômico iniciado na era Vargas (que permitiu a criação das bases do setor de bens de capital), impondo a necessidade de transformar a relação entre o Estado e as classes sociais, com profundas repercussões em relação às políticas sociais.

A década de 60 começou de forma promissora. Era o período das grandes reformas brasileiras, entre as quais se destacavam a da previdência, a da saúde e a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, a reforma da educação e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, e a luta pela reforma agrária.

As políticas de saúde foram duramente criticadas, em especial por Mário Magalhães. Este sanitarista reconhecia que *“determinada orientação e metodologia aplicadas no encaminhamento dos problemas sanitários brasileiros, embora tenham dado resultados satisfatórios e algumas vezes notáveis, já não se ajustam à moderna conceituação técnica e social. A erradicação do Aedes aegypti e do Anopheles gambiae é o resultado indiscutível da técnica e da organização sanitária brasileiras. Evidencia-se que a existência de uma estrutura adequada foi e continua sendo essencial a melhoria das condições sanitárias, possibilitando a utilização dos recursos colocados à sua disposição, como os inseticidas de ação residual e os antibióticos, que reduziram a níveis insignificantes a malária, a boubala e as doenças venéreas. O ressurgimento da malária e ao aumento da prevalência das doenças venéreas mostram que a mera existência dos recursos não é suficiente para manter sob controle a situação sanitária. Urge aplicá-los criteriosamente e oportunamente”* (ANAIS 3ªCNS 1992, p. 181).

Além da dicotomia entre assistência médica e saúde pública, tornava-se clara a inversão dos gastos públicos em relação à primeira¹⁹, favorecendo a mercantilização da saúde, num contexto ainda marcado pela desordenação das instituições de saúde pública, aumento da miséria e piora das condições de saúde²⁰.

Segundo MERHY (1997), Mário Magalhães propunha, pela primeira vez, romper a *“dicotomia entre assistência médica e saúde pública, mas subordinando aquela à lógica desta, acreditando que a doença e a miséria não seriam controladas com mais gastos em serviços de saúde, mas com desenvolvimento econômico que levasse à maior independência da sociedade e do trabalho (...); que em vez dos maiores gastos em serviços, o que deveria ser feito seria a busca de um padrão tecnológico próprio de ações de saúde, de maneira mais racionalizadora, com menores custos, com integração dos vários campos de atuação e sem comércio no setor”* (p.211). Em 1963 apresentou na 3ª C.N.S., cujo tema central era “Situação Sanitária da População Brasileira: Apreciação geral do problema”, um plano contendo, entre outras, propostas de que os serviços de saúde deveriam ser permanentes, conter ações médicas e sanitárias, ser municipalizados²¹, mantendo-se seu controle estadualmente segundo hierarquia de complexidade tecnológica. Preconizava, ainda, uma única instituição responsável pelas ações de saúde que tivessem como elemento estratégico a ação planejada, que racionalizasse a relação custo/benefício (ANAIS DA 3ª CNS 1992).

Estabeleceu-se, a partir daí, um embate entre forças que vislumbravam uma via alternativa de desenvolvimento nacional, a partir de uma reforma da sociedade

¹⁹ BRAGA e PAULA (1981) e MERHY (1989), apontam que no final da década de 40 os gastos com ações médicas já superavam os com saúde pública.

²⁰ Segundo NUNES (1989), em 1960 a mortalidade infantil no país era de 105,23 óbitos por mil nascidos vivos e a razão de mortalidade proporcional (acima dos cinquenta anos) era de 29,20%.

²¹ Pela proposta, conforme pode ser verificado in ANAIS DA 3ª CNS (1992), nenhum município deixaria de dispor de um serviço de Saúde Pública, por este administrado, cuja responsabilidade seria *“enquadrada nas seguintes atividades: 1) medidas primárias de saneamento do meio; 2) fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos; 3) imunização contra as doenças transmissíveis; 4) prestação dos primeiros socorros de assistência médica; 5) levantamento dos dados de estatística vital – controle dos cemitérios”* (p.203).

brasileira, em contrapartida à via de desenvolvimento associada ao capital internacional, e cuja polarização determinou a formação de dois campos, segundo MERHY (1997), caracterizados como: *conservador/modernizador e transformador*. Este foi derrotado com o golpe e a instauração da ditadura militar a partir de 1964, que impôs uma profunda mudança nas relações Estado/classes sociais (OLIVEIRA e TEIXEIRA 1989; MERHY 1989).

As reformas das políticas públicas foram abruptamente interrompidas a partir de março de 1964, pelo golpe que instaurou a ditadura militar. Foram duas décadas ruins para os brasileiros, para os direitos sociais e para a cidadania. Os militares comandavam a ditadura no país, agindo sob a égide de Atos Institucionais e trazendo a população sob os tacões da censura, da falta de liberdade de imprensa, do bipartidarismo vertical, etc. A proposta do regime militar para a saúde era a privatização em larga escala.

Vale ressaltar que no âmbito da previdência social, onde estava situada a assistência médica previdenciária, os IAP foram concentrados num único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. Uniformizou-se, assim, benefícios bastante diferenciados entre as corporações, modificações possíveis em função do caráter autoritário, da concomitância do “milagre econômico” e do apoio de vários atores (tecnoburocracia, donos de serviços, indústria médica, etc.). A criação do INPS permitiu: a extensão de cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural²²; o privilegiamento da prática médica curativa individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública; a criação de um complexo médico-industrial; e, a organização do sistema de saúde orientado pela lucratividade e privilégios para o produtor privado de serviços de saúde (OLIVEIRA e TEIXEIRA 1989; MENDES 1993).

²² Criação do FUNRURAL em 1971 para trabalhadores rurais e a inclusão na Previdência Social dos autônomos e empregadas domésticas em 1972.

O governo militar aprofundou a dicotomização entre assistência médica e saúde pública, com sucateamento das ações sanitárias e privilegiamento de um modelo hospitalocêntrico e medicalizante, no sentido proposto por DONNANGELO (1979), centrado ainda na assistência individual e na privatização a partir do setor previdenciário. A saúde pública ficava novamente restrita ao campanhismo, desenvolvido em nível federal e por alguns estados (São Paulo, por exemplo).

Ao mesmo tempo em que se ampliava a cobertura, desnudava-se o caráter discriminatório da política de saúde, pois eram cada vez mais nítidas as desigualdades quanto ao acesso, a qualidade e quantidade de serviços destinados à população urbana e rural, e entre as diferentes clientela dentro de cada uma destas. Surgem, também, diferentes formas de contratação do setor privado.

d) De 1970 a 1990

A partir de 1974, terminado o período do milagre econômico, inicia-se, lenta e progressivamente, a abertura política, questionando-se a política social do governo e a repercussão dos efeitos do modelo econômico adotado sobre a saúde.²³

Nesse período, o país passa por um profundo processo de transformação, com intensa urbanização e industrialização, tendo como conseqüências mais diretas: agravamento da concentração de renda e das desigualdades sociais, expressos pelos bolsões de pobreza; declínio do salário mínimo real e conseqüente diminuição do poder aquisitivo dos assalariados. Isso determinou uma piora significativa do quadro sanitário, resultante de um modelo de desenvolvimento articulado na associação entre o capital monopolista internacional, o grande capital nacional e o capital estatal (BRAGA e PAULA 1981; NUNES 1989).

²³ Importante papel neste sentido tiveram as universidades através dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social e a atuação de entidades como, por exemplo, o CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde.

No rastro da crise do milagre brasileiro, em 1974, o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) diagnostica a necessidade de se modificar o padrão discriminatório das políticas sociais, buscando-se um maior grau de universalidade, como resposta a uma crise de legitimidade e esgotamento de um modelo de política em vigência. Tal modelo resultava num financiamento de políticas sociais através de um gasto não orçamentário que excede em muito o orçamentário (MERHY 1997). Os críticos desses modelos diferenciam-se em três grupos:

- Os mais conservadores, que lutavam pela privatização total das ações médicas, admitindo a presença do Estado no campo da saúde pública, embora de forma apenas complementar.
- Os reformadores, propondo uma luta contra a irracionalidade e inadequação do modelo;
- Os transformadores, vislumbrando a necessidade de reformular totalmente o setor, através da implantação de um sistema universal e único, democratizado e com controle da sociedade civil.

A leitura da crise como “financeira e burocrática-administrativa” redundou num conjunto de medidas de racionalização administrativa e de gastos, visando o barateamento das ações. O aumento da legitimação do poder dirigente constituído, colocado em xeque pela crise, foi obtido através de um movimento pela extensão da cobertura por assistência médica ao conjunto da população brasileira. Essa extensão de cobertura foi, inicialmente, obtida com a consolidação de projetos como o PPA – Plano de Pronta Ação, em 1974, no interior da assistência médica previdenciária, que propunha a universalização da atenção às urgências e estabelecia contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios (aportando mais recursos para o setor privado), inclusive passando a remunerar hospitais públicos e universitários. No mesmo contexto, foi criado ainda o Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social (FAS), utilizado para financiar a expansão do

parque hospitalar privado (de alta complexidade e tecnologia) com recursos da previdência e de forma subsidiada.²⁴

Começaram a surgir, ainda, as modalidades supletivas de prestação de serviços, como o convênio-empresa²⁵ (que assume a responsabilidade sobre a assistência médica em troca de subsídios da Previdência) e a Medicina de Grupo.

Em 1975, foram estabelecidas as competências da iniciativa privada e as do setor estatal na área da saúde, através da divisão de competência para as ações de saúde pública (não rentáveis) e para as de atenção médica (rentáveis), com a intermediação pela Previdência Social.²⁶

A lógica desse sistema que caracterizou a década de 70 era baseada no Estado, como grande financiador da saúde através da Previdência Social²⁷; no setor privado nacional, como prestador dos serviços de atenção médica; e, no setor privado internacional, produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos (MENDES 1993). Mas, neste período, este modelo já começou a apresentar graves problemas, determinados, entre outros:

- pela grave crise financeira, com origem nas fraudes no sistema de pagamento e faturamento (unidades de serviços), desvios de verbas da previdência para megaprojetos do governo²⁸, acordos espúrios com o sistema financeiro, aumento dos gastos com internações, consultas, exames complementares efetuados pelo setor privado, etc.

²⁴ Em 1969, havia 74.543 leitos privados no país, e, em 1984, eles chegaram a 348.255, ou seja, 465% de crescimento em 24 anos, com recursos da previdência, capital fixo subsidiado, baixíssimo risco empresarial, nenhuma competitividade e garantia de compra de serviços (OLIVEIRA e TEIXEIRA 1985; MENDES 1993).

²⁵ Em 1977 existiam cerca de 4.699 convênios cobrindo 10% dos trabalhadores da previdência, em especial os mais qualificados e de maior poder organizativo. (OLIVEIRA e TEIXEIRA 1985; MENDES 1993)

²⁶ II Plano Nacional de Desenvolvimento, 1975.

²⁷ É preciso lembrar o papel secundário, tanto do ponto de vista político como dos recursos financeiros, destinados ao Ministério da Saúde neste período, restrito ao ineficiente trabalho de controle das endemias e ações tradicionais de saúde pública (BRAGA e Paula 1981).

- por excluir parcelas expressivas da população e não ser capaz de alterar os perfis de morbi-mortalidade;
- pela piora do quadro econômico pós-milagre e os custos crescentes do modelo adotado;
- pela abertura política e o reaparecimento de atores dispostos a lutar pelo resgate da dívida social acumulada pela ditadura.

Na década de 70, portanto, o país apresentava um modelo hegemônico que demarca a política de saúde: *médico assistencial-privatista*. Mas é também nesse período que aparecem os alicerces político-ideológicos para o surgimento do movimento da Reforma Sanitária. (OLIVEIRA e TEIXEIRA 1985; MENDES 1993)

Foi-se abrindo, entretanto, a possibilidade de se vivenciarem modelos tecnológicos e assistenciais alternativos no interior das instituições públicas federais, estaduais e municipais (MERHY 1997).

Acontece, ainda, em 1975, uma terceira reforma no âmbito das políticas de saúde pública, quarenta anos depois. A Reforma Almeida Machado é considerada a mais avançada por que já passou o Ministério da Saúde. Nessa época foi concebido e criado o Sistema Nacional de Saúde, conferindo competência e responsabilidade a cada esfera de governo. Infelizmente, tal sistema, criado através da Lei n.º 6.229, nunca saiu do papel, a não ser a concepção e criação da Vigilância Epidemiológica. Ficou tão desmoralizada a denominação de Sistema Nacional de Saúde que, treze anos depois, na Assembléia Nacional Constituinte, não se animaram constituintes nem técnicos a chamar o sistema novo que seria criado de Sistema Nacional de Saúde, denominação lógica e conseqüente. Preferiram optar pela denominação SUS, com muito menos significado.

²⁸ Ponte Rio-Niterói, Transamazônica, Hidrelétrica de Itaipú e Usina Nuclear de Angra, por exemplo. (OLIVEIRA e TEIXEIRA 1985)

Em 1976, foi concebido o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), dirigido por técnicos comprometidos com a proposta do “movimento sanitário” que começava a surgir e que encontraram respaldo nos ministérios envolvidos, desde que fosse implantado numa região sem cobertura médico-sanitária. Ou seja, que não confrontassem os interesses dos setores privados conveniados ou contratados pela previdência (BODSTEIN e FONSECA 1989). Em 1979, ocorreu uma grande extensão da rede ambulatorial pública, principalmente no Nordeste (MENDES 1993). De 1975 à 1984, os Centros e Postos de Saúde passam de 1.112 para 13.739 unidades em todo o país (1.225% de crescimento). Essa expansão foi obtida através da implantação de Postos de Saúde, destinados a comunidades rurais com 500 a 2.000 habitantes, e Centros de Saúde, situados na sede dos municípios, para entre 2.000 e 6.000 habitantes (FLEURY 1991).

O PIASS teve como características mais importantes a ênfase na integração entre os diferentes níveis de atendimento, na lógica de constituição de um sistema, e a valorização da atenção primária, com a criação de unidades básicas e a participação comunitária.

Também em 1976, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, tendo à frente W. Leser, consolidou a formação de uma rede de Centros de Saúde nos municípios paulistas.

No início de 1980, foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de discutir a implantação de uma rede básica de saúde que, juntamente com a experiência do PIASS, acabou permitindo o surgimento, em 1980, de um ambicioso projeto denominado PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde, em todo o país, através de uma articulação entre entidades públicas e privadas, extensão máxima da cobertura com regionalização, hierarquização e integralização das ações, uso de técnicas simplificadas, pessoal auxiliar e inclusão do setor

privado no sistema. A primeira versão incluía as diretrizes da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e do movimento sanitário, contendo ainda o viés tecnocrático do governo. Após restrições do próprio governo, surge uma segunda versão mais racionalizadora e que sofre contestações de todos os lados, terminando abortada na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, embora tenha tido um importante resultado no plano da discussão ideológica.

Uma das medidas propostas para controlar a crise financeira da Previdência Social foi a criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária, o CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, com a finalidade de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de serviços de assistência, indicar a utilização dos recursos financeiros e propor medidas de avaliação e controle do sistema. Com isso, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) assume o controle e a normatização da atenção médica, em detrimento do Ministério da Saúde.

O Decreto n.º 86.329, de 02 de setembro de 1981, criou o CONASP, que, através da Portaria 3.062, de 23/08/82, propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde (cobertura integral da população por meio de serviços básicos de saúde; aumento da produtividade; melhoria da qualidade; equalização dos serviços prestados à população urbana e rural; montagem de um sistema de auditoria; revisão do financiamento do FAZ; hierarquização de equipamentos etc.). Propunha, entre outras mudanças, um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado com base em convênios estabelecidos entre o MPAS/Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais de Saúde, colocando a integração como ponto central (DALLARI 1985).

Resultou, na prática, no fim do pagamento por unidades de serviços, disciplinando os gastos e diminuindo as internações hospitalares. Já a racionalização ambulatorial foi tímida, utilizada para amenizar o problema das filas. Usou-se, para isso, o

credenciamento dos médicos e a contratação de serviços públicos, pagos de acordo com a produção potencial da capacidade instalada da rede.

O CONASP permitiu o surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS). De 112 municípios conveniados, em 1984, avançou-se para 950, em 1985, e 2.500, em 1987 (70% da população). Alguns avanços foram estabelecidos: planejamento descentralizado e integrado, através da Programação Orçamentária Integrada (POI); financiamento de ações preventivas, e; participação social através de instâncias colegiadas nos diferentes níveis, precursoras dos futuros conselhos.

Entre 1983 e 1985, destinou-se uma pequena parcela do orçamento do INAMPS (5%) para a execução de ações de saúde pública concorrentes com as já realizadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, marcadas acentuadamente pelo clientelismo político. Além disso, o tipo de financiamento utilizado para as atividades médicas efetuadas pela rede pública acabou por transformar tais unidades em prestadoras de serviços para o INAMPS (à semelhança das privadas).

Desde 1982, o MPAS e o INAMPS começaram a ser ocupados, e com a Nova República, dirigidos por sanitaristas e técnicos comprometidos com o movimento da Reforma Sanitária que, por dentro, deram início a um processo de transformações institucionais, desencadeando um processo de descentralização das ações, passando das AIS para a construção de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Esse processo²⁹ foi contraditoriamente alavancado pelo INAMPS, que estabeleceu convênio privilegiado com entidades filantrópicas, incrementando os gastos com o setor público, mas, ao mesmo tempo, apoiando os grupos de alta tecnologia e mantendo a prática clientelista oriunda do sistema político.

A tensão entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) acentuava-se, em virtude da maior agilidade, aporte de

²⁹ Desencadeado pelo MPAS/INAMPS através da portaria n.º 1 de 07/06/85.

recursos e recusa da unificação por parte do INAMPS. Como resultado, o INAMPS passa de prestador a financiador e gestor do sistema de saúde, ficando a prestação de serviços delegada aos estados e, destes, aos municípios.

Caminhávamos, entretanto, do ponto de vista das políticas institucionais implementadas, para a consolidação do processo de *“universalização excludente das políticas de saúde”*, como designou MENDES (1993). Desenvolvia-se, a partir daí, *“uma proposta de atenção primária seletiva, concebida na sua concepção estreita de um programa, executada com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas de regiões marginalizadas através da oferta de tecnologias simples e baratas, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referências a níveis de maior complexidade, incluindo a retórica da participação comunitária”* (MENDES 1993, p.26) ³⁰

Ainda sob vigência da Ditadura Militar, começam a surgir em vários municípios experiências de implantação de redes de atenção básica à saúde, a partir da ação de profissionais da área de saúde coletiva que ocupam importantes espaços institucionais abertos por novos prefeitos municipais eleitos pelo MDB a partir de 1975. Pela primeira vez, a oposição assumiu a gestão de fatia considerável do executivo municipal. No bojo das propostas para as prefeituras estava a de uma administração voltada para o desenvolvimento de políticas sociais. Nesse período, existiu um movimento no Brasil retomando não só a luta pelo direito à saúde de todos os cidadãos, como também as propostas da 3ª Conferência Nacional de Saúde, cujo ponto central fora colocar *a saúde como direito de todos, e a municipalização como um caminho* (CAMPOS 1991; GOULART 1996).

Segundo MULLER NETO (1991), *“Nascido em meio à crise e às contradições da crise do estado autoritário e, particularmente, a uma crise sem precedentes do setor, o Movimento Municipalista de Saúde crescerá e amadurecerá sempre de maneira*

³⁰ Ou seja: uma medicina “pobre” para os pobres!

articulada à conjuntura política nacional". Esse movimento social surge como articulação, união e organização dos serviços municipais de saúde através de seus dirigentes e técnicos, na defesa de um conjunto de temas e objetivos relacionados à descentralização de recursos, de poder e ações do setor saúde.

A necessidade de se investir nas áreas sociais como prioridade municipalista ³¹ foi mostrada, a partir de então, através de projetos consolidados em vários municípios brasileiros à época: Londrina (PR); Campinas, São José dos Campos, Piracicaba e Sorocaba (SP); Lages (SC); Rezende, Niterói e Cabo Frio (RJ); Boa Esperança (ES) etc. Foram construídos inúmeros serviços básicos de saúde, adotando-se, até mesmo, uma nova nomenclatura "Unidades Básicas de Saúde", e algumas unidades emergenciais e hospitais. Foram implantados novos programas voltados para a atenção básica e integral à saúde, associando prevenção e assistência. Segundo CAMPOS (1991), *"a imagem-objetivo dos projetos locais era a da "integração sanitária", discurso que supunha possível e conveniente a articulação, na rede básica, de ações de saúde pública com a atenção médica individual"* (p.107), o que não deixava de se constituir numa novidade em termos assistenciais, pois, até então, os municípios concentravam seus serviços de saúde voltados à assistência para a área de urgência-emergência ou para os programas clássicos: pré-natal, puericultura, controle da hanseníase, da tuberculose etc.

A partir de 1978, surge a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde, acordada na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ³² (UNICEF 1979; CANTILLANO 1983; BARRENECHEA e URIBE 1987; TESTA 1992). Em nosso país,

³¹ O movimento municipalista centrou esforços, desde o seu surgimento, na questão do financiamento da política de saúde, em particular na necessidade de rever a partilha de recursos. Uma das resoluções aprovadas no III Encontro Municipal do Setor Saúde e do II Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizados em São José dos Campos, em 1982, clamava por: *"Reforma tributária e aumento dos recursos destinados à saúde nas três esferas de governo, com ênfase nos serviços básicos de saúde; estabelecimento de convênios globais, por parte do INAMPS, a todos os municípios"* (GOULART 1996).

³² Dando surgimento ao Programa Saúde Para Todos no Ano 2000, baseado em metas a serem atingidas a partir da priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde.

essa proposta coincidia com a necessidade de expandir a atenção médica a partir de um modelo de baixo custo para as populações excluídas, especialmente as que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais.

Diversos atores, formulações teóricas, diferentes processos, lutas políticas, experiências práticas etc foram forjando o nascimento do movimento da Reforma Sanitária. Entre esses destacamos:

- o movimento de trabalhadores de saúde, em especial as organizações sindicais dos médicos (CAMPOS 1987);
- os Departamentos de Medicina Preventiva e Social, Saúde Comunitária e de Saúde Coletiva das universidades públicas (DONNANGELO 1983; TEIXEIRA 1988; NUNES 1989);
- o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES (criado em 1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (em 1979), promovendo debates, simpósios, publicações que foram progressivamente sistematizando uma proposta alternativa ao modelo privatista (TEIXEIRA 1988; MERHY 1989; NUNES 1989; GOULART 1996);
- o surgimento do movimento municipalista na área da saúde, através de Encontros de Secretários Municipais de Saúde, a partir de 1978, e o surgimento de entidades estaduais e nacional de secretários (Associação Sebastião de Moraes-SP; COSEMS – Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde e; CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), nutridos por experiências municipais bem sucedidas, onde foi possível conciliar o acúmulo teórico e a prática na implantação de sistemas municipais de saúde, como observado em Campinas, Niterói, Londrina, Piracicaba, Bauru, etc. (CAMPOS 1991; MULLER NETO 1991; GOULART 1996);
- um número pequeno, mas importante, de parlamentares comprometidos, nos diferentes níveis do poder legislativo;
- surgimento e fortalecimento do movimento popular de saúde, fortemente influenciado pelas comunidades eclesiais de base da igreja católica, associação de

moradores de bairros e pela participação de militantes de esquerda na periferia das grandes cidades (Zona Leste de São Paulo, principalmente) (JACOBI 1989a 1989b; NUNES 1989);

- o fim do bipartidarismo, a democratização e o ressurgimento do debate político e de propostas partidárias;
- o resultado da reforma sanitária experimentada em alguns países, com forte influência da experiência italiana (BELINGUER e col. 1988; TEIXEIRA e MENDONÇA 1989);
- o surgimento de um novo movimento sindical, autônomo, a partir das greves do ABC no final dos anos 70, com destaque e importância para a Central Única dos Trabalhadores (CUT).

Em 1982, a oposição ganhou as eleições para os governos estaduais, abrindo a possibilidade para que profissionais de saúde comprometidos com um projeto reformador ocupassem espaços políticos e técnicos importantes. No ano seguinte, o mesmo acontece em relação às prefeituras e secretarias municipais de saúde, iniciando experiências inovadoras e exitosas de gestão municipal da saúde.

Começa a ganhar força o processo de municipalização da saúde e o movimento de secretários municipais de saúde, através de seus encontros e da fundação do CONASEMS, em 1988.³³

Na década de 80, as políticas de saúde estão inseridas dentro de um contexto de profunda crise econômica, com estagnação do crescimento, descontrole inflacionário e recessão determinando um rompimento do estado desenvolvimentista tal como foi concebido na década de 30, apoiado na articulação do estado com empresas e interesses privados. A crise do Estado e a desigualdade na distribuição de riquezas fazem com que o Estado se transforme no alvo de mudanças e perca

³³ Durante o V Encontro Nacional de Secretários Municipal de Saúde realizado em Olinda (GOULART 1996).

seu poder de arbitrar conflitos. O Estado que sustentou as elites nacionais passa a ser o grande vilão, abrindo espaço para as propostas neoliberais que conduzem ao Estado mínimo. Além disso, o processo de redemocratização do país, acelerado pela derrota eleitoral do governo em 1982, pelo Movimento das Diretas Já e pela mobilização popular e sindical, resulta num incremento das forças de oposição.

A composição da Aliança Democrática terminou por eleger Tancredo Neves e, em seguida, fazer presidente da República o ex-presidente do partido até então governista, José Sarney, naquilo que ficou designado por FLORESTAN FERNANDES (1985) como “transação democrática” para caracterizar o pacto articulado pelas elites brasileiras para a condução da ditadura a uma estabilidade continuista e conservadora, que estabeleceu como prioridade um novo padrão de desenvolvimento (crescimento econômico com distribuição) e a definição de um novo arcabouço jurídico-institucional, com a convocação da Assembleia Nacional Constituinte, eleita em 1986.

Em março de 1986, acontece em Brasília a 8ª CNS, um dos eventos político-sanitários mais importantes, em função do seu caráter democrático (presença de milhares de delegados representando usuários, trabalhadores da saúde, partidos políticos, diferentes níveis de governo, universidade, parlamentares, ONG, etc.) e do amplo processo social que foi desencadeado através do debate estabelecido pela sociedade civil. Como resultado central dessa conferência nacional, tivemos a articulação de um consenso político que permitiu a conformação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde; a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e; a instituição de um Sistema Único de Saúde (ANAIS 8ªCNS 1987). A 8ª CNS teve como desdobramento prático o desenvolvimento de trabalhos técnicos a cargo da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que influenciou, significativamente, dois processos iniciados em 1987: a implantação do SUDS, pelo poder executivo, e a elaboração da nova constituição brasileira, pelo legislativo.

Em 1985, o projeto da Reforma Sanitária foi tomado “emprestado” por Tancredo Neves/Sarney para constituir o Programa de Governo para a Saúde da Nova República. Com as eleições realizadas em 1986, tomaram posse governadores eleitos pelo PMDB em 21 estados, contribuindo, dessa forma, para aumentar ainda mais a pressão política para a unificação do MS/MPAS, comandada pelo INAMPS em parceria e atendendo aos interesses dos governos estaduais (MENDES 1993).

Em virtude da fragilidade política do MS e da falta de base jurídica para que o INAMPS estabelecesse esse papel, foi criado o SUDS³⁴, em julho de 1987, com o fim das AIS's que não conseguiram constituir, de fato, uma mudança no Sistema Nacional de Saúde, nem no papel de política social compensatória. Essa transformação ocorreu quando já se vislumbrava que a Assembléia Nacional Constituinte e a Nova República assumiriam definitivamente seu caráter conservador³⁵.

O SUDS incorpora os princípios da reforma sanitária: universalização, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização, democratização das instâncias gestoras etc. Apresentou dois momentos distintos: até o final da gestão de Hésio Cordeiro (87-88), quando se observa a tentativa de preparar a transição para o Sistema Único de Saúde (desconcentração para estados e municípios, fortalecendo o setor público; desestabilização do INAMPS; enfraquecimento do setor privado e privilegiamento do filantrópico). E outro, até o final do governo Sarney (89-90), com ação contrária, estabelecendo-se intensa disputa dentro do governo entre os defensores da reforma sanitária e seus opositores³⁶.

³⁴ Brasil. Decreto lei n.º 94.657, de 20 de julho de 1987.

³⁵ Através da consolidação de um bloco conservador intitulado “Centrão”, onde se concentraram as forças políticas de direita, a UDR, com apoio das elites econômicas nacionais e com farta utilização das estratégias de clientelismo e fisiologismo (aumento do tempo de mandato de José Sarney, Reforma Ministerial, etc.).

³⁶ Entre os quais destacamos: a burocracia previdenciária, o sistema privado contratado (Federação Brasileira de Hospitais e de Estabelecimentos de Saúde) e o sistema político clientelístico.

Com o SUDS foi feita transferência das unidades de saúde (PAM) do INAMPS para Estados e Municípios, já que a função de executar não deveria ser mais de nível central. Na maioria dos estados, os recursos alocados para cada um deles permaneciam na administração central, ainda que os estados administrassem as autorizações de internações nos contratados-conveniados e permitissem as despesas. Apesar disso, não conseguiu desmontar o processo de estadualização e o movimento de municipalização da saúde nem restaurar o INAMPS. Entretanto, o SUDS apresentou efeitos inesperados e erros estratégicos, consistindo em mais uma reforma administrativa que não conseguiu transformar positivamente o sistema nacional de saúde.

Nesse contexto, onde era possível detectar a presença de projetos políticos em disputa, uma arena privilegiada para tanto (a Assembléia Nacional Constituinte) e intensas fissuras institucionais, provocadas pela presença de técnicos reformistas na direção do aparato estatal e intensa mobilização política e social, é que surge o Sistema Único de Saúde, o SUS, com a promulgação da Constituição Federal, em 05 de outubro de 1988. Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal estão os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro, com a incorporação de conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde da reforma sanitária, expressos nos artigos de 196 a 200.

Esse texto representa um avanço considerável, sendo reconhecido internacionalmente como uma referência em termos de política de saúde e base jurídico-constitucional³⁷, tratando de três aspectos principais.

Em primeiro lugar, incorpora o conceito mais abrangente de saúde numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais que tem como fatores

³⁷ O I Encontro de Secretários Municipais de Saúde das Américas, realizado em Fortaleza, em 1995, indicou três experiências exitosas em curso: a canadense, através do programa "Cidades Saudáveis"; a cubana, com o Programa de Saúde da Família; e a brasileira, baseada na municipalização da saúde e no acúmulo no campo jurídico trazido pelo texto de 1988 e a legislação infraconstitucional posterior.

determinantes e condicionantes os meios físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.), sócio-econômico e cultural (educação, renda, ocupação, etc.) e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em segundo lugar, a Constituição também legitima a saúde, inserida na Seguridade Social, como direito social universal, derivado do exercício da cidadania plena, e não mais como direito previdenciário, garantindo a todos, sem qualquer discriminação, o acesso às ações de saúde em todos os níveis. Explicita, assim, que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Estado, isto é, do poder público (caracterizando os serviços e ações de saúde como de relevância pública).

Por último, estabelece o Sistema Único de Saúde - SUS, de caráter público, formado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle da sociedade. Os serviços privados, conveniados e contratados passam a ser complementares e subordinados às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

No período seguinte, 1989/90, foram elaboradas a Lei 8.080 e a 8.142, chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição. Além disso, foram criadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, adaptando-se a legislação em âmbito regional e municipal e repetindo-se o processo de envolvimento da sociedade e pactuação entre as diferentes forças políticas observado na Assembléia Nacional Constituinte.

e) A década de 90 em diante

A partir daqui, desenvolve-se uma contribuição original ao estudo de MERHY, através do acréscimo de um quinto momento-chave que se inicia com o Governo Collor de Mello, em 1990, e prossegue até os dias de hoje.³⁸

A partir da década de 90, a onda neoliberal, iniciada nos Estados Unidos e na Inglaterra na década anterior, atingiu os países periféricos, como o Brasil, determinando profundas alterações nas políticas públicas, dentre estas a de saúde. A partir daí, a saúde, como um direito universal, passa a ser discutida a partir de uma lógica predominantemente economicista, no contexto de uma nova ordem econômica mundial (ELIAS 1998).

Portador de um discurso aparentemente modernizante e articulado com as grandes massas, meios de comunicação de massa e sem sustentação nos partidos políticos tradicionais, Fernando Collor de Mello (alternativa das elites às candidaturas do campo de esquerda: Leonel Brizola e Luiz Ignácio Lula da Silva), acabou determinando, em março de 1990, o fim da Nova República, criando um novo pano de fundo econômico e político que delineou os rumos da política de saúde nesse período, estando em jogo a disputa de dois projetos antagônicos:

- o hegemônico (projeto neoliberal), representado pela proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista;
- o contra-hegemônico, representado pela reforma sanitária e a implementação, de fato, do SUS.

As grandes transformações ocorridas entre os anos 50 e 70, conhecidas como a “Idade do Ouro”, só foram possíveis graças a uma política de planejamento estatal da economia e ao desenvolvimento de políticas sociais/públicas. A estratégia de

³⁸ Ano 2001, transcorridos, portanto, seis anos de mandato do sociólogo Fernando Henrique Cardoso como presidente da República.

desenvolvimento adotada (promover a industrialização e a urbanização) produziu, num primeiro momento, mesmo para os países que compunham o lado “não privilegiado”³⁹, um crescimento inusitado.

O cenário político do pós-guerra, com a ascensão e o prestígio dos partidos de esquerda, que haviam combatido o invasor nazista, e a consolidação da URSS, impediu um retorno às práticas não intervencionistas ou de não regulação do mercado de antes da II Guerra. Assim, os países da Europa Ocidental foram obrigados a desenvolver políticas de intervenção na economia e de administração dos conflitos *Capital x Trabalho*, transformando o capitalismo em uma espécie de casamento entre liberalismo econômico e democracia social (HOBSBAWM 1995).

O Estado passa, ainda, a garantir o pleno emprego e procura eliminar a desigualdade através de políticas de seguridade e previdência social. Marca essa época, também, a criação de um mercado de consumo de bens de luxo nos países industrializados e o aumento da inserção da população dos países em desenvolvimento nos mercados nacionais.

A “Era de Ouro”, entretanto, pertenceu essencialmente aos países capitalistas desenvolvidos. Ainda que de maneira limitada, os países do segundo e terceiro mundo (socialistas e em desenvolvimento) apresentaram taxas significativas de crescimento, mas fracassaram na tentativa de promover distribuição mais eqüitativa de riqueza, aprofundando as desigualdades existentes.

A partir dos anos 70, a economia mundial passa a enfrentar grave crise de estagnação econômica, agravada pela crise mundial do preço do petróleo em 1973. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento tecnológico, que proporcionara crescimento e pleno emprego, passa a ser, ao mesmo tempo, responsável pela crise⁴⁰. A partir da

³⁹ Nota: Para o autor, os países do Leste e os do Sul.

⁴⁰ A expansão das indústrias de alimentos e farmacêuticas e os progressos da medicina contribuíram para a explosão demográfica nos países em desenvolvimento. Isso, aliado à falta de reformas e à concentração

década de 70 surge o neoliberalismo, que interpreta a atual crise econômica como o resultado da excessiva intervenção do Estado na economia praticada desde a crise mundial dos anos 30.

Neoliberalismo é a ideologia que justifica e defende os princípios do capitalismo, baseado na propriedade privada, na liberdade de empresa, o que significa nenhuma intervenção do Estado na economia. Seu objetivo fundamental é o lucro individual, constituindo-se em expressão máxima do individualismo. Essa doutrina se chama neoliberalismo porque retoma os fundamentos do liberalismo depois de uns 40 anos em que se aplicou uma teoria e prática econômica onde o Estado tinha o papel diretor da economia. As soluções propostas pelos neoliberais são privatização e liberalização da economia; desaparecimento de programas de seguridade social (saúde, assistência e previdência social), construção de moradia pelo Estado; desregulamentação das leis relativas aos salários, benefícios diretos e indiretos, das relações trabalhistas e da legislação a favor dos sindicatos; o fim das barreiras e impostos às importações, controle de preços e subsídios etc.

O principal objetivo, para o neoliberalismo, é a maximização dos lucros dos empresários privados (lucro econômico, mesmo que signifique maior exploração). E a esse critério estão submetidas todas as necessidades sociais. Há uma absolutização do mercado e não se leva em conta que ele não é capaz de garantir a satisfação das necessidades fundamentais de toda a população. O mercado também é incapaz de evitar a destruição dos recursos naturais e do meio ambiente, o que compromete o futuro da humanidade.

Na ideologia neoliberal, a preocupação em relação à reprodução do sistema econômico (tanto dos recursos materiais como do homem) desaparece e, pelo contrário, converte-se em um obstáculo - uma "distorção" - para o mercado. A

de renda, aumentaram consideravelmente as taxas de pobreza nessas regiões. A situação agrava-se ainda mais quando esses países, para atender ao pagamento da dívida externa, passam da situação de importadores para exportadores de capital.

satisfação das necessidades da população e a garantia dos direitos de cidadania são critérios que não contam na lógica dos neoliberais. Os que sobrevivem são os fortes, as grandes empresas, os que têm capacidade de tirar a economia da crise (darwinismo social).

A crise dos anos 80 atingiu tal proporção que lhe conferiram a denominação de a “década perdida”. Os países da América Latina registraram índices negativos de crescimento, com sucessivo aumento da dívida externa e processo inflacionário, agravando a baixa qualidade de vida e os índices de pobreza da região. As políticas sociais (já então pouco abrangentes) sofreram uma redução drástica de investimento.

No início dos anos 90, em função das dificuldades para honrar o pagamento da dívida externa, os organismos internacionais exigiram uma série de compromissos por parte dos governos endividados para renegociar as condições de pagamento. Conhecido como “Consenso de Washington”, esse rol de princípios se baseou, principalmente, na exigência de adoção de uma plataforma de reformas de caráter neoliberal por parte desses países. A lógica que tem predominado na discussão dessas reformas refere-se muito mais a uma lógica contábil do que a uma discussão ética, filosófica ou política sobre o papel do Estado nas sociedades contemporâneas.

Através das propostas de modernização e desregulamentação da economia e da privatização das empresas estatais, promoveram-se políticas governamentais antipopulares que ampliaram a queda do poder aquisitivo dos salários, o desemprego massivo, a desnacionalização dos setores estratégicos da economia, a venda de empresas estatais a preços venais e a falência de milhões de pequenos e médios produtores, tanto rurais como industriais.

As políticas neoliberais, em todas as nações onde têm sido implementadas, inclusive no primeiro mundo, tem aumentado ainda mais a pobreza. O proclamado crescimento econômico não se reflete em melhoria nas condições de vida da maioria da população, muito pelo contrário, pois o crescimento só ocorreu para os setores de mais alta renda, traduzindo-se numa brutal concentração de renda, o que amplia as desigualdades sociais.⁴¹ Eleva-se, em níveis estratosféricos, o desemprego e o subemprego, privando homens e mulheres, de todas as idades, do direito ao trabalho.

Na área da saúde, o neoliberalismo baseia-se na lógica economicista. Aproveitando-se da crítica à “falência dos sistemas públicos de saúde”, provocada fundamentalmente pela falta de recursos financeiros e pelo descompromisso dos governos com a saúde, interessados na consolidação do projeto neoliberal, asfixia-se cada vez mais o financiamento para o setor, numa deliberada ação governamental para destruí-lo. O resultado é o reaparecimento de epidemias de sarampo, dengue, etc. Doenças que estavam sob controle crescem assustadoramente, como é o caso da malária e da hanseníase. A tuberculose e outras doenças infecto-contagiosas impõem-se como alvo de grandes preocupações sanitárias e sociais.

Aprofunda-se o processo de desmonte do setor público, enfraquecendo e desrespeitando o controle social, através dos baixos salários, demissões em massa, fechamento de leitos, falta de medicamentos e materiais etc. Do ponto de vista ideológico, argumentam para a opinião pública que a crise é determinada pelo corporativismo e ineficiência do Estado e que, portanto, a saída se dará através da progressiva privatização, ficando o Estado responsável, quando muito, pelas ações básicas de saúde e medidas de saúde pública. O restante deverá ser assumido,

⁴¹ O Brasil, por exemplo, segundo dados do IBGE, possui 65 milhões de miseráveis (52,9% da população com renda inferior a 55 dólares), dos quais 32 milhões são indigentes, sofrendo de fome endêmica, desnutrição crônica, alta taxa de analfabetismo (acima de 7 anos é de 19,6%) e doenças, com maior incidência para as patologias infecto-contagiosas preveníveis ou controláveis. E os mais pobres tornam-se cada vez mais pobres.

pela proposta neoliberal, pelo setor privado e controlado não mais pela sociedade, mas sim pelas regras de mercado. É a “cesta básica da saúde”, coerente com as propostas originadas no chamado “Consenso de Washington”.

É verdade que a dinâmica das políticas de saúde, ao longo das décadas de 80/90, em vários países, permitiu crescente grau de universalização, garantindo-se a saúde como direito de cidadania e como dever do Estado. Mas também é verdade que, em função do conjunto de interesses, essa universalização se deu de forma excludente, discriminatória, com distribuição seletiva de serviços de saúde a partir de mecanismos racionalizadores para diferentes cidadanias e fixadas na atenção médica. Um sistema de doença perversamente sem equidade e socialmente injusto. Apesar de tudo, remando contra a maré, têm sido realizadas reformas sanitárias em diversos países que conseguem romper com a lógica corporativista e patrimonialista e ingressar numa linha de reconhecimento do direito de cidadania.

Por baixo do estridente e aparente consenso de sucesso da reforma sanitária em nosso país, competentemente o projeto neoliberal foi se consolidando, enraizado no conservador modelo médico-assistencial privatista hegemônico na década de 80 (MENDES 1993).

A ordem, no campo das políticas sociais, passa a ser a fragilização do papel do Estado, a diminuição do seu papel redistributivo, a privatização (no caso da saúde induzida por mecanismos de subsídios estatais diretos ou indiretos às empresas e pela regulação pela lógica de mercado) e a focalização das políticas para grupos populacionais carentes e excluídos, mas frágeis do ponto de vista de sua capacidade de organização e pressão sobre o próprio Estado.

Esse projeto neoliberal criou um sistema privado forte e com baixa regulação pelo Estado: o da atenção médica supletiva. Este se consolidou pelo tipo de financiamento (sem recursos e dependência direta do Estado) e por sua expansão

às custas da perda de qualidade do setor público, fazendo com que o mesmo passe a ser considerado o sistema dos grupos “de baixo” e o da atenção médica supletiva (privada), o do grupo dos “de cima”. É, segundo MENDES (1993), a chamada *“universalização excludente, alicerçada numa política social de padrão residual”* (p.20).

Permanecem no sistema público apenas os prestadores privados mais tradicionais e com maior dependência do Estado, que não conseguiram modernizar-se e disputar o mercado da medicina supletiva, sofrendo nítido processo de deterioração⁴² e de intenso e seletivo descredenciamento (formal ou informal) por parte do setor mais moderno de prestação de serviços.

Tudo isso favorece a expulsão, por pressão das bases, dos setores de trabalhadores mais organizados para o modelo de atenção médico-supletivo, diminuindo ainda mais a pressão e mobilização social pela implementação de fato do Sistema Único de Saúde. É o caso das Centrais Sindicais e dos grandes sindicatos, mesmo que ideologicamente comprometidos com o SUS. Além disso, a política salarial e de recursos humanos praticada desencadeou inúmeras greves do setor público, contribuindo para o descrédito da população em relação à eficácia do sistema.

Passa a prevalecer um sistema privado, com forte apelo ideológico, compatível com o modelo de formação médica (flexneriano), sustentado não só por uma política deliberada de desmonte do setor público (voltado à atenção apenas das populações pobres e excluídas), com uma parte sofisticada e eficiente do setor público de alta tecnologia, dando-lhe retaguarda, como também por uma forma de financiamento

⁴² A crise dessas instituições, assim como a dos serviços públicos, foi induzida pelo desfinanciamento praticado pelo INAMPS desde a década de 80, quando o pagamento dos serviços não acompanhava as taxas inflacionárias (ex.: Inflação em 1987 foi de 416% e o reajuste na tabela de pagamentos por procedimentos utilizada de apenas 30%), a adoção de 30% da tabela AMB como padrão de pagamento, etc., que resultou em perda da qualidade, endividamento dos prestadores, aumento das fraudes, cobrança de ágio, diminuição de leitos, entre outros desvios (MENDES 1993).

injusta (“com ou sem recibo” e através da dedução no imposto de renda dos gastos com o setor privado de saúde).

Há uma grave contraposição de interesses. O governo Collor coincide com o início do processo de implantação do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo em que se consolida um novo arcabouço jurídico e regulamenta-se a Constituição Federal de 1988, através das constituições estaduais, das leis orgânicas municipais e da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90), e que ocorrem vitórias eleitorais significativas de prefeitos comprometidos com um projeto democrático e popular (e, portanto, com o SUS), a política de saúde do governo central, excessivamente controlada, passa a ser expressão de uma concepção de Estado (mínimo) conflitante com o espírito e a letra da nova constituição e do modelo concebido pelo movimento sanitário.

A Norma Operacional Básica ⁴³ (NOB) 01/91, editada em pleno governo Collor pelo então Ministro da Saúde Alcení Guerra, teve como características principais a equiparação dos prestadores públicos e privados; a manutenção da gestão do SUS, centralizada no INAMPS; e, os Municípios como gestores de unidades de saúde e não de sistema. Alguns estados assumiram a gestão, mas a maioria manteve-se como prestador de serviços de saúde também, na mesma lógica com que eram tratados os prestadores privados dos serviços de saúde para o Governo Federal, controlados pelo INAMPS.

A aliança entre os setores mais conservadores da política nacional, empresários ligados ao capital nacional e internacional e a tecnoburocracia, que apoiou e sustentou o governo Collor, terminou por impingir a maior pilhagem do patrimônio

⁴³ As NOB's, como são conhecidas no jargão sanitário, regulam as relações entre os gestores do sistema de saúde (Municípios, Estados e o Governo Federal). Formulam novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais para a implantação do SUS no território nacional. Enfim, normatizam o SUS.

público já flagrada na história do país, redundando, antes que se completassem três anos de governo, no processo de *impeachment* do então presidente.

A NOB 01/93, gestada já no período pós-impeachment de Collor, com Itamar Franco na Presidência e Jamil Haddad no Ministério da Saúde, é elaborada a partir do esforço de sanitaristas⁴⁴ com larga experiência na gestão de sistemas municipais de saúde e comprometidos com o projeto da reforma sanitária, resultando numa ampliação do espaço político do CONASEMS. Constitui-se, de fato, e, se analisada a partir da conjuntura política na qual estava inserida, traduz-se num instrumento fundamental para o processo de descentralização e municipalização da saúde, conforme determina a Constituição.

Essa Norma foi lançada com um documento de apresentação denominado: “*A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei*” (MS 1993), resgatando os princípios da Reforma Sanitária e assumindo o compromisso irrestrito com a implantação de um Sistema Único de Saúde. A NOB 01/93 propunha a regulamentação da habilitação da gestão da saúde pelos municípios, desencadeando o processo de municipalização através da transferência automática de recursos financeiros fundo a fundo, possibilitando que os municípios se transformassem em gestores de fato do SUS. Estavam previstas três formas de gestão no âmbito dos Estados e Municípios: incipiente, parcial e semi-plena, concebidas enquanto estratégias de viabilização do processo de municipalização plena e implantação do SUS.

As contradições e disputas no governo Itamar são intensas, em particular as que se estabeleceram entre o MS e a área econômica, comandada pelo então Ministro da Economia, Fernando Henrique Cardoso, principal beneficiário político dos efeitos do plano de controle inflacionário implantado em 1994 (Plano Real). Em 1993, finalmente, foi extinto o INAMPS, assumindo a Secretaria de Assistência à Saúde do

⁴⁴ Com destaque para o papel representado pelo Dr. Gilson de Cássia Carvalho, ex-secretário municipal de saúde de São José dos Campos e ex-presidente do COSEMS-SP.

Ministério da Saúde as tarefas e responsabilidades sanitárias historicamente delegadas para a área previdenciária. Após 70 anos, a assistência médica passa a ser, finalmente, responsabilidade da pasta da saúde.

A NOB 01/93 foi publicada em 1993, mas a habilitação dos primeiros 24 municípios à gestão semi-plena ocorreu apenas em novembro de 1994. A gestão semi-plena significou um importante avanço na qualificação das secretarias municipais de saúde no papel de gestores do Sistema Único de Saúde, caracterizando-se:

- pela transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Municipais;
- pelo planejamento e gestão de todo o sistema de saúde, incluindo os prestadores de serviços de saúde públicos (estaduais e federais) e privados, que passou a ser das secretarias municipais de saúde, sob acompanhamento e controle dos Conselhos Municipais de Saúde;
- pela criação das comissões intergestoras, responsáveis pela operacionalização do SUS e enfrentamento dos problemas na implantação desta NOB.

Em 1995/96, sob forte resistência do governo federal, mais de 100 municípios passaram à gestão semi-plena, englobando entre 10 a 12% da população brasileira e 18% dos recursos gastos com assistência. Esses municípios teriam como objetivos (alcançados por poucos):⁴⁵

- melhoria de diversos indicadores epidemiológicos e do nível de saúde de suas populações;
- aumento da oferta de serviços à população com maior controle e avaliação dos prestadores, o que determinaria diminuição dos gastos e reutilização destes recursos conforme as prioridades apontadas nos Plano de Saúde, discutidos e aprovados pelos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde;

⁴⁵ Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica, nº 01/93. Brasília, 1993.

- discussão e esboço de uma mudança do modelo de atenção à saúde, que buscasse o resgate das práticas de Saúde Pública e o desenvolvimento de políticas intersetoriais;
- redefinição de papéis institucionais para os diferentes níveis do poder executivo.

Em novembro de 1996, pouco antes de sua saída do comando do Ministério e politicamente enfraquecido, em função da restrição de recursos financeiros para a saúde efetuada pela área econômica do governo FHC e pelo desgaste público, após a aprovação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira - CPMF, Adib Jatene assina a NOB 01/96, que redefiniu as condições de gestão para os municípios (atenção básica ou plena do sistema) e estados (avançada ou plena do sistema). Entre os principais avanços em relação à NOB anterior, a nova propunha-se a promover e consolidar o pleno exercício do poder público municipal; caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor; reorganizar o modelo assistencial - descentralizando aos municípios a atenção básica da Saúde; e, diminuir relativamente o repasse por produção - aumentando o repasse fundo a fundo⁴⁶.

Através da NOB-96, o governo FHC induziu deliberadamente, através de uma política de financiamento definida, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC'S) e o Programa de Saúde da Família (PSF), logrando que em centenas de municípios brasileiros houvesse um abandono administrativo e tecnológico da rede básica de serviços de saúde em detrimento de um modelo substitutivo, representado pela implantação de equipes do PSF e/ou do PAC's. Raros foram os municípios que não aderiram à política verticalmente induzida pelo Ministério da Saúde, com o apoio das secretarias estaduais de saúde. Poucos foram, também, aqueles que ao menos trataram de implantar o PSF em caráter complementar e integrado com a rede básica de saúde existente, inclusive investindo na melhoria desta.

⁴⁶ Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica, nº 01/96. Brasília, 1996.

A estratégia de implementação do PSF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do PAC'S. Em 1993, na gestão de Henrique Santillo no Ministério da Saúde (governo de Itamar Franco), o PSF foi efetivamente criado. Em 1994, o Ministério da Saúde, sob o comando de Adib Jatene, impulsionou o PSF, atribuindo-lhe o objetivo de *"reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros"* (MS 2001). Para tanto, concebe o PSF como um modelo capaz de superar as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população. A USF, na visão ministerial, está inserida na atenção básica e deve estar vinculada à rede de serviços.

O PSF, segundo dados do MS, já está funcionando em 3.059 municípios brasileiros, com 10.025 equipes atuando no país, atendendo a 35 milhões de habitantes. A meta do MS é ampliar para 20 mil o número de equipes de Saúde da Família, atendendo a 69 milhões de pessoas até 2002 (ver tabela 3).

Tabela 3 - % de população cadastrada no PAC'S e PSF no Brasil e por região. Junho, 2000.

Região	PSF	PAC's
Região Norte	6,19	25,69
Região Nordeste	8,57	31,7
Região Sudeste	4,67	3,51
Região Sul	4,44	16,04
Região Centro-Oeste	2,55	16,85
Total	5,7	15,89

Fonte: DATA-SUS/Ministério da Saúde, 2001.

Para tanto, seu financiamento é efetuado através do PAB - Piso de Atenção Básica à Saúde (criado pela NOB/96) - e pelos incentivos, que compõem a parte variável do PAB, adicionados aos recursos de fontes estaduais e municipais. A portaria 1.329, de 12/11/99, estabelece que, de acordo com a faixa de cobertura, os municípios passam a receber incentivos diferenciados, caracterizando-se

claramente a indução de um programa de saúde em função do financiamento, conforme a tabela a seguir.

A diferenciação nos valores dos incentivos é justificada pelo fato de que, quanto maior o número de pessoas cobertas pelo PSF, maior seria o impacto do programa. Existe também um incentivo adicional para a implantação de novas equipes, num valor de R\$10.000,00/equipe, pagos em duas parcelas. Além do incentivo às equipes, o município recebe um incentivo fixo por ACS no valor de R\$ 2.200,00 ACS/ANO.

Ao mesmo tempo, o MS impõe toda a sorte de dificuldade para reconhecer (e financiar) outras estratégias de atenção que também se pautam pela universalidade, integralidade, humanização, territorialização, adscrição de clientela, atenção às famílias, etc, mas que são desenvolvidas em recortes assistenciais distintos do padrão estabelecido pelo MS.

Tabela 4 - Ministério da Saúde: Faixa de Cobertura Populacional e Valores Anuais do Incentivo Financeiro por Equipe – 2001.

Classificação das Faixas de Cobertura	Faixa de Cobertura Populacional em %	Valor do Incentivo/Equipe/ano [R\$]
01	0 a 4,9	28.008
02	5 a 9,9	30.684
03	10 a 19,9	33.360
04	20 a 29,9	38.520
05	30 a 39,9	41.220
06	40 a 49,9	44.100
07	50 a 59,9	47.160
08	60 a 69,9	50.472
09	70 e mais	54.000

Fonte: PSF/MS, 2001.

A política adotada pelo governo FHC procura divulgar à opinião pública que está em curso uma mudança de modelo de saúde, através da implantação de programas nacionais (agentes comunitários, saúde da família, combate à dengue, etc.); da criação de agências executivas reguladoras, tais como a de vigilância sanitária e a destinada à medicina supletiva, de insignificante eficácia, até o momento; da opção de retomada das estratégias do *campanhismo sanitário*, agora destinado a lidar com problemas de saúde por meio de mutirões impostos às secretarias municipais de saúde para realização de estratégias de controle de hérnias inguinais, cataratas, câncer de próstata, diabetes, hipertensão arterial e prevenção do câncer ginecológico. Mantém a tradição da centralização e verticalização, contrário ao espírito e à letra do SUS, muito embora o discurso estabeleça como prioridade a municipalização enquanto estratégia de descentralização (MSb 2001).

Em verdade, o processo de consolidação do projeto neoliberal para a saúde tem continuidade e acentua-se com o governo FHC. A política de saúde é subordinada e restringida pela área econômica do governo aos compromissos de ajuste fiscal e pagamentos da dívida externa assumidos nos acordos efetuados com o sistema financeiro internacional. A indefinição persistente do financiamento do SUS vem sendo utilizada como instrumento para tanto.

O governo de FHC, que instituiu a ano de 1997 como o “ano da saúde”, por exemplo, apresentou um gasto público com recursos federal com a saúde, em 1996, equivalente a apenas 1,71%. O gasto público total com saúde, envolvendo as três esferas de governo, em relação ao percentual do PIB, para o ano de 1996, foi de 3,17%, segundo dados do IPEA/DISOC⁴⁷.

⁴⁷ Do valor gasto com recursos federais (1,7% do PIB), apenas 0,19% foi transferido para os municípios e o gasto direto foi de 1,42%. Os gastos do MS com saúde correspondem a apenas 4,6% do gasto federal total (IPEA 2001).

Já países como EUA, Inglaterra, Japão e Canadá aplicam entre 8 e 12%.⁴⁸ O gasto *per capita* do governo federal com a saúde é um dos menores do mundo, não ultrapassando 60 dólares, segundo dados do próprio Ministério da Saúde, inferior até mesmo ao de países miseráveis da África e da América Latina (ELIAS 1998).

Partindo da mesma lógica e enfrentando grave crise financeira, os governos estaduais contribuem consideravelmente para o agravamento desse quadro. Em média, não chegam a utilizar 3,5% de seus orçamentos com a saúde, repassando invariavelmente a conta aos municípios e munícipes, que a pagam com a vida (dor, sofrimento e morte).

Neste contexto, reaparecem as epidemias e doenças que estavam sob controle crescem assustadoramente, caracterizando um quadro de reemergência de problemas que já haviam sido controlados no século passado. Esse perfil sofre brutal agravamento em função dos efeitos da violência urbana, que determinam as denominadas “causas externas”, relacionadas diretamente à violência, como primeira causa de óbitos nos grandes centros e assustadoramente predominantes quando considerada a população jovem (de 05 a 50 anos). Além disso, há um esperado padrão de predominância das doenças crônico-degenerativas, típicas de uma sociedade industrializada e submetida ao processo de envelhecimento.

Esse modelo se fundamenta na privatização, na descentralização (no que é confluyente com uma das estratégias de organização do SUS) e na focalização (MENDES 1993). A privatização dos serviços públicos de saúde resulta em que os mecanismos de regulação do acesso serão efetuados à base das regras de mercado, penalizando a população mais pobre. A descentralização, na visão neoliberal, é também uma estratégia, só que de diminuição do Estado e de

⁴⁸ Segundo o Banco Mundial, para 1990, os gastos com saúde em todo o mundo foram de US\$ 1,7 bilhão, o que equivale a cerca de 8% do Produto Mundial. Mas apenas 10% deste gasto foi efetuado em países de renda per capita baixa ou média, que concentram 85% da população humana. A América Latina, com 8% da população mundial, responde por apenas 3% do gasto (BIRD, BANCO MUNDIAL 1993; ELIAS 1998).

oneração do poder local por transferência de responsabilidades sem contrapartida financeira. Dilui-se, assim, o poder de regulação política e o papel redistributivo/compensatório exercido pelo Estado em sua dinâmica de relação com as classes sociais.

A focalização insurgiu-se como uma política compensatória, remediadora da destruição, caos social, sofrimento, doença e morte causadas pela própria opção política e econômica. Distribui-se, assim, pequena quantidade de recursos, destinados à execução de políticas de baixo custo, seletivas, através de políticas sociais destinadas aos setores pobres, voltados para programas de atenção de baixa complexidade (PAC'S e PSF), estimulados e induzidos pelo Estado.

Alia-se a isso, a baixa capacidade de regulação do Estado, em relação ao setor privado, um sistema marginal ao SUS, mas que cresceu às custas da piora progressiva da qualidade e do desfinanciamento do sistema público.

É preciso reconhecer, todavia, que a dinâmica das políticas de saúde, ao longo das décadas de 80/90, permitiu crescente grau de ampliação da cobertura. Mas também é verdade que, em função do que até aqui foi analisado, essa universalização se deu de forma excludente, discriminatória, com distribuição seletiva de serviços de saúde a partir de mecanismos racionalizadores para diferentes cidadanias e fixada na atenção médica. Um sistema de doença perversamente sem equidade, socialmente injusto, numa sociedade cada vez mais desigual, submetida à miséria e à pobreza extrema. O Brasil conta com um enorme e oneroso parque assistencial público para a execução da política de saúde, caracterizado pela baixa eficiência, por seu caráter clientelístico, paternalista e não universalizante (COHN 1998).

O projeto neoliberal não considera, do ponto de vista das políticas de saúde, aspectos fundamentais. Afinal, a saúde é um processo inerente à vida e à morte,

não se constituindo enquanto um bem passível de troca num mercado, mas que se estabelece na relação entre a consciência do profissional de saúde e a confiança do cliente. Além do mais, a saúde está condicionada ao acesso a outros bens e serviços e não se pode desconsiderar o caráter aleatório no aparecimento das doenças, sem contar que a lógica neoliberal, aplicada à política de saúde, rompe definitivamente os laços de solidariedade social, privando e condenando os velhos e portadores de males crônicos que não podem pagar por serviços. Ainda mais quando a dinâmica do projeto neoliberal no Brasil aponta para o aprofundamento das desigualdades sociais (apartheid social) (MENDES 1993). Além disso, a experiência internacional comprova que os mecanismos de mercado funcionam perversamente no campo sanitário.⁴⁹

Dessa forma, o SUS representa a primeira experiência concreta em grande escala de reforma do Estado brasileiro, pois consegue romper com a lógica corporativista e patrimonialista, típicas da história de nosso país, e ingressar numa linha de reconhecimento do direito de cidadania. Daí a importância, para aqueles que defendem a construção de uma sociedade justa e fraterna, onde a defesa da vida e da saúde seja uma realidade, de lutar por um sistema público, universal, equânime e sob controle da sociedade.

Sobre o modelo tecno-assistencial

CAMPOS (1989) define modelo tecno-assistencial como o *“modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”*. Entende-se modelo tecno-assistencial, a

⁴⁹ Exemplo mais marcante é o dos EUA, que segundo dados do BIRD/BANCO MUNDAL (1993), gastaram, em 1990, 12,7% do PIB em saúde (US\$ 3.250 per capita/ano), com baixo impacto sobre os níveis de saúde, exclusão de 37 milhões de americanos e aprovado por apenas 10% da população. Não é por menos que a grande bandeira na reeleição de Clinton, em 1996, foi a reforma do sistema de saúde (muito embora não tenha sido realizada).

partir de uma dimensão assistencial e uma tecnológica, expressando um determinado projeto político, sujeitos, forças e disputas sociais.

O conceito de modelo tecno-assistencial, dessa forma, passa a ser entendido como a *“organização da produção de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais”* (MERHY e col. 1991). Ou ainda: *“o conjunto de princípios e diretrizes, dados por uma opção política, que se traduzem na organização dos serviços de saúde, segundo componentes tecnológicos e assistenciais.”* (BUENO 1997, p.182).

Quando se discute como aparecem os vários modelos tecno-assistenciais e suas configurações institucionais, procuramos entendê-los na perspectiva de que são *“produtos dos constrangimentos mais estruturais do processo de relação entre o Estado capitalista brasileiro e o conjunto de classes sociais, e dos constrangimentos mais conjunturais nos quais forças sociais produzem suas propostas e embatem por elas para construir, numa arena política, o sentido das políticas de saúde”* (MERHY 1989).

Na discussão de modelos assistenciais, cabe ressaltar, há dois aspectos que devem ser levados em consideração: primeiro, o aparato institucional utilizado para organizar as ações de saúde; segundo, a configuração do que é tomado como problema de saúde (BUENO 1997).

Para construir um novo modelo, transformador, é necessário incorporar instrumentais que consigam tomar os indivíduos como expressões de processos coletivos de viver (MERHY e col 1991).

Os princípios que norteiam um modelo tecno-assistencial transformador são:

- gestão democrática (co-gestão entre usuários, trabalhadores e o governo);

- saúde como direito de cidadania; e
- serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.

A definição de que modelo perseguir é eminentemente política. Neste caso, adota-se a opção política por um modelo público, humanista, voltado para a defesa da vida individual e coletiva, que parte da premissa de que a vida é um valor que não tem preço e a saúde, um direito de cidadania.

BUENO, por exemplo, relatando a experiência do LAPA, em Betim (MG), assim se refere ao lidar com o tema: *“....iniciou-se a construção de um sujeito social coletivo que se definiu por um modelo assistencial em defesa da vida, em que as necessidades dos usuários são as determinantes da organização e distribuição dos serviços de saúde, garantindo o acesso a todas as ações e serviços de saúde, com acolhimento, resolubilidade, autonomia, vínculo, responsabilização e sob efetivo controle social”* (1997, p.180).

Modelos tecno-assistenciais e tipologia para a rede básica de saúde

Para procurar entender as distintas conformações tecno-assistenciais da rede básica que se organizaram historicamente em torno da disputa por um novo modelo de política de saúde em nosso país, utilizamo-nos da tipologia proposta por MERHY (1997), que as categoriza em posições *conservadoras, reformadoras e transformadoras*:

As posições mais *conservadoras* eram pleiteadas não só por grupos médicos e empresas de medicina de grupo, preocupados em açambarcar os recursos públicos e ampliar os limites de sua ação liberal e/ou empresarial, como também por alguns

funcionários e dirigentes de instituições públicas⁵⁰. Por defenderem um modelo voltado para a assistência médica privada, praticamente se distanciavam da proposição de um desenho organizacional, assistencial ou tecnológico para a rede básica. Cabia ao Estado, através da rede de estabelecimentos (hospitalares) filantrópicos e da delegação aos Municípios da responsabilidade pela atenção de urgência e emergência aos indigentes, quando muito, garantir alguma assistência à massa de necessitados, pobres e miseráveis, despossuídos da capacidade de comprar serviços privados - portanto, excluídos das regras de mercado - através de programas de baixa complexidade e qualidade (e, dessa forma, de baixo custo também).

Além disso, para os adeptos da concepção conservadora, como bem demonstra a história da saúde pública (ROSEN 1979, 1994; LUZ 1979; COSTA 1991, 1997; MERHY 1987, 1992, 1997; NUNES 1989), caberia ao Estado, além da função "assistencial caritativa" ao assistir aos pobres, a tarefa de proteger a sociedade do risco representado pelas doenças infecto-contagiosas e outros agravos à saúde da coletividade.⁵¹ Para tanto, propõe-se que sejam utilizados os tradicionais instrumentos de intervenção da saúde pública, como o campanhismo, as imunizações, o controle vertical de doenças endêmicas, o saneamento e a educação sanitária em massa.

Muito embora não tenha obtido, em nenhum momento de nossa história, a hegemonização da condução da política de saúde no Brasil, ao contrário do que ocorreu em outros países, inclusive na América Latina em períodos recentes, são indubitáveis as fissuras e conquistas parciais obtidas por essa concepção, bem como suas mais flagrantes derrotas recentes (Ex: PAS de Maluf e Pitta, em São

⁵⁰ Dentre esses os ministros e suas equipes técnicas dos três primeiros governos militares, com destaque para Leonel Miranda que, em 1968, apresentou um Plano Nacional de Saúde que propunha a privatização total da assistência médica (MERHY 1997).

⁵¹ Conforme MERHY (1987): "*Aqui o sentido de perigo tem duplo aspecto: por um lado ele é entendido a partir da concepção de que o pobre, que é um 'indolente', possa contaminar os que trabalham, e por outro lado a partir da constatação de que são os pobres os principais portadores das moléstias que levam à doença e à morte em idades precoces.*" (p.33)

Paulo, e cooperativas hospitalares, no Rio de Janeiro). O que não se pode negar é sua marcante presença no debate ideológico e na disputa que se trava na arena política em que se desenvolvem as políticas sociais e, em particular, a de saúde no Brasil.

Na segunda categoria tipológica proposta por MERHY (1997), a de *posições reformadoras*, identificam-se duas posições distintas.

A primeira retoma os princípios da corrente *médico-sanitária* e preconiza a implantação de uma rede básica de serviços de saúde, em caráter permanente, regionalizados e distribuídos pelos municípios, utilizando como estratégia de ação os programas de saúde a serem desenvolvidos em tal rede de Centros e Postos de Saúde. Mantém, entretanto, a dicotomia entre assistência médica, por um lado, e ações de saúde pública, por outro. Incorpora, entretanto, em relação à sua matriz identitária, o planejamento das ações de serviços (maturada na experiência do SESP) e a assistência médica como instrumental de saúde pública, na lógica do modelo da História Natural da Doença (LEAVELL e CLARK 1976) sem, entretanto, se confundirem entre si, uma vez que o ato médico, nessa lógica, era executado a partir de um sentido coletivo, preocupando-se fundamentalmente com a promoção, proteção e prevenção (e não com o diagnóstico e tratamento, função dos médicos clínicos). Essa corrente entendia que a tarefa fundamental da assistência médica era cuidar do indivíduo e o espaço dado para tanto era o consultório e o hospital, previdenciário ou privado - e não a rede básica - admitindo a necessidade da organização privada da assistência à saúde.

A gestão de Leser e Mascarenhas na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (1968 a 1970 e 1974 a 1978) e os Anais da 5ª e da 6ª Conferências Nacionais de Saúde são apontadas por MERHY (1997) como expressão clássica dessa vertente, presente inclusive na Lei do Sistema Nacional de Saúde de 1975. Entretanto, a cobertura de tal modelo não foi estendida para todo o território nacional, ficando

restrita aos estados com mais recursos, em função do elevado padrão de gastos exigido devido à dicotomização e ao custo das ações, bem como da restrição no acesso.

Ainda no campo *reformador*, uma segunda vertente pode ser identificada, recuperando os princípios desenvolvimentistas das décadas de 50 e 60 e legitimada pela Conferência Mundial de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde, em 1978, em Alma Ata, no atual Cazaquistão. Essa vertente procurou adaptar as propostas para organização de uma rede básica de serviços tendo por base os princípios da Atenção Primária à Saúde e as experiências internacionais, inclusive dos países socialistas, para o sistema de saúde brasileiro, numa perspectiva racionalizadora e planejável, capaz de desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para contingentes populacionais excluídos pelo modelo vigente (UNICEF 1979; CANTILLANO 1983; MERHY 1989, 1997; MENDES 1993; ELIAS 1998).

No contexto da crise do modelo político e econômica brasileiro, essa vertente retomará o postulado do fim da dicotomização entre saúde pública e assistência médica. Proporá, ainda, a unificação dos ministérios da Saúde e da Previdência (então responsável pela assistência médica previdenciária), a hierarquização e regionalização dos serviços, redefinindo claramente o lugar e o papel da rede básica de saúde, como porta de entrada do sistema e ordenador da demanda por serviços de saúde. A lógica de acesso passa a ser orientada por meio de uma hierarquização por complexidade tecnológica a partir do nível primário de atenção do sistema de saúde, compreendido pelos Centros e Postos de Saúde que conformariam a denominada rede básica.

Essa concepção se inspirava, também, no modelo da História Natural da Doenças e em uma visão medicalizante das ações de saúde, segundo MERHY “ *dispostas tecnologicamente num continuum, de acordo com a seqüência linear dos cinco*

níveis de prevenção, na qual (a rede básica) atos simples e de baixa incorporação tecnológica (estas entendidas como insumos e equipamentos), corresponderiam graus elevados de resolutividade da maioria dos “simples” problemas de saúde, que com retaguardas de maior complexidade completariam a resolução de problemas mais complexos” (1997, p. 220).

Foi com esse mote que as secretarias estaduais de saúde e, a partir do final dos anos 70, os municípios, passaram a ampliar e constituir redes básicas de saúde. A mesma concepção impregnou propostas que surgiram nas instituições públicas federais e que apontavam para a integração dos serviços, como a do PIASS (1975), PREV-SAÚDE (1980) e PLANO CONASP (1981).

O que diferencia essas duas vertentes reformadoras que compõem a tipologia proposta por MERHY é a incorporação efetiva da assistência médica, não mais como mero instrumento de um programa de saúde pública. Segundo esse autor, *“Pela ótica médica, mais hegemônica, os problemas seriam passíveis de um enquadramento segundo um raciocínio paradigmático - biologista e naturalista -, no qual a doença começaria gradualmente, de modo simplificado e precoce, clinicamente, e iria se tornando complexa até a constituição de um quadro biológico dramático, em termos de vida e morte orgânica. A esta lógica sequencial corresponderiam intervenções médicas, inespecíficas e específicas, que permitiriam intervir antes do início do quadro patológico se iniciar – como campo privilegiado da saúde pública – ou gradualmente. Isto é, interviriam do momento mais simples, em termos clínicos/terapêuticos, para o mais complexo – que incorporaria grande quantidade de insumos e equipamentos – que se traduziriam do ato mais barato e de menor complexidade tecnológica para o mais caro e mais complexo” (1997, p.221).*

Na prática, o que se observou é que essa vertente, na medida em que limitou sua abordagem a uma questão de racionalidade organizativa fundamentada na relação

custo/eficácia da assistência médica complementada pelas ações de saúde pública nos momentos da prevenção primária, conforme LEAVELL e CLARK (1976), terminou produzindo um modelo tecno-assistencial onde ou permanece intacta a histórica dicotomia ⁵² entre saúde pública e assistência médica ou surge a predominância e hegemonização de uma sobre a outra.

Assim, a rede básica tendeu a manifestar concomitantemente duas possibilidades a partir da mesma matriz identitária: ou manteve os mesmos padrões tecno-assistenciais típicos do modelo *médico-sanitário* ou assumiu a responsabilidade, como porta de entrada do sistema, de promover a triagem dos problemas de saúde, encaminhando os usuários para os serviços públicos e privados (aqui novamente reinseridos numa perspectiva de mercado – ou melhor – da fatia de mercado referente aos recursos públicos que lhes interessam), ambulatoriais especializados, hospitalares ou para consumo de procedimentos auxiliares de diagnose e terapia.

Mais do que um simples triador e reordenador da demanda por serviços de assistência médica, a rede básica desenvolveu um comportamento assistencial peculiar, assimilando o péssimo padrão de assistência médica, empobrecedor da clínica e reafirmador da abordagem meramente voltada para a doença (dissociando o doente de sua dimensão coletiva), já desenvolvido nas unidades de pronto-atendimento dos hospitais filantrópicos e privados conveniados com o sistema previdenciário e nas próprias unidades ambulatoriais previdenciárias, caracterizado por um tipo de atenção “queixa/condução”. Traduz-se, aqui, o que vai ser identificado como padrão de resolutividade para a rede básica em termos de assistência médica: individual, medicalizante e de baixíssima qualidade. (Ex: cefaléia/dipirona, lombalgia/diclofenaco, dor abdominal/hioscina, retorno sem resolução da queixa/encaminhamento para especialista, etc). Destaque-se que esse modelo é

⁵² David Capistrano da Costa Filho, eminente sanitarista, falecido no final do século passado, costumava afirmar em suas palestras que tal dicotomia era tão antiga que foi originalmente concebida na Grécia, por Asclépio (Deus-herói da medicina), filho de Apolo e da ninfa Corônis e que teve quatro filhas, Áceso (a que cuida de), Iaso (a que cura), Panacéia (a que socorre a todos) e Higéia, esta última com a missão de cuidar das coisas relativas à promoção e a proteção da saúde.

organizado gerencialmente através de conceitos oriundos da saúde pública, tais como regionalização, descentralização, etc, e da epidemiologia, utilizando, entretanto, a assistência médica como instrumento tecnológico de ação.

MERHY, em sua proposta tipológica para entender as distintas conformações tecno-assistenciais para a rede básica, identifica ainda uma terceira posição, por ele denomina *transformadora*, surgida também a partir da crise dos anos 70 e cuja expressão pública se dá a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que entende a necessidade de uma transformação radical nas relações Estado/classes sociais, a partir da democratização do poder político e da socialização dos benefícios sociais, numa leitura estrutural que aponta para uma transformação das políticas sociais.

Os eixos propugnados por essa matriz identitária apontavam para um conjunto de idéias que conformam uma nova política de saúde:

- saúde como um bem público, como direito de cidadania e dever do Estado, exigindo um novo arcabouço político e constitucional;
- garantia de acesso aos bens sociais que determinavam a melhoria da qualidade de vida e saúde;
- garantia de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde;
- saúde como uma política contida (e financiada) na lógica da seguridade social e não na de seguro (público ou privado);
- participação da sociedade civil e implementação de instâncias e mecanismos de controle social sobre a política de saúde;
- implantação de um Sistema Único de Saúde, superando a dicotomia assistência médica / saúde pública e concretizando a integração institucional no campo da saúde.

Pela vertente *transformadora*, a “rede básica teria de ser não só a porta de entrada de um sistema de saúde, mas o lugar essencial a realizar a integralidade das ações

individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que fosse a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto de práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando mudança no sentido das práticas” (MERHY 1997, p.224).

O desafio colocado, a partir dessa concepção, não é o de somar, incorporar ou redefinir pesos das práticas de assistência médica e ações coletivas no interior das unidades básicas, mas o de reinventar “o quê” e “como” fazer um novo modelo tecno-assistencial estruturado a partir da realidade e que permita ao mesmo tempo transformá-la, garantindo de fato os princípios que se colocavam como eixos paradigmáticos: universalidade, integralidade, equidade e participação da sociedade.

Nesta perspectiva, MERHY aponta dois caminhos básicos: um, mais *tecnocrático*, partindo da idéia de que o saber clínico e epidemiológico são neutros e capazes de, unificadamente, apreender as necessidades e problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade e ainda proporcionar uma configuração tecnológica para resolvê-los.

A rede básica, estruturada a partir da visão denominada tecnocrática, requer uma alta incorporação tecnológica, um eficiente sistema de referências que provenha a retaguarda necessária e a estruturação gerencial a partir de sujeitos que operem os saberes clínicos e epidemiológicos.

Essa neutralidade requer, obviamente, uma hegemonização do perfil exclusivamente técnico, incompatível com o padrão de políticas, relações e interesses sociais que estão em jogo na arena na qual a rede básica está inserida.

No segundo caminho, o *político*, numa “*perspectiva de tomar a gestão estratégica dos estabelecimentos como eixo central da mudança do modo cotidiano de operar a transformação do processo de trabalho*” (MERHY 1997, p.225) não se pode tomar a

rede básica de saúde, muito menos a dimensão tecnológica e assistencial do modelo como um espaço neutro ou instrumento de neutralidade, respectivamente.

Torna a politização vital e necessária, permitindo a expressão das necessidades e interesses individuais e coletivos dos cidadãos usuários (e os não usuários, inclusive), como também a dos trabalhadores da saúde e não apenas as dos gestores públicos, como freqüentemente é observado, *“assumindo-os como expressões políticas que permitem realizar objetos sociais, ético-políticos, tecnicamente operacionalizáveis. E, assim, no ‘fazer do dia-a-dia’, procurando expressar claramente as disputas dos vários interesses sociais, que efetivamente constroem os modelos de atenção, nos cotidianos das relações de trabalho,(....), ao nível de cada estabelecimento de saúde de modo singular”* (MERHY 1997, p.225).

A perspectiva de construir um instrumento para a rede básica de saúde, do tipo *Cartas Sanitárias*, inscreve-se nessa perspectiva, a partir da constatação de que as políticas de saúde se constroem pela formação de *“arenas políticas específicas, nas quais determinadas forças e interesses sociais se fazem presentes, e que se vinculam com o sentido e a configuração tecnológica e assistencial do setor, que se efetiva pelos processos cotidianos ao nível de cada estabelecimento de saúde”* (MERHY 1997, p.226).

Entende-se, então, que a rede básica é um espaço de transformação e construção de singulares modelos tecno-assistenciais, a partir da politização do sentido das ações de saúde, que permitam responder a algumas perguntas essenciais, para as quais as práticas de saúde pública, a clínica, a epidemiologia e o planejamento em saúde servem apenas como instrumentos: o que fazer?, como fazer?, por que fazer?, para quem fazer?, quando fazer? e com quem fazer?

Sobre os sujeitos e atores sociais

Entende-se atores ou sujeitos sociais, no sentido proposto por CASTRO (1992), estabelecidos na relação entre formuladores, decisores e implementadores, como *“aqueles indivíduos ou grupos que ocupam posição estratégica no sistema de decisões e que respondem, no processo de formação de políticas, pelas funções de articulação do campo cognitivo e do campo de poder”* (p.50). Tal definição permite conceber os sujeitos políticos para além da concepção marxista (circunscrito às relações do mundo do trabalho), numa perspectiva mais ampla e complexa onde o sujeito político passa a ser todo *“agrupamento com capacidade de formular projetos e pretensão de universalidade(...) que surgem e desaparecem no processo histórico”* (SADER 1988; MERHY 1992; CECÍLIO 1994).

A atuação em âmbito institucional, onde se constroem (e reconstroem) as políticas de saúde, passa a ser percebida a partir de uma visão onde a relação Estado/classes sociais constitui-se em arena política permanente de disputa de projetos societários, permitindo a construção de novas hegemonias. (CECÍLIO 1994).

Entre os atores que interferem nos rumos da atenção à saúde no campo da rede básica de serviços, além do poder executivo, representado pelos gestores do sistema (que atuam em âmbito central) e pelos gerentes ou coordenadores locais, podemos conceber uma divisão, apropriando-nos do pensamento de CAMPOS (1991), dos funcionários públicos em três segmentos: a burocracia (profissionais em funções de gerência, planejamento e parte do comando), médicos e demais trabalhadores da saúde.

A implementação de um modelo tecno-assistencial em defesa da vida pressupõe uma luta permanente pelo direito à vida, ao seu prolongamento e melhoria de sua qualidade também, o que irá requerer a garantia de acesso aos meios e

instrumentos tecnológicos necessários. Segundo CECÍLIO, é necessário ainda “o desenvolvimento de uma consciência sanitária que contribua para que os homens e mulheres possam caminhar no sentido de reconhecer e lutar por suas necessidades mais legítimas; o desenvolvimento de formas criativas e eficazes de controle dos cidadãos sobre o Estado, no sentido de que o mesmo possa ser um dos espaços para a construção de uma vida melhor para todos” (p.26).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Passamos, agora, à descrição dos procedimentos metodológicos que permitiram a análise do objeto em estudo e a construção de uma formulação teórica que pudesse revestir-se, enquanto instrumento para o processo participativo de planejamento e gestão de serviços básicos de saúde.

Procurou-se, para tanto, estabelecer uma apropriação da *práxis* profissional, na qual está envolvido o autor em sua militância sócio-política⁵³, como professor universitário, trabalhador e ex-gestor da área de Saúde Coletiva. Dessa forma, foi possível empreender a análise de um conjunto de experiências concretas em gestão da rede básica de serviços de saúde, em distintos municípios e estados brasileiros, o que proporcionou uma maior riqueza na abordagem diagnóstica, na análise crítica e, posteriormente, na formulação de uma proposta de reestruturação da rede básica de serviços de saúde, através da utilização de um instrumento denominado Cartas Sanitárias.

A discussão e análise dos resultados, bem como a formulação propositiva contida nesse estudo, foi profundamente influenciada pelas experiências anteriores do autor na gestão de serviços municipais de saúde, inclusive na direção técnica de UBS e distritos sanitários.

Tomou-se como referência fundamental a vivência e as experiências diretas do autor na gestão de sistemas locais de saúde. Trata-se do período compreendido entre 1989 a 1992, quando compôs a equipe dirigente da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Santos, dirigida pelo competente médico sanitarista David Capistrano da Costa Filho, intelectual e político de destaque no movimento sanitário

⁵³ No sentido proposto por TESTA (1992) e CECÍLIO (1994).

nacional e, a seguir, na qualidade de secretário municipal de saúde de São Vicente, no período de 1993 a 1996.

Essas experiências foram precedidas, destaque-se, do acompanhamento da gestão da Professora Cecília Magaldi à frente do Departamento Municipal de Saúde de Botucatu (1987-88), com a implantação de uma rede básica de serviços de saúde num contexto sócio-político marcado pelas AIS e pelo advento do SUDS.

Na experiência referencial vivenciada no Município de Santos, o autor foi co-partícipe da implantação de uma das mais bem sucedidas e reconhecidas experiências de estruturação de sistemas locais de saúde, num momento conjuntural marcado pela criação e regulamentação do SUS e pela oportunidade de implementá-lo numa administração municipal dirigida por uma frente de partidos de esquerda que tratou a saúde de fato como uma prioridade de governo. Essa experiência partiu da reconstrução da rede básica de serviços de saúde, como base para a implementação e organização do SUS, para a estruturação de um sistema de alta resolutividade e complexidade.

A mais importante das vivências referenciais aqui designadas deu-se no Município de São Vicente-SP, onde o autor desempenhou o papel de Secretário Municipal de Saúde, também numa administração municipal dirigida por uma frente de partidos de esquerda (1993-1996). Trata-se de uma experiência distinta em relação ao que havia sido observado em Santos, município vizinho ao de São Vicente. O sistema municipal de saúde neste último município encontrava-se, no início de 1993, em situação extremamente precária, tanto que o primeiro ato legal do Prefeito ao assumir a nova gestão foi a decretação de Estado de Calamidade Pública na área da saúde e a intervenção municipal sobre o único estabelecimento hospitalar existente, a Santa Casa local. O desafio, neste contexto, foi a implementação do SUS, a partir de um quadro absolutamente adverso, num município com gravíssimos problemas habitacionais (mais de 1/3 da população residindo em

palafitas), com apenas 17% de cobertura de rede de esgoto, sem recursos públicos suficientes e necessários para reverter o imenso déficit social.

Nesse contexto é que se deu a implementação do SUS em São Vicente e a construção de uma rede básica de serviços formada por 17 UBS. Toda a ordem de problemas enfrentados não impediu, entretanto, que concomitantemente o Município aderisse à gestão semi-plena (conforme a NOB-96), a partir de novembro de 1994, assumindo pioneiramente, em conjunto com outros 23 municípios em todo o país, a gestão local do sistema de saúde.

Da observação de erros e acertos, limites e avanços, derrotas e conquistas em cada uma dessas experiências é que parte a observação analítica do autor e seu olhar sobre o objeto em estudo, assumidamente influenciado por essas vivências e que, em contrapartida, também reconhece sua participação e influência sobre elas.

Às experiências referenciais descritas acima foi agregada a análise do produto das oficinas de planejamento estratégico participativo, realizadas no período compreendido entre os anos de 1997 e 2000, coordenadas e registradas pelo autor e que contaram, ainda, com a participação de outros três médicos sanitaristas⁵⁴, na qualidade de consultores especialistas em planejamento e gestão de serviços de saúde.

Do ponto de vista metodológico, entretanto, o processo analítico e propositivo presente nos próximos capítulos não se restringe ao dado empírico produzido a partir do estudo de casos. Há, portanto, uma deliberada opção, a partir da declaração de vivências do autor, em ampliá-las e reconstruí-las, com a contribuição dessas experiências, mas sem particularizá-las, para extrapolar seus significados, como um todo, para a rede de serviços básicos de saúde em nosso país.

⁵⁴ Alfredo José Monteiro Scaff, Francisco Carlos Bernal e Marcos Estevão Calvo, pertencentes à CONSAÚDE.

Procurou-se identificar, assim, um certo padrão presente nas diferentes realidades observadas, relativo aos problemas comuns que apresentam. Isso não nos permite inferir, entretanto, que o gradiente de intensidade e/ou gravidade desses problemas seja homogêneo quando se realiza uma análise comparativa entre as secretarias e nem mesmo entre as diferentes UBS que compõem uma determinada secretaria. Nem foi esse certamente o escopo de nossa investigação.

O levantamento desses problemas, para além da idéia de restringir-se ao estudo de casos, foi efetuado na expectativa de caracterizar a configuração do modelo tecno-assistencial hegemônico estabelecido para a rede básica de serviços de saúde em nosso país e, a partir de sua crítica (e do potencial de transformação que esse processo permite), propor não só a reestruturação do modelo mas também a consecução de um instrumento de planejamento e gestão capaz de auxiliar o processo de transformação necessário e desejado. Tais temas serão tratados nos próximos capítulos.

Para tanto, além das experiências referenciais relatadas anteriormente, para a consecução desse estudo foi desenvolvida a análise da experiência com as equipes gestoras de dez secretarias municipais de saúde, localizadas em três diferentes estados. Dos municípios estudados, oito estão localizados em São Paulo (Assis, Franca, Lins, Marília, Ribeirão Pires, Rio Claro, São Manuel, Porto Feliz), um no Estado do Rio de Janeiro (Barra Mansa) e um no Amapá, sua capital Macapá, localizada na região norte do país.

Essas experiências foram escolhidas em função da diversidade de situações e por sua capacidade de representar o padrão de heterogeneidade encontrado, o que as tornam significativas em torno do universo de problemas e desafios que assumem os gestores municipais de saúde na tarefa de construir e implementar o Sistema Único de Saúde e, em particular, por terem priorizado, de alguma forma, o problema

da rede básica de serviços de saúde e a necessidade de desenvolver um amplo processo de reestruturação dos modelos tecno-assistenciais em vigência.

Para tanto, procurou-se levar em consideração características distintas observadas, relativas à:

- a) diversidade regional e dimensão populacional, o que faz com que o universo epidemiológico, cultural e sócio-econômico também seja plural;
- b) esfera de governo (municipal ou estadual);
- c) modalidade de gestão, ou seja, a maneira como a secretaria de saúde encontrava-se habilitada em conformidade com a Norma Operacional Básica 01/96, do Ministério da Saúde, em vigência na ocasião;
- d) identificação da filiação partidária do chefe do executivo no período em que foram realizadas as oficinas de planejamento; e,
- e) motivo pelo qual se estabeleceu a vinculação do autor do estudo com as equipes gestoras.

Em relação ao último item, destaca-se que sua inclusão pretende identificar a posição da qual partiu o olhar do investigador, ou seja, quais os diferentes motivos que possibilitaram sua presença na realização de oficinas de planejamento estratégico nas quais foram trabalhados temas relativos à reestruturação da rede básica de serviços de saúde.

Em três das dez experiências selecionadas (Franca, Ribeirão Pires e Rio Claro), as oficinas de planejamento estratégico foram realizadas em 1997, nos primeiros meses de mandato em sequência à eleição dos prefeitos municipais. Nesses casos, coincidentemente, as equipes gestoras partiram de uma proposta que visava à realização de uma ampla reestruturação em todo o sistema municipal de saúde, procurando estabelecer um diagnóstico situacional, político-estratégico, bem como definir prioridades, objetivos, metas, operações, responsabilidades, indicadores e formas de avaliação, preparando suas respectivas equipes para a tarefa de

estruturação do sistema local de saúde, com forte compromisso político do governo municipal com os princípios do SUS.

Em relação a um dos municípios, Ribeirão Pires, foi possível ainda acrescentar o produto de oficinas realizadas em um segundo momento (dezembro de 2000), num processo em que a equipe gestora, totalmente reformulada ao longo de cerca de 4 anos, estabelecia o planejamento para o período referente ao próximo mandato municipal, uma vez que se havia obtido a reeleição da prefeita municipal e o projeto teria continuidade⁵⁵.

Em Lins e Assis, a motivação para a realização de oficinas de planejamento estratégico para empreender um processo de reestruturação da rede básica de serviços surgiu como uma necessidade, verificada tardiamente por suas equipes gerentes, de uma intervenção inicial que pretendia empreender um enfrentamento institucional à grave crise que assolava os hospitais filantrópicos conveniados ao SUS nesses municípios, mais especificamente suas Santas Casas, que agonizavam em crônicas crises gerenciais, financeiras e políticas. Especificamente no caso de Assis, foi possível identificar a existência de uma rede de unidades de saúde atuando concorrencialmente com outra rede paralela de equipes de saúde da família, implantadas a partir de 1993, e que serão objeto de considerações posteriores.

As oficinas de planejamento em Assis foram realizadas no final do primeiro semestre do ano 2000. A de Lins, no início do primeiro semestre de 2000. Porém, de forma semelhante ao observado em Ribeirão Pires (e em função do mesmo motivo), foram realizadas novas oficinas de planejamento no mês de dezembro do mesmo ano. Entretanto, diferentemente do que ocorrera em Ribeirão Pires, no caso de Lins houve a manutenção de uma parte da equipe gestora da secretaria

⁵⁵ Cabe destacar que os prefeitos dos municípios de Franca e Rio Claro também foram reeleitos, contando para tanto com forte respaldo do trabalho efetuado na área da saúde. O Secretário Municipal de Saúde de Franca, inclusive, foi eleito vereador, tendo sido o mais votado na cidade.

municipal de saúde, muito embora o comando da secretaria tenha sido alterado dois meses antes das eleições municipais.

A experiência em São Manuel, desenvolvida no segundo semestre de 1997, guarda semelhança com as anteriores, uma vez que a motivação da intervenção inicial não foi especificamente a rede básica, mas sim o equacionamento de uma situação legal – o fim pactuado de uma intervenção municipal sobre a Santa Casa local - mas que também redundou no enfrentamento dos problemas apresentados pela rede básica de serviços de saúde e na adoção de uma decisão de governo em priorizar a sua reestruturação, uma vez que a situação hospitalar, inclusive do ponto de vista político, jurídico e institucional foi equacionada a contento.

Já em relação ao município de Barra Mansa, no qual as oficinas de planejamento foram realizadas em meados do primeiro semestre de 2000, a motivação inicial partiu de duas preocupações essenciais da equipe gestora da secretaria municipal de saúde daquele município: a estruturação de um sistema de regulação e a reordenação das referências e contra-referências estabelecidas, até então, entre a rede básica de saúde e os demais serviços assistenciais e de saúde coletiva que compunham o sistema local de saúde, com prioridade para a reestruturação do Centro Municipal de Especialidades Médicas.

De todos os municípios investigados, a experiência mais instigante foi a empreendida em Marília, município do interior paulista que conta com um acúmulo histórico em relação à implementação de serviços públicos de saúde e que colhe os efeitos benéficos de uma parceria bem sucedida estabelecida entre a Prefeitura Municipal, através de sua Secretaria de Higiene e Saúde, e a Faculdade de Medicina de Marília, com o apoio do Projeto UNI - Uma Nova Iniciativa (financiado pela Fundação Kellogg). Nesse caso, a despeito da existência de uma rede básica fisicamente estruturada, de gestores qualificados, de um sistema de referências bem definidos, inclusive para o equacionamento da assistência hospitalar e dos serviços

complementares de alto custo, a equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde identificava, desde o segundo semestre de 1997, a necessidade de empreender um processo de reestruturação da rede de unidades básicas de saúde, que possibilitasse acompanhar, com o mesmo entusiasmo, eficiência e eficácia, os benefícios que iam progressivamente sendo obtidos com a implementação das Unidades de Saúde da Família na zona rural e nas áreas de maior risco epidemiológico na periferia da cidade, atendidas por Postos de Saúde ou desprovidas de cobertura de serviços básicos de saúde.

Ao mesmo tempo em que ocorria o processo de implementação das Unidades de Saúde da Família, evidenciava-se cada vez mais uma indesejada fossilização e o sentimento de que o modelo empreendido pelas UBS havia se esgotado ou caminhava nesse sentido. Ao contrário da maioria das secretarias municipais de saúde, entretanto, a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, com o apoio da FAMEMA, ao invés de abandonar definitivamente a rede de UBS, legando a elas a responsabilidade de realizar pronto-atendimento (tipo queixa-conduta), procurou estabelecer um processo de reestruturação desses serviços, com a participação dos trabalhadores da saúde, chefes das unidades, membros da comunidade e dos conselhos locais de saúde, onde estavam em funcionamento, e ainda, com a presença importante de representantes da universidade (docentes e acadêmicos de medicina e enfermagem da FAMEMA).

A experiência de Marília, sem dúvida, pelo conjunto de situações peculiares envolvidas, inclusive o tempo de acompanhamento posterior (prolongou-se até dezembro de 2000), foi a que permitiu, sem prejuízo da importância das demais, reflexões mais estruturadas.

Por outro lado, a experiência em Porto Feliz, cidade localizada na região de Sorocaba, em São Paulo, partiu de uma situação absolutamente distinta das demais. Em meados do primeiro semestre de 1998, a secretaria municipal de saúde

ocupava-se basicamente de duas tarefas: habilitar o município a uma das modalidades de gestão prevista na NOB 01/96 e equacionar os fluxos de pagamentos de subsídios municipais para dois hospitais filantrópicos existentes na cidade. Entretanto, nesse ínterim, o prefeito municipal, médico especialista na área de cardiologia, a despeito da proposta técnica da secretaria municipal de saúde e das deliberações do Conselho Municipal de Saúde, resolveu empreender uma ampla reestruturação nas cinco unidades básicas existentes no município. Para tanto, propunha que fossem destinadas, a cada uma, a tarefa de constituir-se em uma referência especializada em determinada área. Assim, uma serviria para atenção à saúde das crianças, outra para saúde da mulher, uma terceira para adultos, outra para saúde ocupacional e, uma última, seria destinada à saúde mental. Para integrar os serviços (cumprindo assim o que prevê o SUS, na visão muito particular do chefe do executivo local), constituiu-se uma linha circular, regular e articulada, de transporte coletivo, que cobria todas as unidades. A elaboração de uma análise crítica de tal proposta e a fundamentação e estruturação de outra, em contraposição, motivaram a realização de oficinas de planejamento estratégico que constituíram material de consulta e reflexão deste estudo.

A inclusão de Macapá-AP no universo de experiências analisadas reveste-se de uma importante peculiaridade, que deve ser destacada, muito embora presente, como será discutido posteriormente, enorme similitude em relação às demais experiências citadas. É que as oficinas de planejamento estratégico, no caso em questão, foram realizadas com a equipe dirigente da Secretaria de Estado da Saúde, e não com a do Município. Isso ocorreu, em virtude de não haver ocorrido, no período compreendido pelo estudo, a municipalização da rede estadual de serviços básicos de saúde. O processo de negociação entre os gestores municipal e estadual encontrava-se paralisado, fruto de profundas divergências de cunho político-partidário, da crise financeira pela qual atravessava o município e da postura pública assumida pelo município, que impunha inúmeros obstáculos protelatórios para assumir a gestão dos serviços municipais.

A secretaria municipal de saúde era responsável, até então, pela administração de apenas dois centros de saúde (um deles destinado ao atendimento médico e pericial dos servidores municipais e de nove precários postos de saúde na periferia do município). A rede básica de serviços de saúde gerenciada pela Secretaria Estadual de Saúde, por sua vez, era composta por 10 centros de saúde (sendo que destes, seis funcionavam ininterruptamente, com equipe básica acrescida de médicos plantonistas e laboratórios de análises clínicas – freqüentemente observável em UBS no norte do país, herança histórica do SESP) e 15 postos de saúde do estado⁵⁶.

Além das informações obtidas através dos relatórios das oficinas de planejamento estratégico, foram também colhidas preciosas informações registradas nos Planos Municipais de Saúde dos municípios de Assis, Marília, Rio Claro, São Manuel, Porto Feliz e Ribeirão Pires (e no Plano Estadual de Saúde do Amapá, no caso de Macapá) e em relatórios gerenciais e de avaliação de serviços básicos de saúde nas secretarias municipais de Barra Mansa, Franca, Lins, Marília, Rio Claro, São Manuel e Ribeirão Pires.

Há, evidentemente, um viés de seleção na composição deste grupo de experiências analisadas que não pode deixar de ser destacado. Os sujeitos envolvidos nesse processo, sem exceção, foram os gestores (dirigentes) das secretarias de saúde. Outros sujeitos, diretamente envolvidos - cidadãos usuários, conselheiros de saúde, trabalhadores da saúde - não se apropriaram, desde o início, desse processo. Essa questão será devidamente retomada, nos próximos capítulos. Um dos eixos fundamentais da proposta apresentada é exatamente aquele que se refere à democratização do processo de planejamento, tornando-o de fato um momento de

⁵⁶ No caso do Amapá, a Secretaria Estadual de Saúde gerenciava, ainda, toda uma rede assistencial pública de maior complexidade, composta pelo Hospital de Emergências, Hospital da Mulher (maternidade), Hospital da Criança e do Adolescente, ambulatório de especialidades, centro de moléstias infecciosas e tropicais, centro de reabilitação física, Hemocentro, laboratório de Saúde Pública (SES/AP 2000).

construção política coletiva. Porém, assim como observou CECÍLIO (1994), não se pode deixar de constatar que houve uma enorme coincidência entre os sujeitos formuladores e os decisores.

Destaque-se que numa das experiências de gestão referencial relatada anteriormente, a do Município de São Vicente, na qual também estiveram presente as mesmas preocupações que constituem o objeto em estudo, foram utilizadas estratégias de planejamento a partir da mesma fundamentação metodológica.

No processo de desenvolvimento das referidas oficinas, foram utilizadas diversas estratégias, relativamente semelhantes entre si, muito embora adaptadas a diferentes situações que se apresentaram de acordo com distintas características de cada grupo gestor, tais como: tempo disponível, urgência em relação ao enfrentamento de determinados problemas, experiência prévia dos gestores em participação em relação às técnicas de planejamento, entusiasmo das equipes etc..

O instrumento de planejamento utilizado para a realização das referidas oficinas foi estruturado a partir de uma adaptação simplificada e prática das concepções teórico-metodológicas propostas por MATUS (1989)⁵⁷, pelo Laboratório de Planejamento e Administração da UNICAMP e a análise crítica de suas experiências (CECÍLIO 1994; BUENO 1997; MERHY 1997) e pela árvore explicativa proposta na técnica ZOPP⁵⁸ (planejamento de projetos orientados por objetivos). A partir dessas referências, foi sendo dialeticamente concebido um modo próprio de conduzir as oficinas de planejamento, a partir das experiências prévias do autor, dos colaboradores e de outros sujeitos sociais que militam na área da saúde pública (“expectadores/pacientes”, “vítimas” e ao mesmo tempo “inventores” permanentes de novos capítulos do processo de planejamento e gestão que se escrevem

⁵⁷ Analisado competentemente por diversos autores (GALLO 1989; RIVERA 1989, 1992; CECÍLIO 1994; TANCREDI e col. 1998).

⁵⁸ Metodologia para elaboração de projetos criada pela GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit), agência alemã que atua no desenvolvimento de projetos estatais alemães (CECÍLIO 1994; TANCREDI e col. 1998).

cotidianamente) em que foram se desenrolando, reproduzindo-se uma tendência de apropriação e reconstrução do conhecimento e tecnologias a partir de sua massificação.

Previamente às oficinas de planejamento estratégico, foram realizadas atividades de discussão de temas e assuntos pertinentes ao projeto: palestras, mesas redondas, dinâmicas de grupo, leitura de textos-dirigidos e conferências, apresentadas por convidados (agentes externos, menos propensos à cegueira institucional), de notória especialização sobre o tema em debate. O objetivo dessa atividade era o de proporcionar aos participantes a problematização, o acesso a informações e a possibilidade da troca de idéias e experiências através do debate. Foram utilizados textos de referência para subsidiar as discussões e de acordo com o objeto em pauta era elaborado relatório contendo os resultados colhidos no seminário.

Percebeu-se que, de maneira geral, as equipes foram compostas de forma muito heterogênea, com profissionais de saúde e pessoas sem formação na área de saúde ou administração pública, inexperientes e sem acúmulo em questões relativas à saúde coletiva, planejamento e administração de serviços de saúde, agrupadas por distintos interesses (político-partidários, profissionais, econômicos, corporativos e até mesmo afetivos). Na maioria das vezes, foi necessário retomar a análise e apresentar aos participantes – gestores de sistemas locais de saúde – um conteúdo composto de temas considerados elementares, tais como: história das políticas de saúde no Brasil; SUS: princípios básicos e de organização; legislação do SUS; controle social: o papel e responsabilidade das instâncias do SUS; fundo municipal de saúde; financiamento da saúde e do SUS; orçamento público e execução financeira; programação em saúde; modelos tecno-assistenciais; organização de serviços de saúde etc. A partir dessa constatação, em diversas das experiências, desencadearam-se processos de capacitação gerencial, de forma semelhante ao descrito por BUENO (1997).

Esses seminários marcavam o início do processo de trabalho e serviam como marco referencial teórico sobre o objeto em discussão, construído de forma coletiva pelos participantes. Isso possibilitava que a partir das oficinas de planejamento fosse buscada a construção inicial de um projeto de governo, uma situação ou imagem-objetivo. Esse material era também utilizado para subsidiar a realização de oficinas de planejamento.

Através das oficinas de planejamento estratégico e a partir da experiência individual e coletiva dos participantes, obtiveram-se subsídios fundamentais para o diagnóstico e análise de situação, o levantamento de problemas e propostas de soluções, a identificação de operações e atividade concretas para se atingir os objetivos e prioridades, marcas de governo para a saúde e a definição de responsáveis, dos recursos e do tempo necessários para se atingir o objetivo esperado, de acordo com o grau de conhecimento e do acúmulo do processo de discussão.

Entre os resultados esperados dessa metodologia de trabalho, estão o envolvimento das pessoas da equipe de trabalho com a constituição de uma equipe coesa e a apropriação, por parte do grupo, das técnicas de planejamento e do resultado do trabalho. As oficinas permitiram que uma nova cultura de planejamento fosse incorporada, pelo menos em parte, nas secretarias de saúde.

As estratégias didáticas utilizadas para a realização dos seminários e das oficinas tinham por objetivo, ainda, despertar o sentimento de pertinência social, individual e coletiva, visando constituir, de fato, uma equipe de trabalho, responsável em relação aos seus compromissos, envolvendo os participantes – sujeitos gestores dos sistemas de saúde – para que os mesmos pudessem sentir-se motivados e capazes de enfrentar a tarefa de transformação da realidade.

A inserção do autor nessas experiências, apropriando-se do conceito de MATUS (1989), “planeja quem faz”, entretanto, não se restringiu, em todas as experiências

analisadas, ao momento do planejamento. Prolongou-se num assessoramento, sem função de gerência direta ou indireta, ao processo de gestão. Portanto, sem responsabilidade pela operacionalização, avaliação e planejamento permanente e direto da política de saúde.

Quanto ao período de duração e ao grau de aprofundamento dessa relação de assessoramento político-gerencial, ambos foram extremamente variáveis de uma experiência para outra.

Ainda como princípio metodológico, assume-se aqui a perspectiva de que não há neutralidade na participação do autor e dos colaboradores na coordenação das oficinas de planejamento estratégico. O técnico e o político, nesse processo, foram se integrando na medida em que se aprofundava o compartilhamento de idéias e de propósitos, motivado ou pelo compromisso mútuo ou pelo despertar, nas equipes gestoras, de um compromisso antes genérico, confuso ou mesmo inexistente com a implementação do SUS. Outro fator importante foi a expectativa de consolidação de *situações-objetivos* (MATUS), ou seja, a obtenção de vitórias concretas que transformassem o processo de gestão em um processo exitoso, capaz de garantir a saúde como um direito de cidadania e agregar gradientes de governabilidade na disputa pela hegemonia política local, fortemente presente nas administrações dirigidas pelos partidos de esquerda ou cujos prefeitos estavam comprometidos com projetos transformadores (PT, PV e PSB).

Foi possível identificar a existência de um viés que surgiu no processo de construção de um retrato da rede básica de serviços existentes, a partir das experiências aqui analisadas. Não podemos deixar de destacar que as equipes gestoras das secretarias municipais de saúde estudadas, com exceção da de Macapá (AP), demonstravam-se bastante preocupadas com os rumos e o futuro dos serviços sob sua responsabilidade, portadoras de uma postura de mudança, ainda que no campo da intencionalidade. Infelizmente, entretanto, percebemos que a

situação nacional, de uma maneira geral, é semelhante ou muito mais grave desta que aqui se descreve.

Destaca-se, por fim, que as variáveis estudadas e em função das quais será desenvolvida a apresentação e discussão dos resultados, não foram previamente estabelecidas. Foram sendo estruturadas, em sua maioria, ao longo do desenvolvimento do estudo, constituindo-se em categorias de análise que permitiram, quando devidamente processadas, estabelecer uma relação em função das matrizes identitárias e tipológicas propostas por MERHY (1997) e discutidas no capítulo anterior e a formulação da proposta de Cartas Sanitárias, como um instrumento para o processo de planejamento participativo e gestão estratégica da rede básica de serviços de saúde, objetos desenvolvidos nos próximos capítulos.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

4 OS PROBLEMAS ENFRENTADOS PELA REDE BÁSICA: REPRESENTAÇÃO DE UM DETERMINADO MODELO TECNO-ASSISTENCIAL

A análise das experiências referidas e a percepção das características predominantes do modelo tecno-assistencial hegemônico para a rede básica de saúde em nosso país, conforme descrito no capítulo anterior, permitem-nos apresentar com maior grau de detalhamento os contornos que assume a configuração dessa rede de serviços.

Como já pudemos destacar anteriormente, o levantamento de problemas a partir de um certo padrão comum às experiências analisadas, foi efetuado com a intenção de caracterizar a configuração do modelo tecno-assistencial hegemônico, estabelecida para a rede básica de serviços de saúde em nosso país.

A partir daqui, deliberadamente, procuramos não nos reportar à análise de cada uma das experiências em particular, mas identificar o que de comum apresentam entre si, os problemas que se repetem, tomam as mesmas características e, dessa forma, configuram um determinado modo de produzir saúde e organizar serviços de saúde. Assim, podemos analisá-las criticamente e explorar o potencial de transformação que esse processo permite, propondo uma reestruturação do modelo, bem como a consecução de um instrumento de planejamento e gestão capaz de auxiliar o processo de transformação necessário e desejado, temas que serão, respectivamente, tratados nos próximos capítulos.

Os serviços básicos de saúde continuam sendo o núcleo assistencial dos sistemas locais de saúde. O que pudemos observar em nosso estudo, em conformidade com o que constata CAMPOS (1991), é que a maioria dos serviços básicos adotaram a

modalidade de pronto-atendimento. Suas equipes voltaram-se para o atendimento da demanda espontânea, centrando toda a ação da unidade em função do trabalho médico e de um pequeno volume de ações, tais como vacinação, pré-natal e um pouco de puericultura.

De uma maneira geral, em relação à rede de serviços básicos de saúde em âmbito nacional, constata-se que tem sido efetuada, deliberadamente, uma verdadeira precarização da rede básica de saúde, quando não um “desmonte”. Diferentes estratégias são utilizadas para tanto, entre as quais ousamos citar, como tradução mais exemplar da falta de compromisso e vontade política: execução de um modelo de atenção pautado exclusivamente no pronto-atendimento desqualificado e de baixa resolutividade.

Vai se impondo, a partir dessa realidade, a implantação de um modelo substitutivo à rede de serviços básicos de saúde quase que como uma tendência natural, em decorrência da falência e da morte anunciada da rede básica. Isso é feito a partir de uma política governamental (que tem no Ministério da Saúde seu principal executor, muito embora os mentores provenham de outras matrizes e ministérios) que privilegia o financiamento do PSF através da liberação de recursos aos municípios que implementam fielmente a “cartilha” preconizada pelo MS, com regras homogêneas para todo o país, independente da realidade sócio-econômica, epidemiológica, demográfica, geográfica e da rede de serviços já existente em cada localidade.

O modelo assistencial identificado

De um modo em geral, as UBS foram estruturadas para atender aos usuários, em relação ao conjunto de ações situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde. Porém, é preciso reconhecer que ainda há muito que avançar em direção a um *“sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente”*(MS 1999).

Analisando o modelo vigente em Betim-MG, estudado pelo LAPA-UNICAMP, em 1995, BUENO (1997) descreve-o como *“um sistema público, pouco resolutivo, medicocêntrico, com predominância da assistência curativa, com unidades funcionando de forma a dificultar o acesso da população, ‘privatizado pelas corporações’, não priorizando as necessidades dos usuários na organização dos serviços de saúde”* (p.183). Essa descrição efetuada pode ser transposta integralmente para as experiências estudadas.

O que se observa é que a rede básica assumiu a responsabilidade, como porta de entrada do sistema, de complementar a atenção fornecida pelas unidades de Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento na tarefa de promover a triagem dos problemas de saúde, antes do encaminhamento dos usuários para os serviços públicos e privados ambulatoriais especializados, hospitalares ou para consumo de procedimentos auxiliares de diagnose e terapia (e, em determinados casos, quando não há disponibilidade de oferta de serviços especializados, para evitar o encaminhamento).

É importante observar, como bem destacou CAMPOS (1991), que apenas 20 a 30% dos casos classificados como urgência deveriam ser atendidos nos Pronto-Socorros, pois a grande maioria é constituída por problemas que exigem intervenções de pequena complexidade e compatíveis com a tecnologia disponível

nas UBS. Em função da baixa produtividade e da plethora da rede pública, terminam abarrotando os PS.

Ainda segundo CAMPOS, vale ressaltar, esses pronto-atendimentos (públicos e privados), onde acabam sendo atendidos os usuários do SUS, não estão equipados para atender adequadamente a emergências nem possuem estrutura de ambulatórios. Dessa forma, acabam não conseguindo realizar adequadamente nenhuma das duas funções.

Aí está exatamente o perfil assumido pela rede de unidades básicas de saúde, do ponto de vista tecno-assistencial. Ao mesmo tempo em que tomou para si o papel de promotor da triagem e o de reordenador da demanda por serviços de assistência médica, a rede básica assimilou o péssimo padrão de assistência médica, empobrecedor da clínica e reafirmador da abordagem meramente voltada para a doença (dissociando o doente de sua dimensão coletiva), já desenvolvido nas unidades de pronto-atendimento dos hospitais filantrópicos e privados conveniados com o sistema, caracterizado por um tipo de atenção “queixa/condução”. Esse modo de atender identifica um padrão de resolutividade para a rede básica, em termos de assistência médica individual, de baixíssima qualidade.

É importante salientar, entretanto, que esse modelo é estruturado, em tese, e no discurso oficial das secretarias municipais de saúde (e isso se reproduz fielmente nos demais níveis de governo), tomando-se como referência os princípios de organização do SUS, aplicados de tal forma que não guardam relação com a proposta original contida na Constituição Federal. Pelo contrário, os referenciais são apossados e deturpados em nome de uma racionalidade tecnicista e econômica, implícita nessa proposta de cunho reformista, conforme bem assinalou MERHY (1997).

A organização do processo de trabalho e a gestão da rede básica

O processo de trabalho, organizado internamente nas UBS, é centrado nos agentes e nos meios de trabalho e não no cliente, desumanizando, assim, o atendimento e dificultando o trabalho focado no usuário. A restrição de autonomia para as tomadas de decisões do micro espaço e as dificuldades de apoio dos níveis superiores contribuem para a desarticulação observada.

Esse modelo apresenta-se com um significativo grau de ineficiência e ineficácia, traduzido por uma baixa capacidade de resolver problemas, aliás, muito aquém do estabelecido como parâmetro pelo discurso técnico-sanitário (cerca de 85% dos motivos que levam alguém a procurar serviços de saúde). A atenção clínica e individual prevalece sobre o enfoque coletivo e epidemiológico. Os mecanismos de acolhimento, responsabilização e consciência sanitária são mínimos ou inexistentes. A saúde não é encarada como um direito de cidadania e muito menos como um patrimônio público que compete ao trabalhador da saúde e à UBS zelar.

As ações e serviços executados pela UBS são estruturados em função da consulta médica. Quando esses profissionais (que freqüentemente concentram seus horários de trabalho em determinados períodos, deixando a unidade sem cobertura em boa parte de seu horário de funcionamento) não estão presentes na unidade, observa-se uma ociosidade generalizada, com a quase paralisação do processo de trabalho, pois as atividades se dão eminentemente em função de procedimentos efetuados na lógica da pré-consulta e da pós-consulta.

A atenção odontológica, também orientada para a atenção individual, é executada como um serviço à parte da UBS, com profissionais que não se integram aos projetos e programas desenvolvidos, acomodados com a ociosidade reinante em

função de problemas relativos à permanente falta de material e à precariedade na manutenção de seus equipos.

Atualmente, com exceção de algumas atividades, tais como a de imunização, e de alguns procedimentos de vigilância epidemiológica, a maioria das ações desenvolvidas pelas unidades de saúde são orientadas para a atenção individual e curativa, sem qualquer vínculo com os usuários e a comunidade.

As consultas e procedimentos são realizados com qualidade duvidosa e há uma excessiva solicitação de exames complementares, prescrição desnecessária e pouco criteriosa de medicamentos. Inexistem protocolos e rotinas técnicas (e quando existem não são cumpridos e nem exigidos) e não se faz avaliação e controle da qualidade dos serviços ofertados (quando muito se avalia produtividade).

Falta qualidade na atenção básica, levando à duplicação de atendimentos, de modo pouco organizado. Por outro lado, essa pequena resolutividade forja uma demanda que é diariamente reprimida, constituída por usuários que não conseguem acessar os serviços de que necessitam ou são obrigados a fazê-lo através da procura de outras UBS ou PS (a chamada invasão de demanda), resultante da lógica assistencial e de organização do modelo adotado.

Na medida em que todos os esforços executados pelas UBS são voltados ao atendimento médico-individual, com desprezo ao enfoque epidemiológico, e as ações de saúde coletiva são consideradas secundárias, termina-se adotando uma postura que rejeita a responsabilidade pelos problemas e agravos à saúde que ocorrem em sua área de abrangência ou território. Conceitos como territorialização, saúde ambiental, intersetorialidade, população alvo etc não são considerados para efeito de planejamento e gestão dos serviços e nem balizam as ações desenvolvidas.

Observa-se claramente que não há um processo de trabalho mais consistente de educação em saúde capaz de transformar a consciência sanitária da população e dos profissionais de saúde. Tudo gira em torno de tentar garantir a realização de pronto-atendimento (e, mesmo assim, desde que seja de pequena complexidade).

Não há integração entre os diferentes níveis de atenção que em tese deveriam compor o sistema, inexistindo um fluxo de referência e contra-referência que, de fato, integre e articule a atenção entre os seus diferentes níveis de complexidade.

Nos municípios em que estão implantados programas de internação hospitalar, há enormes dificuldades de integração. As UBS, em geral, não conseguem assumir a continuidade dos cuidados exigidos pelos pacientes egressos de internação domiciliar e que não podem locomover-se até a UBS. Essa é uma observação que se expressa em praticamente todas as experiências analisadas. As UBS não consideram como suas as responsabilidades advindas de problemas de saúde que envolvam usuários, estabelecimentos públicos ou privados de interesse público localizados na sua área de abrangência. Lidam apenas com a clientela e os problemas que conseguem chegar à UBS. Quando muito, repassam ao serviço social uma demanda considerada “extramuros” da unidade. Essa postura pode ajudar a compreender as dificuldades encontradas e o comportamento das UBS frente à incorporação de ações coletivas e de educação sanitária, realizadas, em sua grande maioria, no ambiente fora dos domínios prediais da UBS.

O tempo máximo para agendamento da primeira consulta, em geral superior a duas semanas, em muitos casos só é obtido após meses de espera (e sofrimento ou agravamento das condições de saúde dos usuários). Ocorre um tempo excessivo de espera por parte dos usuários entre a chegada à unidade e o atendimento, com a existência de filas desnecessárias para a marcação de consultas, muitas destas impondo desconfortáveis peregrinações e obrigando os usuários a chegar ainda de madrugada nas unidades para garantir o agendamento e/ou o atendimento.

Não há garantia de consulta de retorno de acordo com a rotina dos programas (quando existem, uma vez que a maioria dos municípios não conta com propostas articuladas de integração entre o pronto-atendimento e as ações programáticas agendadas para acompanhamento ambulatorial).

Na maioria das UBS, as ações básicas são ofertadas em períodos restritos em relação ao horário de funcionamento da unidade (horário e dias definidos para aplicação de vacinas, de tratamento, de curativos, de inalação, marcação de consultas, confirmação de consultas etc), o que indica que a unidade funciona para atender aos interesses burocráticos que norteiam a organização do serviço (corporativos, institucionais, etc) e não às necessidades dos usuários.

As práticas individuais e coletivas ainda não incorporaram princípios elementares que possam garantir um grau maior de acolhimento e humanização da atenção à saúde. É freqüente a observação de atitudes, tais como: o atendimento efetuado no consultório com a porta aberta; a retirada de cadeiras dos consultórios para que o paciente ou acompanhante não possam sentar; a não realização de exames clínicos durante a consulta; servidores fumando no interior da UBS e às vezes nos próprios consultórios; resultados de exames laboratoriais constrangedoramente lidos em voz alta no telefone localizado na recepção; repetidos cancelamentos de agenda sem aviso prévio; inexistência de condições confortáveis para espera; sanitários públicos sujos, sem iluminação, tampa, assento, sabonete e papel higiênico e muitas vezes trancados (sob a alegação de que os usuários furtam os objetos de toalete ou que não há funcionários suficientes para mantê-los limpos).

Há uma banalização do sofrimento humano, agravado pelas péssimas condições de trabalho que vão provocando um pacto silencioso em torno do “trabalho morto” (MERHY 1997). Isso tudo leva a uma cultura de descrédito do serviço público e da UBS (o que vem sendo utilizado como argumento para propor sua substituição por um modelo mais barato e racionalizador).

É comum encontrar o fichário central e o fichário índice desorganizados ou estruturados de formas diferentes em cada unidade. Os fichários de controle acabam sendo arquivados no próprio prontuário médico, cujo mecanismo não permite o controle dos usuários que necessitam de um acompanhamento mais intensivo e efetivo. Há ainda unidades que mantêm prontuários individualizados para cada profissional de nível superior e não por paciente. Dessa forma, as informações referentes aos usuários ficam pulverizadas e trancafiadas nos armários de cada profissional.

Atividades de pré-consulta são mais comuns na área de pediatria, porém nos registros observados em prontuários não há identificação da atividade e muitas vezes nem a rubrica do profissional de enfermagem que a executou.

Nos registros de consultas médicas, na maioria das situações, esse procedimento também acontece, dificultando a identificação do profissional que prestou o atendimento. Vale lembrar que o registro adequado da assistência prestada ao usuário, bem como da identificação do profissional, serve de defesa para a instituição e para os próprios profissionais nos casos polêmicos (que, a cada dia, estão sendo levados com mais frequências para a promotoria pública) e para a garantia da qualidade do atendimento prestado aos usuários.

A consulta de enfermagem, na maioria absoluta das UBS que compõem as redes estudadas, ainda não foi implantada como rotina nas unidades. Poucas são as UBS que contam com o profissional enfermeiro no seu quadro de lotação e mais raro ainda é identificar situações em que os mesmos são envolvidos na realização de consultas de enfermagem.

As atividades educacionais e/ou de trabalho em grupo estão paralisados ou nunca foram realizados na maioria das unidades de saúde.

Em relação às visitas domiciliares, estas são realizadas praticamente restritas às ações de vigilância epidemiológica. A justificativa utilizada, invariavelmente, é a inexistência de viaturas disponíveis ou a escassez de pessoal auxiliar para a realização da atividade.

O agendamento de usuários para consultas de retorno é insignificante, sendo realizado em poucas unidades ou mesmo em determinados setores de algumas UBS que compõem a rede básica dos municípios.

Observa-se que em relação aos procedimentos relativos à limpeza e desinfecção de ambiente, bem como os ligados à limpeza, descontaminação e esterilização de materiais, há divergências nas rotinas e de uma maneira geral não existe padronização para a execução das técnicas. Isso gera despesas pelo uso excessivo de alguns produtos, ou mesmo erro no preparo ou na diluição das soluções, o que propicia a transmissão de infecções para a equipe de saúde e aos usuários. A situação é agravada nas UBS em que tal serviço é terceirizado.

Os medicamentos disponíveis na rede básica, em geral, fazem parte da chamada “Farmácia Básica”, mas a quantidade recebida pelas unidades é insuficiente para a demanda, principalmente em relação às drogas de uso contínuo para controle de doenças crônico-degenerativas, tais como a hipertensão arterial e o diabetes.

De maneira geral, observa-se uma significativa dificuldade para manter a rede básica de serviços de saúde supridas dos insumos e equipamentos necessários ao seu adequado funcionamento. Há constante falta de material de escritório (em várias unidades observa-se a utilização de receituários médicos improvisados), medicamentos (mesmo os de urgência e os que compõem a lista básica de medicamentos essenciais), material odontológico, de enfermagem e educativo.

A recepção é caracterizada pela má qualidade no atendimento, mantendo-se uma postura autoritária, agressiva ou de descompromisso em relação aos usuários e suas necessidades. Não há vínculo afetivo nem responsabilidade com a saúde e a vida das pessoas.

A própria organização interna da UBS e a forma com que são tratados os usuários acabam estabelecendo uma relação que, ao invés de se firmar pelo vínculo de cumplicidade e compromissos mútuos, se torna paternalista ou clientelista. Os usuários perdem a perspectiva de que a atenção à saúde é um direito de cidadania e passam a se relacionar com a UBS numa postura de submissão, como se a possibilidade de receber algum atendimento (mesmo que desqualificado) fosse a representação de um grande favor prestado pela Prefeitura, seus médicos e pelos funcionários das UBS.

A não adesão a programas de saúde e protocolos terapêuticos por parte dos usuários da rede de serviços básicos de saúde, em parte, pode ser justificada por essa relação submissa que se estabelece cotidianamente. Contribui, ainda, a baixa qualidade da atenção médica, a desorganização gerencial e um padrão ainda pior quando avaliada a relação médico-paciente e usuário-equipe de saúde.

As dificuldades relativas à comunicação também são apontadas como problema, pois a troca de informações entre a rede básica e o nível central se faz através da comunicação escrita e verticalizadas, portanto impessoal. Observam-se também enormes dificuldades em relação aos meios de comunicação, com precários serviços de malotes e transporte de exames, medicamentos e documentos, sistema de telefonia deficientes, o que, muitas vezes, determina um isolamento da UBS em relação ao restante da rede.

Mecanismos arcaicos e obsoletos de gestão de pessoal ainda são observados. Por exemplo, verificam-se determinadas unidades que paralisam suas atividades por um

ou dois dias todos os meses para que seus servidores possam ir à Prefeitura e ao banco para receber seus ordenados.

O estado de conservação e a adequação da estrutura física dos equipamentos de saúde, de uma maneira geral, são bastante heterogêneas. Uma parte é composta por equipamentos considerados adequados, de acordo com as normas técnicas de construção dos serviços de saúde. A maioria das UBS foi construída ou reformada na última década e há uma gama intensa de variações quando se compara à situação em cada um dos municípios.

Entretanto, é possível evidenciar uma regra comum: a inexistência de mecanismos que garantam a manutenção predial e a funcionalidade das UBS. Em geral, o processo de deterioração é visível, influenciando significativamente o estado de ânimo de gerentes e trabalhadores da saúde e no acolhimento, humanização e vínculo estabelecidos com a comunidade. Nenhuma das secretarias municipais de saúde estudadas mantinha uma programação anual de reforma e manutenção das unidades que tivesse sido planejada e implementada com regularidade.

O estado de conservação e funcionamento dos equipamentos disponíveis nas unidades são precários, bem como dos materiais permanentes, de tal forma que freqüentemente são suspensas atividades devido à falta de manutenção dos mesmos.

Muitas UBS, do ponto de vista técnico, caracterizam-se por serem constituídas de estruturas prediais inadequadas para o tipo de assistência que é oferecida à população, com barreiras arquitetônicas para portadores de necessidades especiais.

No que se refere ao aspecto visual e/ou de identificação dos equipamentos de saúde, pode-se afirmar que não há cuidado em manter um padrão de programação visual que oriente o público. Não há diferenças estéticas entre uma UBS e outro

órgão público qualquer (muito embora as UBS assemelhem-se mais às delegacias e distritos policiais do que às escolas). As unidades, de uma maneira geral, são escuras, desconfortáveis, pouco aconchegantes e tristes. A profusão de murais com notícias ultrapassadas, cartazes amarelados e pouco comunicativos, recados afixados na parede escritos à mão, resultam numa política de comunicação ineficiente.

O imprevisto e a falta de articulação com os demais setores governamentais responsáveis pelo planejamento das políticas urbanas fazem com que seja possível observar UBS instaladas improvisadamente em prédios alugados e (mal) adaptados. Áreas do município apresentam superoferta de serviços e outras são desprovidas de cobertura de equipamentos, caracterizando uma distribuição inadequada pelas regiões de saúde, freqüentemente desrespeitando as trilhas e rotas de circulação da comunidade.

Os programas de saúde e a rede básica

As equipes gestoras das secretarias municipais de saúde, invariavelmente, acreditam que um dos mais importantes problemas existentes em relação à rede básica é o funcionamento dos programas de saúde. Da mesma forma, acreditam que a solução dos problemas relativos às UBS (inclusive os demais) passam pela reestruturação destes mesmos programas.

Até o momento, entretanto, a maioria dos municípios brasileiros não conta com uma proposta de ação programática efetivamente estruturada. O que se vê é um modelo de atenção à saúde curativo, com baixa resolutividade e, portanto, insuficiente qualidade.

Baseia-se, fundamentalmente, na execução de procedimentos e consultas individuais, voltados para a resolução ou minimização dos efeitos das queixas apresentadas pelos pacientes ("queixa x conduta"). A rede de saúde, como um todo, se volta para atividades de pronto-atendimento, mesmo que as organizando sob alguma sistemática de agendamento. Além disso, a maioria das unidades apresenta restrições ao acesso da clientela.

As unidades, que deveriam prioritariamente desenvolver atividades de pronto-atendimento e de emergência/urgência, terminam por receber a demanda que, prioritariamente, deveria ser acolhida na rede básica de saúde. Esta, por sua vez, apresenta resolutividade muito aquém de sua potencialidade (e da necessidade dos usuários).

A fragilidade dos serviços municipais de "Vigilância à Saúde", a falta de integração dos mesmos com a rede básica e a incapacidade da rede em incorporar, cotidianamente, as ações de saúde coletiva em função da hegemonia do modelo médico-assistencial limitam a implementação de um modelo de atenção à saúde que vá além da assistência individual à doença, baseado no diagnóstico e tratamento de patologias (muito embora se reconheça sua utilidade, mesmo no novo modelo que se pretende construir).

Outra importante distorção diagnosticada é a verticalização de determinadas ações, executadas por uma única equipe de saúde ou unidade, algumas vezes denominada equivocadamente de "Programas de Saúde". Além de inadequada, sob o ponto de vista de sua organização e inserção no sistema de saúde, dificilmente consegue extrapolar a lógica da assistência individual ou do pronto-atendimento.

É importante, entretanto, não desmerecer nem desqualificar o esforço e as ações tecnicamente competentes, desenvolvidas por profissionais, de forma isolada, ou por determinadas equipes. O que não se pode é confundi-las ou tomá-las em lugar

dos programas de saúde, por não serem abrangentes o suficiente, sob o prisma da cobertura de clientela, e por não se constituírem em proposta institucionalmente desenvolvida para toda a rede, mesmo em unidades de idêntico perfil de complexidade.

A coordenação de tais programas, em geral, é executada verticalmente por profissional que compõe a direção ou assessoria da secretaria municipal, afastando-se do cotidiano das UBS. Essa concepção tem sido identificada como um entrave muito importante na implementação das ações, com peso maior do que as dificuldades técnicas e operacionais. É uma questão que se explica pela relação de desconfiança mútua estabelecida entre aquele que será o demandador de trabalho para as equipes da UBS (e, junto com a demanda, acrescentam-se tabelas, fichas, roteiros e planilhas sobre os quais o profissional da UBS não tem nenhum interesse e compromisso) e, por outro, a desconfiança de que os resultados não são atingidos em virtude da inexistência de adesão dos profissionais.

Em geral, frente à necessidade de garantir viabilidade e governabilidade para seus coordenadores, essa concepção de programas de saúde termina – invariavelmente – na realização de campanhas e mutirões, destinados a qualquer coisa, freqüentemente sem que haja nenhuma integração nem garantia de continuidade aos usuários, mesmo que tenham sido identificados casos de doenças que requeiram acompanhamento ambulatorial permanente. A campanha ou mutirão tem por finalidade o momento da campanha em si (e para si).

É possível evidenciar, também, a ausência de uma série de requisitos necessários ao bom funcionamento de uma proposta de ação programática mais elaborada e consistente, tais como: ausência de suporte técnico e de protocolos bem definidos; falta de infra-estrutura para a implantação de programas; falta de planejamento mínimo para as distintas etapas e ações envolvidas num programa; limitações em termos de espaço físico; carência de recursos financeiros e de material de apoio,

como folhetos, vídeos e materiais didáticos; ausência de equipe para apoiar a implantação e auxiliar a avaliação dos programas; inexistência de análise da sua eficácia; desconhecimento de todos os programas desenvolvidos e integração das equipes; inexistência de reuniões periódicas com todos os profissionais envolvidos nos programas.

Outros fatores que surgem como problemas identificáveis são: múltiplas e desentrosadas iniciativas concomitantes das diferentes áreas na elaboração dos programas; priorização das ações individuais-curativas em detrimento das ações preventivas e coletivas; descrédito de alguns profissionais no que se refere à prática de ações preventivas de saúde; normatizações dos programas não aplicadas efetivamente; falta de mecanismos de participação da comunidade nas discussões da saúde e em especial dos programas; falta de divulgação dos programas existentes tanto para os usuários como para os profissionais de saúde; inexistência de um sistema organizado de referência e contra-referência para os programas de saúde; e acúmulo de atividades, falta de envolvimento, motivação e disponibilidade dos profissionais na implantação dos programas.

Ressalta-se, ainda, a inadequação e ausência de estratégias programáticas frente ao perfil epidemiológico, em especial nas áreas materno-infantil e de saúde dos adultos e idosos, os quais contribuem para a elevação do perfil de morbimortalidade da população. É importante salientar, também, que apesar da não existência de programas e/ou protocolos de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, os usuários portadores de patologias crônico-degenerativas passam mensalmente por consulta médica, aumentando ainda mais a demanda reprimida na área de clínica médica. Na área de saúde bucal, o atendimento é totalmente voltado para a realização de procedimentos individuais, em geral, com vários mecanismos restritivos ao acesso da população.

O PSF como estratégia substitutiva à rede básica de saúde

O Programa de Saúde da Família, com raras e honrosas exceções, tem sido implementado enquanto estratégia de “focalização” de políticas públicas dentro de um contexto de estado mínimo e ajuste fiscal. Sob o discurso da equidade e da integralidade, a extensão de cobertura aos setores excluídos da sociedade (ou melhor, excluídos do mercado formal de consumo em saúde) está contida nas estratégias privatizantes e na lógica neoliberal, através da qual políticas como o PSF e o PAC's acabam por constituir-se numa “cesta básica” para a saúde.

Essas práticas, hegemônicas pelo Ministério da Saúde e pela maioria dos Governos estaduais como o modelo tecno-assistencial a ser implementado em detrimento de qualquer outro, têm sido verticalmente induzidas através de linhas de financiamento exclusivas para as Secretarias Municipais de Saúde que adotem fielmente os modelos preconizados pelos governos federal e estadual, conforme já foi abordado anteriormente.

Os municípios que desenvolvam outras alternativas assistenciais, mesmo que pautadas em estratégias prioritárias de acolhimento, adscrição de clientela e responsabilização sanitária a partir da territorialização, têm sido sistematicamente punidos pelo Ministério da Saúde, que não as reconhece para efeitos legais e de financiamento (o exemplo mais clássico era o Programa de Saúde da Família mantido pela Prefeitura de Niterói-RJ, desde 1993, e os de atenção domiciliar, executados em alguns municípios).

As primeiras equipes de saúde da família, em geral, quando implementadas, produziram uma avaliação precoce que gerou euforia ou esperança em parte dos gestores. Cercadas de cuidados especiais, tais como salários mais altos, seleção de

pessoal com perfil especial (em geral, servidores que aderem a qualquer projeto bem intencionado) e comunidades absolutamente carentes e desassistidas, produzem a sensação de que o modelo é essencialmente superior ao organizado a partir das UBS. A experiência tem demonstrado, porém, que esse modelo caminha rapidamente para o esgotamento de suas potencialidades, tendendo a reproduzir, e em determinadas situações de forma agravada, os mesmos problemas encontrados pelas UBS.

Municípios que apresentam uma história com mais tempo de organização em termos de equipes de PSF, como por exemplo, o Município de Assis, no interior de São Paulo, chegam a tal ponto que uma das principais reivindicações da comunidade e dos trabalhadores da saúde em sua última conferência municipal era a transformação das equipes de PSF em unidades básicas de saúde, ampliando a estrutura física existente através da alocação de pediatras, gineco-obstetras e dentistas.

Há uma baixa resolutividade implícita nesse modelo, muito embora possa ser adaptável e atuar, em determinadas situações, de forma complementar e integrada à rede de saúde, conforme será discutido no próximo capítulo. Mas, é bom salientar, a grande maioria dos gestores, ao implantar o PSF, vislumbra a possibilidade de impô-lo como um modelo substitutivo à rede básica de saúde, passando a deliberadamente tratar as UBS como um “estorvo” institucional, relegando-as a um plano ainda mais secundário na ordem de prioridades do sistema de saúde. Quando muito, assumem a função de garantir aquilo que o PSF não é capaz, o pronto-atendimento e o acréscimo de algum grau (mesmo que irrisório e de baixa qualidade) de resolutividade à atenção básica.

Rede básica e as equipe de Saúde

Nas equipes que compõem as unidades básicas de saúde residem os problemas mais comumente identificados pelos gestores do SUS. Por ocasião da realização das Oficinas de Planejamento Estratégico, observaram-se, independentemente do Estado, tamanho populacional ou orientação partidária do prefeito municipal, análises coincidentes que tendem a tornar o trabalhador da saúde – e em especial o médico – os vilões responsáveis pelo ocaso da saúde.

Mais do que uma análise que se insurge a um possível corporativismo ou a dificuldade de relacionamento com a parcela organizada do funcionalismo público através de seus sindicatos, trata-se de um sentimento de impotência gerencial gerado pela identificação da omissão, do descompromisso, da indolência e da má vontade dos servidores em relação à unidade e à atenção à clientela. É como se todos estivessem contaminados irreversivelmente por uma doença de alta infectividade, patogenicidade e letalidade. Sentem-se impotentes, em particular para lidar com os médicos. Até mesmo em situações em que este se indispõem com o restante da equipe.

Além disso, as equipes se caracterizam pela baixa qualificação profissional, constatando-se que os servidores da saúde, de maneira geral, apresentam grande fragilidade em termos de capacitação para o exercício de suas respectivas profissões.

Os critérios de seleção utilizados pelas áreas de gestão de pessoal dos Municípios, em geral centralizados e efetuados à revelia dos gestores de saúde, são apontados como nós críticos, pois geram distorções e problemas graves que se iniciam desde a admissão dos servidores. A inserção desses profissionais é efetuada, comumente, sem nenhuma preparação: lança-se o profissional diretamente no serviço, sem que

ele tenha a mínima noção do sistema de saúde, suas finalidades e diretrizes. Ele é obrigado, invariavelmente, a aprender com o colega de trabalho, definindo-se assim uma cadeia “natural” de reprodução e conformação da antipostura necessária para um modelo tecno-assistencial organizado a partir de princípios como universalidade, equidade, integralidade, democratização, humanização, solidariedade e cidadania.

O servidor não é preparado para assumir suas funções e responsabilidades. Ao longo do exercício profissional, não são desenvolvidas quaisquer estratégias de formação, capacitação e desenvolvimento. Eventualmente, participa de algum curso, com conteúdo específico para a implantação de uma nova ação, percebido pelo profissional como mais um fardo ou punição, se possível a ser evitado. É comum o recebimento de circulares e normas técnicas, por exemplo, para ciência dos servidores que, muitas vezes, nem ao menos sabem ler.

Geralmente, constata-se a inexistência ou fragilidade da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Inexiste, de fato, uma política de recursos humanos que agregue os profissionais de saúde, valorize o seu trabalho e seu papel na construção de um projeto coletivo.

A gestão de pessoal nas unidades é efetuada a partir de um padrão balizado pela hipocrisia institucional. Os profissionais de saúde vêm transformando o vínculo público num bico, em função dos baixos salários e da falta de controle e estímulo. “Fingem” estar insatisfeitos com os vencimentos e, em troca, estabelecem “esquemas” para compensação do não recebimento daquilo que se consideram merecedores. Faltam, cumprem jornadas parciais de trabalho, abusam de atrasos e faltas acobertadas pela facilidade em obter atestados médicos para licença-médica.

Institui-se, assim, progressivamente, pois se inicia pelo médico e vai se espalhando para os demais profissionais da equipe de saúde, a redução parcial (e informal) da jornada de trabalho. A partir de um padrão de produtividade mínima, libera-se o

compromisso com cumprimento do horário. Diminui, portanto, o número e a qualidade de atendimentos efetuados e fica prejudicada a implementação de projetos e ações de alcance coletivo.

Após algum tempo, pactos informais de difícil reversão vão se cristalizando, com a cumplicidade das equipes, gerentes e, muitas vezes, dos próprios gestores dos sistemas, adeptos de estratégias de não enfrentamento de conflitos (de nenhum conflito, seja com as equipes ou com as *áreas meios* do governo em busca de alternativas viáveis para essa situação). Quem perde com tudo isso, invariavelmente, são os usuários que necessitam dos serviços prestados pelas UBS (e que têm direito de recebê-los, é bom que se frise).

A partir daí, uma série de distorções vão se consolidando⁵⁹. Entre diversas, podemos destacar o acúmulo de profissionais de nível superior lotados no mesmo horário, mesmo que não existam consultórios ou equipes odontológicas disponíveis. Enquanto isso, na maior parte do horário de funcionamento da UBS, praticamente não são realizadas ações de atenção, em virtude da ausência de médicos e dentistas.

A falta de funcionários, em particular de médicos e pessoal administrativo, é sempre apontada como o mais importante problema a ser solucionado para que as UBS possam operar regularmente, mesmo que haja irracional distribuição de pessoal e ociosidade. Em geral, não há controle e a solicitação de pessoal é mais uma necessidade percebida do que minimamente identificada por algum instrumento de gestão ou de avaliação de serviços. Mesmo reconhecendo que em muitos municípios há efetivamente falta de pessoal na rede básica, destaca-se que é

⁵⁹ Uma situação peculiar foi detectada no Amapá. Nas equipes de PS lotadas nos Hospitais Gerais e o de Emergência, assim como nos Centros de Saúde que funcionavam 24h ininterruptamente, havia a presença do médico veterinário, justificada formalmente em função do elevado número de acidentes em humanos causados por animais silvestres e peçonhentos. Até que observássemos essa situação, revertida imediatamente, nenhuma autoridade sanitária havia efetuado correlação entre uma estratégia utilizada pela corporação para aumentar seus salários com plantões extras e o fato de que os usuários do SUS estavam sendo atendidos por veterinários (com a conivência dos médicos, obviamente).

possível implementar diversos mecanismos racionalizadores de organização que permitam equacionar problemas relativamente simples, tais como, distribuição entre as UBS e nas próprias UBS; concessão de afastamentos para férias e outros benefícios dos servidores previstos em lei, efetuados sem planejamento prévio e sem se levar em consideração a mediação com o interesse público e a garantia de funcionamento das unidades.

A falta de humanização, traduzida por uma negação da postura fundada no respeito aos seres humanos (acolhimento, carinho, paciência escutar e compreender as demandas alheias), é percebida não apenas no relacionamento entre funcionários e usuários, mas também se tornou uma constante entre os próprios servidores, caracterizando falta de integração e inexistência de um processo de sensibilização permanente, inserido numa política de desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Termina-se por não constituir de fato uma equipe, mas sim um amontoado de pessoas que trabalham (e muitas vezes se aturam sob o mesmo teto) numa mesma unidade.

Ainda é possível identificar, decorridos mais de dez anos do início do processo efetivo de municipalização da saúde, que as UBS, antes geridas pelo Estado ou pelo INAMPS (no caso dos PAM), ainda apresentam distorções salariais importantes e falta de isonomia, além de servidores com diversos vínculos empregatícios, cargas horárias e relações de trabalho regidas sob distintas regras.

Outro ponto a destacar: as equipes de saúde que atuam nas unidades básicas de saúde desconhecem o que é o SUS, sua finalidade, seus princípios básicos e organizacionais, além dos serviços existentes, que o conformam no município, e suas referências.

Além da falta de compromisso do profissional médico na atenção aos usuários e a sua pouca adesão aos projetos desenvolvidos, reveste-se de maior gravidade a

prática do “canibalismo” do sistema privado de atenção à saúde sobre o sistema público. Profissionais passam a utilizar os recursos públicos numa lógica privada, eticamente reprovável, mas incorporada escandalosamente ao cotidiano das UBS.

Coordenação técnica e gerencial

A análise do processo de gestão da rede básica de serviços de saúde permite observar uma enorme fragilidade no que diz respeito ao planejamento local e à coordenação técnica e gerencial das UBS.

Destaca-se, aqui, a falta de habilidade em lidar com questões cotidianas da gerência das UBS e, em particular, em trabalhar com técnicas e procedimentos motivacionais para as equipes, usuários e a própria comunidade.

Outra questão que consome os gestores locais são as demandas referentes às dificuldades de gerenciamento do trabalho médico. Seja pela especificidade técnica envolvida no processo de trabalho ou pelas relações de poder que se estabeleceram historicamente, os gerentes da UBS apresentam enormes dificuldades para controlar a frequência, assiduidade e tempo de permanência na unidade, organizar a agenda de atendimentos, bem como obter dos médicos adesão aos protocolos técnicos e fazê-los preencher prontuários, fichas de atendimentos, laudos e outros instrumentos de registro do processo de trabalho.

A inexistência de registros que permitam avaliar indicadores básicos de saúde, tais como cobertura vacinal e de pré-natal, coeficientes de mortalidade infantil e de incidência de doenças de notificação compulsória, prevalência de problemas relativos à morbidade e mortalidade nos pacientes que residem na área de abrangência de cada unidade ou mesmo do município, é uma constante. As

unidades são geridas empiricamente, através da percepção aguçada (ou nem tanto) e da perspicácia do seu coordenador, em função de suas experiências anteriores e predicados pessoais ou então estão nitidamente sem comando técnico-político. Essa última conformação é a que de fato se evidencia hegemonicamente.

É possível identificar, em parte significativa das secretarias municipais de saúde estudadas, que muitas não contam com um gerente local para a direção técnica e administrativa. Quando muito essas atribuições são delegadas ao enfermeiro ou técnico de enfermagem ou então acumuladas por um profissional que cobre várias unidades ao mesmo tempo.

É possível observar, ainda, uma indefinição das funções gerenciais das UBS. Muitas vezes, há uma concorrência entre o papel do coordenador técnico ou gerente e as atribuições do enfermeiro assistencial. Esse problema é agravado, quando a função de gerência é acumulada por um profissional da enfermagem.

Os mecanismos de controle de entrada e saída de medicamentos e material de consumo são precários. Raras são as unidades em nosso país que contam com centros de custos ou mesmo mecanismos eficientes de controle de estoque e material de consumo.

As ações de avaliação e controle do sistema de saúde, quando muito, estão voltados para a regulação da relação do órgão gestor do SUS e os prestadores privados. A relação com as UBS limita-se ao fornecimento de informações em sentido unilateral (das UBS para as unidades de avaliação e controle), ainda predominantemente marcadas pelo viés do “faturamento”, introjectado a partir da NOB 91 e que transformou as FAA (Fichas de Atendimento Ambulatorial) no único instrumento de registro de informações.

Os gerentes locais e, conseqüentemente, suas equipes, com muita freqüência, mesmo em administrações municipais de cunho progressista, dirigidas por partidos políticos de esquerda, não conhecem os princípios básicos de organização do SUS e muitos menos as prioridades, diretrizes e marcas do órgão gestor da saúde no município. Têm uma vaga percepção do papel do chamado “nível primário em saúde” e suas atribuições. Em geral, há quase nenhuma identificação dos gerentes locais com os projetos prioritários do governo municipal do qual fazem parte. Identificam seu cargo como o de exercício de uma função eminentemente técnica, negando o papel político implícito decorrente da inserção do gerente como agente político de governo. Há uma evidente despolitização, perceptível na maneira com que procuram se relacionar com os demais trabalhadores da equipe, com os usuários e na resistência em desenvolver políticas mais abrangentes, intersetoriais, mesmo que direcionadas à melhoria da qualidade de vida da população da área de abrangência da UBS.

Ao mesmo tempo, as equipes de assessores e gestores que atuam no âmbito central do sistema demonstram muita inexperiência, de maneira a provocar um sentimento de abandono, em parte verdadeiro, da rede básica de saúde, isolando política e tecnicamente os gestores das UBS, o que não permite o grau de coesão necessária para executar as políticas propostas.

Há, também, uma grande dificuldade para lidar com situações em que as unidades básicas de saúde tenham que tratar de questões relacionadas ao gerenciamento de serviços terceirizados. Isso vale tanto para as situações em que esse tipo de serviços são prestados para a própria unidade (ex: manutenção de equipamentos odontológicos, segurança e limpeza) quanto no tocante aos prestadores conveniados/contratados pelo SUS para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários. O grau de autonomia, nesse sentido, é tão limitado que em nenhuma das UBS pertencentes às redes estudadas – o que em geral se

observa em todo o país – são emitidas sequer as chamadas AIH (Autorizações de Internações Hospitalares), mesmo para hospitais públicos ou conveniados.

O desabastecimento freqüente de insumos, medicamentos e material de enfermagem, odontológico e impressos, de uma maneira geral, é importante fator na ausência de credibilidade da rede. Entretanto, em várias situações, observa-se que isso não ocorre apenas em função da incapacidade financeira e gerencial do nível central ou das secretarias responsáveis no município, pois se podem observar problemas relacionados ao sub ou hiper-dimensionamento de pedidos de materiais, descontrole no uso e na guarda, perda de produtos por vencimento do prazo de validade, indiscriminada utilização para fins privados dos insumos, ou ainda por desconhecimento do fluxo de procedimentos administrativos.

O processo de planejamento, gestão, avaliação e controle é excessivamente centralizado nos órgãos centrais da secretaria municipal de saúde. Raramente, os gerentes locais (quanto mais os trabalhadores e usuários) são chamados a participar de algumas das etapas, que não seja a de operacionalização das políticas (vertical e centralmente) decididas. Raros são os secretários ou assessores que reúnem periódica e sistematicamente os gerentes locais para o processo de planejamento e avaliação da política de saúde. Isso determina, outrossim, uma grande lacuna referente à troca de informações (em duplo sentido), o que impede apropriação de conhecimentos e da celebração de compromissos efetivos. Não há uma equipe de direção para a saúde que desenvolva um mesmo projeto em todos os níveis de gestão da saúde (central e rede).

Semelhante ao observado por BUENO (1997), que novamente traduz magistralmente o que pudemos observar: *“a disputa ético-política evidenciada nas unidades se diferenciou daquela explicitada pelo quadro dirigente, porque ali o trabalho morto se cristalizou numa realidade extremamente resistente a mudanças, que buscava a manutenção da situação vigente, respondendo assim às*

necessidades e interesses específicos, socialmente determinados, tais como interesses corporativos, práticas informais de privatização do espaço público e tecnologias de planejamento e gestão normatizadoras.” (p.186). Por vezes, institui-se um quadro de solidão gerencial, uma vez que o gerente da unidade, quando comprometido com o processo de mudanças, termina ficando absolutamente distante na condução do processo gerencial, sem o apoio tácito dos gestores do sistema. Em situação inversa, o compromisso com a mudança, expresso pela vontade política do gestor municipal de saúde, não é capaz por si só de garantir as transformações necessárias.

Observa-se, sobretudo, um enorme (e generalizado) descompromisso técnico, administrativo e político, agravados pela falta de controle social.

Ações de Saúde Coletiva e a rede básica

As dificuldades identificadas na descentralização das ações referidas são as que se relacionam ao pouco conhecimento pelos profissionais da rede do que seja o campo de ação coletiva para a rede básica de saúde. Na verdade, há pouca percepção de que o modelo tecno-assistencial adotado é inteiramente voltado à atenção individual e fundado numa clínica de baixa qualidade (pronto-atendimento). É importante ressaltar que as ações de saúde coletivas que os gerentes assumem como de sua responsabilidade são quase que inteiramente voltadas também para o indivíduo: imunização, visita domiciliar para investigação e acompanhamento clínico de portadores de doenças de notificação compulsória, visita para convocação de faltosos.

Isso é tão nítido que muitas das UBS que receberam o acréscimo de agentes comunitários de saúde (ou agentes de saúde) em suas equipes, em tese para

ampliação das ações de proteção, prevenção e controle coletivo, em pouco tempo redirecionaram esses trabalhadores para tarefas internas na unidade, principalmente administrativas (a maioria na recepção, cuidando de agendas e prontuários). Nem os agentes de controle do *Aedes aegypti* escaparam desse “desvio de função”.

As ações de saúde coletiva passam a ser elaboradas e executadas para “apagar incêndios”, organizadas por uma equipe que constitui outro setor da secretaria municipal de saúde (disposto verticalmente) que ajuda a resolver problemas que a área assistencial não pôde (e, às vezes, nem chegou a detectar ou tomar conhecimento).

É possível identificar uma falta de habilidade, e mais do que isso, uma enorme falta de vontade da equipe para desenvolver ações intersetoriais e de alcance coletivo.

Em relação à área da Vigilância Sanitária, o que se faz nas unidades são ações incipientes, restritas em algumas UBS à questão do saneamento básico e ao fornecimento de atestado médico para manipuladores de gêneros alimentícios que muitas vezes “lotam” e preenchem as “cotas” de consultas médicas previstas nas agendas dos profissionais que, dessa forma, se livram do atendimento aos usuários com queixas e casos mais complicados e demorados. As equipes de saúde da família, onde estão instaladas, são mais atuantes por conta do processo de trabalho desenvolvido (visita a domicílios, estabelecimentos comerciais e escolas da área de abrangência), mas não incorporam a vigilância sanitária na rotina de suas atividades diárias.

Na área da Vigilância Epidemiológica, o que está sendo executado pela rede básica são ações protocolizadas em nível central, que definem que parte da vigilância será executada em âmbito local, sem que haja integralidade e assunção do problema de saúde como um problema da unidade a ser resolvido pela UBS, com apoio técnico

do nível central da secretaria. Porém, a utilização efetiva dessas informações para planejamento das ações em cada UBS ainda não foi incorporada à rotina dos serviços.

Em relação às ações de controle de vetores e zoonoses, elas são desenvolvidas apartadas das UBS (mesmo que se trate de problemas de sua região de abrangência), faltando interação e envolvimento do nível local. A grande maioria das ações está concentrada em nível central e é executada verticalmente, sem que haja sequer a informação para a UBS, tais como vacinação anti-rábica, controle de roedores, pombos etc. Mesmo quando a equipe de controle de vetores do *Aedes* atua descentralizadamente, esses servidores possuem a UBS como base de depósito de material e referência administrativa. Tecnicamente, respondem verticalmente a uma coordenação central e não à gerência local de saúde.

Retaguarda e integração com serviços especializados

Um dos problemas mais freqüentemente observados em relação às unidades básicas de saúde é o isolamento e a desarticulação a que estão submetidas em relação aos demais níveis de atenção que compõem o sistema municipal de saúde.

Aqui, dois problemas centrais podem ser identificados. Em primeiro lugar, os determinados pela (falta de) qualidade da atenção individual, responsável pelo excessivo número de encaminhamentos, muitas vezes efetuados de forma inadequada e que resultam em uma sensível diminuição da resolutividade das UBS.

Em segundo lugar, os mecanismos de oferta relacionados aos serviços ambulatoriais especializados, unidades de emergência, serviços hospitalares e de

SADT, inferiores ao necessário para a maioria das especialidades e procedimentos, levando ao congestionamento do sistema de referência e contra-referência.

Em relação ao sistema de referência e contra-referência, a principal queixa é quanto à forma de agendamento, já que os usuários têm que se deslocar até o centro da cidade para a reserva de vaga na área especializada. Algumas redes operam através de cotas mensais, definidas de maneira burocrática, por séries históricas aleatoriamente.

Diante dos problemas colocados, é uma constante a observação da não garantia de referenciamento com data e hora marcados, como se tal ação não fosse uma responsabilidade da unidade para com seus usuários. Passa-se, desta forma, a responsabilidade ao usuário pelo agendamento de consulta ou procedimento especializado em outro serviço de referência.

Todos os casos que apresentem alguma gravidade, e mesmo aqueles que poderiam ser equacionados em âmbito ambulatorial, acabam sendo transferidos inadequadamente para o PS, inclusive casos sociais, sem que haja necessidade de procedimentos de urgência ou hospitalares.

Quando é possível o agendamento, há uma demora na realização da consulta e dos procedimentos, falta de confiabilidade e descrédito nos exames complementares.

O acesso dos usuários encaminhados pelas UBS constitui-se, com frequência, numa via de sofrimento, em intermináveis filas que se iniciam pela madrugada, em geral para que eles recebam atenção médica em poucos minutos, efetuada sem que o paciente seja examinado, de portas abertas, sem que receba esclarecimentos e contra-referência para a unidade. Uma atenção humilhante, desumana, ineficiente e ineficaz.

Na maioria das secretarias municipais de saúde, ainda há demanda espontânea para especialistas, inexistindo, na prática, a lógica da hierarquização na assistência.

Participação e democratização

Em relação à participação popular e à implementação de mecanismos de controle social, tais como os conselhos locais ou gestores de saúde, pode-se evidenciar que é infinitamente pequena a existência, mesmo que formal, de instrumentos efetivos de participação em funcionamento.

Mesmo em municípios que há anos prevêem em suas legislações ordinárias a regulamentação de tais mecanismos, tornados obrigações por força de lei, o que se observa é que o funcionamento de um Conselho Gestor ou Local de Saúde depende da existência de uma liderança comunitária mais interessada e com algum grau de capacidade de mobilização, e, em casos mais raros ainda, a existência de um gerente local com mais acúmulo em relação ao processo de democratização da gestão.

Entre os serviços pertencentes às dez secretarias municipais de saúde investigadas, em apenas oito serviços básicos (de um total de 168 serviços, ou seja, em apenas 4,8%) foi possível encontrar conselhos locais com funcionamento regular, mesmo que muito debilmente.

A realidade é que o discurso de democratização do processo de gestão e de garantia de mecanismos de participação social é muito mais articulado e visível do que práticas democratizantes efetivas. Há ainda um discurso recorrente de que falta capacitação e habilidade dos gestores e das equipes para implantar os Conselhos Locais de Saúde, como se o estímulo à organização da sociedade e ao exercício da

cidadania fosse dependente do conteúdo programático e de métodos ensinados em cursos de capacitação e não da construção política cotidiana junto à comunidade.

Mesmo procedimentos simples, tais como livros de reclamações e sugestões, caixas de sugestões, murais abertos à manifestação da comunidade, entre outros, não são implementados. Os gerentes não procuram a opinião dos usuários nem dos trabalhadores, insistindo numa solitária caminhada para a mesmice burocrática e o isolamento técnico e político.

De uma maneira geral, os usuários e trabalhadores são mantidos distantes do processo de planejamento, gestão e avaliação dos serviços básicos de saúde.

Observamos, ainda, ao analisarmos as agendas dos Conselhos Municipais de Saúde, um enorme descompromisso com as demandas da rede básica de saúde, raramente incluídas na pauta de discussão.

Parceria estratégica com a universidade

Nas localidades onde é possível contar com a participação da universidade, ocupada com o processo de formação acadêmica na rede básica, são identificados problemas decorrentes da presença de atividades docente assistencial na UBS. Entre esses podem ser citados os conflitos entre equipes e alunos/docentes, decorrentes da dificuldade de alguns profissionais da rede em aceitar a presença de alunos participando das atividades da Unidade. A postura de "superioridade" de alguns docentes, em função de possuir perfil inadequado ao desenvolvimento deste tipo de trabalho, também dificulta a integração efetiva. A concentração de pessoas na UBS em um espaço físico limitado, por vezes é considerado fato gerador de problemas na relação ensino/serviço.

De maneira geral, as atividades programadas (unilateralmente) pela universidade tem como objetivo a elaboração de diagnóstico de situação, sem compromisso com a efetiva implantação de ações visando à mudança, o que contribui também para dificultar a aceitação do trabalho desenvolvido pelos alunos e docentes.

5 UMA AGENDA PARA A REESTRUTURAÇÃO DO MODELO TECNO-ASSISTENCIAL DA REDE BÁSICA

A partir da contribuição de diversos autores que têm se dedicado a repensar o modo como se organizam e são prestados os serviços de saúde, em especial a produção teórica de CAMPOS, MERHY, CECÍLIO e do LAPA - UNICAMP (ao qual pertencem os autores citados), assim como a análise das dez experiências estudadas e da própria vivência do autor na gestão de sistemas municipais de saúde, procurou-se elaborar um conjunto mais amplo de propostas que permitam apontar para uma reestruturação do modelo tecno-assistencial dos serviços básicos de saúde.

É necessário destacar, entretanto, que foram utilizados como eixo referencial central para a formulação das propostas de reestruturação da rede básica de serviços e das Cartas Sanitárias, contidas nesse e no próximo capítulo, respectivamente, dois textos fundamentais. O primeiro, publicado em 1991, intitulado *"Sobre a reforma da reforma: repensando o SUS"*, corresponde ao quarto capítulo do livro denominado pelo mesmo nome, de autoria de Gastão Wagner de Souza Campos. O segundo, de Emerson Elias Merhy, *"Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho em busca da qualidade das ações de saúde)"*, foi publicado na obra *Inventando a mudança na saúde*, organizada por CECÍLIO (1994).

Parte-se do pressuposto de que qualquer método que possa vir a se constituir numa ferramenta para a democratização do planejamento e da gestão dos serviços básicos de saúde (a proposta em estudo que será desenvolvida no próximo capítulo), não pode prescindir da construção de uma imagem-objetivo referencial.

Ou seja, não é possível discutir o *como mudar* sem que se tenha claro o *quê* fazer, mesmo que isso vá se dando no decorrer do processo.

Impõe-se, portanto, dada inclusive a variedade de temas a serem objeto de investigação, estudo, formulação, debate e análise crítica, que se defina de alguma forma o processo pelo qual será desenvolvida a proposta de implementação das Cartas Sanitárias, a partir de uma *agenda transformadora* (o que mudar) e de um *processo de mudança* (como mudar).

Assume-se o pressuposto de que não está decretada a falência definitiva da rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS) como querem fazer crer aqueles que buscam fundamentar a hegemonização do Programa de Saúde da Família, a partir de uma crítica pouco criteriosa (e até certo ponto inescrupulosa) do contexto e da conjuntura política e institucional em que se dá este processo.

As UBS desempenham papel vital no desenho institucional do SUS. O êxito deste sistema, que se pauta na universalidade, equidade e integralidade, exige o funcionamento da rede básica de forma eficiente e com qualidade. A reestruturação da gestão dos serviços básicos de saúde de um Sistema Municipal de Saúde demanda um processo extremamente participativo, com permanente elaboração, redefinições de funções e métodos de trabalho. A forma como os gestores e gerentes do SUS e, em especial, os usuários e trabalhadores da saúde poderão se integrar a esse processo é decisiva para seu êxito.

A reestruturação da rede básica não deve se pautar somente na busca de uma racionalização dos recursos disponíveis, mas estar calcada em uma necessidade determinada a partir da combinação dos interesses da comunidade e a perspectiva apontada a partir do seu perfil epidemiológico, aliada à efetivação de planejamento estratégico e implementação de um sistema de avaliação permanente das estratégias, ações e metas estabelecidas, para que seja possível atingir os objetivos desejados.

Trata-se de um grande desafio, ainda não superado pela imensa maioria dos municípios em nosso país, de vital importância para o processo de implementação do Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde dos brasileiros.

Um novo modelo para a rede básica de saúde: eixos referenciais

A reorientação do modelo de gestão e de atenção à saúde, a ser desenvolvido pelas secretarias municipais de saúde (enquanto responsáveis pelo SUS), através de sua rede básica, certamente dependerá de todo um processo que garanta condições objetivas para que ocorra tal transformação.

Torna-se necessário, para tanto, redefinir e garantir a implementação dos princípios doutrinários e de organização do SUS, a partir das unidades básicas de saúde, que se constituem na porta de entrada do sistema de saúde em âmbito municipal, procurando reorientar imediatamente o gerenciamento de cada serviço, a partir dos seguintes eixos referenciais:

- *Universalização*: todas as pessoas têm direito ao atendimento, independente de cor, raça, religião, local de moradia, classe social, situação de emprego ou renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever do Estado. Deixa de existir com isto a figura do "indigente" para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho).
- *Eqüidade*: os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo, classe social e região possui problemas específicos, com diferentes modos de viver, adoecer e ainda distintas oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. Assim os serviços de saúde devem, em conjunto com a própria comunidade, identificar quais são as diferenças existentes entre os grupos da população e trabalhar em função de suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as

desigualdades existentes. O SUS não pode oferecer o mesmo atendimento e cuidado a todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares. Se isto ocorrer, algumas pessoas terão o que não necessitam e outras não serão atendidas em suas necessidades. O SUS deve tratar desigualmente situações desiguais.

- *Integralidade:* As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. O indivíduo não deve ser visto como um amontoado de órgãos e sistemas (coração, fígado, pulmões, etc.), pois é um ser humano que está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, a atenção deve estar voltada para a sua saúde e não somente às suas doenças. Isto exige que os cuidados e ações dispensados objetivem, também, erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos.

MERHY (1997) avança mais ainda, ao sugerir que as ações individuais e coletivas ofertadas pelos serviços básicos de saúde devam fazer parte de um *“cardápio tecnológico de intervenções em saúde”*, pois as unidades precisam operar sobre as dimensões dos problemas/necessidades de saúde. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de promoção (que envolve intervenções também em outras áreas como habitação, renda, emprego, lazer, segurança, meio ambiente e educação), prevenção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, de vigilância à saúde, epidemiológica e sanitária) e recuperação (diagnóstico, tratamento e reabilitação para os doentes). Essas ações de promoção, proteção e recuperação formam um todo indivisível. As unidades prestadoras de serviço, com seus diferentes graus de complexidade, configuram um sistema que deve ser capaz de prestar atenção integral à saúde.

- *Acessibilidade garantida e atendimento eficiente, afetuoso e ágil* é de fundamental importância para o êxito da reestruturação pretendida. Para tanto,

investir no processo de territorialização e de organização dos serviços torna-se fundamental. Comumente as unidades básicas tomam uma série de medidas que restringem o acesso da clientela, nem sempre a partir de justificativas racionais do ponto de vista técnico e de organização dos serviços. (Ex: limitação de horário de chegada para o atendimento, exigência de uma série de documentos e comprovantes para obter matrícula na unidade, limitação de matrículas por dia, injustificadas pela disponibilidade de recursos existentes, rigidez na exigência de comparecimento, não atendimento em função do esquecimento do cartão de agendamento ou de vacina). Em verdade, o serviço tende a ser organizado em função dos interesses dos profissionais ou da direção da UBS e não em função da população de seu território. É necessário reverter essa situação, agilizando e tornando afetuosa a relação serviço versus clientela, como condição indispensável para que haja vínculo efetivo entre servidores e usuários e para a garantia da eficácia das ações de saúde.

- *Resolutividade*: ou a necessidade de resolver os problemas da clientela, sem o que a proposta de atenção básica torna-se desacreditada e submete os usuários ao seletivo e perverso processo de exclusão dos meios necessários à promoção da saúde, instituindo-se na prática uma "medicina pobre para pobres".
- *Utilização de tecnologia apropriada*, compatível com o conhecimento científico atual e as características de atenção básica. Numa rede com as características propostas, não é possível conceber que os usuários não tenham acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos mais indicados para a resolução dos problemas de saúde mais prevalentes ou que sejam submetidos a longos e impiedosos deslocamentos para obtê-los desnecessariamente.
- *Integração*: com os demais níveis de atenção à saúde secundário e terciário, através da efetiva implementação de um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade a partir da responsabilidade assumida por cada um dos

equipamentos e equipes de saúde, nos diferentes níveis, com a vida e a saúde de cada usuário.

- *Democratização da gestão (controle social)*: através da valorização e do envolvimento dos diferentes atores (dirigentes, trabalhadores da saúde e usuários), abrindo uma nova perspectiva para o papel e atribuições dos Conselhos Gestores ou Locais de Saúde.

- *A lógica coletiva sobre o enfoque clínico-individual*: um novo modelo de saúde deve subordinar a assistência individual à idéia de ação programática e ao enfoque de risco, a partir do território de abrangência de cada unidade básica de saúde. Nesta, a assistência médica, odontológica ou de qualquer outro profissional aparece como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo. Amplia-se a assistência médica para grupos populacionais e não mais para o tratamento de doenças específicas. Introduce-se, assim, um novo modelo tecnológico de trabalho em saúde, fundamentado na *lógica epidemiológica e no enfoque de risco à saúde* (mas que não nega a clínica, subordinando-a ao olhar da epidemiologia), integrando as atividades de promoção, prevenção e cura no mesmo serviço, não apenas para o indivíduo, mas para toda a coletividade, a partir do seu território (SCHRAIBER 1993; GONÇALVES 1994; MERHY 1997).

- *Acolhimento, responsabilização e consciência sanitária*: garantindo-se o acesso imediato ao serviço e a todos os recursos tecnológicos necessários para defender a vida, instituindo uma nova relação "instituição-usuário", humanizada e acolhedora, que garanta, ainda, o acesso à informação desde o ponto de vista individual até o coletivo e a equidade. Para tanto, é necessário que a equipe de saúde assuma a responsabilidade pela preservação, recuperação e promoção da saúde da vida dos cidadãos que vivem ou trabalham em seu território de abrangência. Dessa forma, é possível contribuir para elevar a consciência sanitária das pessoas e dos diferentes grupos que compõem a sociedade.

Esse conceito, aplicado à saúde, extrapola a dimensão contida nos dicionários, perpassando a dimensão subjetiva dos sujeitos que acolhem e os que são acolhidos, resultando numa dimensão de inter-relações onde acolhimento passa a ser entendido como *“a construção de um novo modo de ver a doença, como responsabilidade social, a construção de novos valores de solidariedade, compromisso e construção de cidadania (...) com a construção de uma nova ética: da diversidade, da tolerância à diferença e à inclusão social”* (BUENO 1997, p. 191).

- *A saúde e a vida como patrimônio público:* atuando para que a saúde individual e coletiva seja respeitada como direito de cidadania e garantindo aos usuários acesso aos mecanismos institucionais e tecnológicos que defendam sua vida.

A rede básica e a descentralização da gestão

Em função da necessidade de garantir de fato a reestruturação da rede básica e a implementação de programas e projetos estratégicos de saúde considerados prioritários, torna-se fundamental que as estruturas de coordenação regionais, existentes em cidades de médio e grande porte, tais como os Distritos, Módulos ou Direções Regionais de Saúde, sem a criação de uma pesada estrutura burocrática, possam acompanhar, assessorar e avaliar este processo.

Os dirigentes dos distritos ou regionais de saúde, para tanto, deverão prioritariamente se ocupar da tarefa de coordenação do planejamento, de implementação das ações e de avaliação e controle do seu território de saúde. Isso exigirá, com total prioridade, uma maior presença do coordenador junto à direção, à equipe de saúde e aos usuários das UBS.

A definição das referências especializadas, assim como a coordenação de ações desenvolvidas em conjunto com outras unidades e serviços da secretaria municipal de saúde, deverão ser garantidas pelos coordenadores. Para tanto, deverão articular o processo de hierarquização, integração, regionalização e o sistema de referência e contra-referência, inclusive em relação aos serviços vinculados à área de saúde coletiva que ainda atuam sob forte estrutura horizontal, mesmo os que hoje são tratados por serviços de Vigilância à Saúde (ou “em” saúde), que configuraram muito mais uma alteração de nomenclatura do que propriamente de postura e um projeto institucional diferenciado.

A implementação de coordenações regionais de Saúde, em municípios maiores, é extremamente importante para o processo de descentralização técnica e administrativa do Sistema Único de Saúde. Permite a implantação e melhor apropriação de modernas técnicas de gerência e de organização dos sistemas locais de saúde, através da valorização dos métodos de planejamento e programação, reafirmando as diretrizes da territorialização e da hierarquização como condutoras do desenho organizacional dos sistemas locais de saúde.

Partindo desses pressupostos, é conveniente discutir também os processos de trabalho e as relações das unidades de saúde com o sistema, a clientela, a universidade (quando presente) e a sociedade como um todo. Isso se torna necessário na medida em que a instituição dos Distritos de Saúde, por si só, não têm o poder de alterar o modelo vigente nem de unificar as várias organizações de saúde ou viabilizar a integração das práticas sanitárias, já que a implantação de distritos costuma ser concebida como ações restritas à mera divisão de território, da população e de pedaços do sistema, sem maiores alterações do modo concreto como são produzidos serviços e como é gerenciado o cotidiano dos serviços públicos de saúde.

Em verdade, a separação artificial entre as reformas da estrutura administrativa e do desenho organizacional, por um lado, e as do modo concreto de produzir atenção médico-sanitária, por outro, tem conduzido inúmeros esforços a alcançarem pequeno impacto sobre problemas de saúde e mesmo sobre a eficácia dos serviços. Sem uma definição de estratégia, sem grande dose de disposição e vontade política, não haverá eficácia social nas atividades oferecidas pelo Sistema Único de Saúde.

A descentralização da gestão é essencial na construção de um modelo técnico-assistencial transformador para a rede básica de serviços de saúde. Deve ser entendida como um processo de redistribuição do poder, dos recursos, da responsabilidade e de papéis entre os vários níveis de governo, até a unidade básica de saúde, pressupondo, obviamente, compromisso e capacidade dos atores envolvidos, partindo da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. A descentralização e a implementação de graus de liberdade cada vez maiores que permitam fazer germinar e florescer a criatividade e o compromisso com a mudança, na perspectiva de atender às necessidades da população, será melhor discutido no próximo capítulo.

Rede básica: dispositivo de um novo modelo de atenção à saúde

A partir dos princípios básicos e de organização do SUS, anteriormente discutidos, pretende-se que a rede de unidades e serviços básicas de saúde (UBS) possa ser reestruturada ao longo de um período a ser definido, conforme o grau de prioridade e as condições técnicas e políticas existentes.

As UBSs deverão constituir-se definitivamente, para sua área de abrangência, como porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, pois são o núcleo do modelo de

atenção à saúde a ser implantado. São os serviços em que se dá o primeiro contato e onde se estabelece maior vínculo com a equipe de saúde.

Devem ser equipadas e reestruturadas, física e gerencialmente, para realizarem, com qualidade e resolutividade, possíveis ações e procedimentos previstos nos programas e projetos prioritários de saúde que serão implantados por critérios de riscos, tais como consultas médicas e odontológicas, exame preventivo de câncer ginecológico, inalação, curativos, vacinação, visitas domiciliares, trabalhos em grupos e educativos, coleta de exames laboratoriais, distribuição de medicamentos, preservativos, planejamento familiar e ações de vigilância epidemiológica.

A partir da regionalização da saúde, através da delimitação dos territórios e da população-alvo de cada UBS, deverá ficar claramente estabelecido que cada serviço será responsável, além dos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área, pela saúde e vida dos cidadãos que ali residem, estudam e trabalham, devendo ser capaz de identificar os problemas de saúde mais relevantes, quais os indivíduos ou grupos mais suscetíveis ao risco de adoecer e/ou morrer, assim como planejar e executar ações mais adequadas para o seu enfrentamento. Sob sua responsabilidade ficarão as escolas, creches, asilos, sociedades de amigos de bairro, ambientes de trabalho e outros equipamentos sociais ou de interesse público que estejam localizados em sua área de abrangência (bairro ou conjunto de bairros).

Será possível, assim, garantir respostas concretas às diferentes realidades sócio-econômicas e epidemiológicas de cada região da cidade, identificadas pela equipe de saúde ou demandadas pela própria comunidade. Deve-se construir progressivamente uma maior identificação do conjunto de usuários com a sua UBS, exigindo, por outro lado, um grau cada vez maior de compromisso e responsabilidade dos profissionais de saúde, da direção da UBS e da própria Prefeitura Municipal com o cuidado individual e a saúde coletiva dos cidadãos.

É necessário priorizar e implantar o processo de padronização de materiais de consumo e garantir regularmente o fornecimento de medicamentos, insumos, material odontológico, exames complementares, a manutenção predial e de equipamentos, assim como a implantação de protocolos técnicos para os programas de saúde e o aprimoramento do sistema de informações das UBS.

Mas o grande desafio é o de criar uma nova cultura e consciência sanitária, onde usuários e trabalhadores da saúde tenham clareza dos seus direitos e deveres. Neste sentido, o papel da nova rede básica de saúde é fundamental para a promoção da saúde e da qualidade de vida.

A rede básica de saúde, distribuída geograficamente segundo aglomerados populacionais que constituem as denominadas regiões de saúde, correspondentes à área de abrangência e responsabilização sanitária de cada UBS, deve realizar duas tarefas principais, organizadas de forma integrada: em primeiro lugar, prover o atendimento ambulatorial básico a todas as faixas etárias, incluindo-se as ações programáticas e as intercorrências clínicas; e, concomitantemente, desenvolver ações de Saúde Pública ou Saúde Coletiva (CAMPOS 1989).

A modalidade de atenção baseada nas consultas individuais e no pronto-atendimento, além de inviável financeiramente, merece ser questionada em relação a sua adequação tecnológica. Embora seja uma prática antiga, não acompanhou o desenvolvimento técnico-científico da saúde pública e do saber clínico. Não apenas no sentido da incorporação de equipamentos ou de instalações mais sofisticadas (destinadas ao hospital), mas à combinação de saberes e de práticas impossíveis de serem realizadas por um único profissional - programação, educação em saúde e epidemiologia - limitando a capacidade da porta de entrada (UBS) de resolver problemas de saúde.

Por outro lado, a persistência dessa prática, fundamentada na atenção médica individual e na modalidade do pronto-atendimento, tem reforçado cada vez mais o papel dos hospitais e dos pronto-socorros.

Como implantar um novo modelo sem perder o que há de positivo no modelo a ser superado? Sem dúvida, é preciso reconhecer que o consultório médico garante vinculação estreita entre o profissional e o paciente, facilitando o envolvimento do médico com as famílias. Possibilita, também, um maior controle do usuário sobre o trabalho médico. Deve-se, portanto, desenvolver uma alternativa assistencial que incorpore suas características positivas e que, ao mesmo tempo, possibilite a inclusão de outras práticas e de outros saberes.

A consulta médica, assim como todo e qualquer outro procedimento individual ou coletivo, não deve, entretanto, restringir-se a sua dimensão intra-muros. Deve-se romper a atitude passiva, expectante, que caracteriza atualmente a rede básica, incorporando ações individuais e coletivas a serem realizadas por toda a equipe na comunidade.

A reorganização da rede básica deve reverter a centralidade do hospital e da atenção individual, permitindo um processo gradativo de desospitalização, de esvaziamento de algumas funções do hospital e da procura irracional pelo atendimento no Pronto-Socorro. Tudo isso deve - e pode - ser absorvido pela rede básica de saúde, reservando o PS apenas para os casos graves, cuja complexidade ou situação de risco imediato assim exija.

A reestruturação das UBS deve, ainda, capacitá-las a prestar pronto-atendimento às intercorrências clínicas (alívio do sofrimento agudo, imprevistos resultantes de súbito agravamento de pacientes acompanhados em programas de saúde desenvolvidos pela rede, atenção às urgências de pequena e até mesmo de média complexidade). Mas deve assegurar em sua rotina de trabalho o acompanhamento posterior de

parte dessa demanda de "eventuais". Desta forma, procura-se evitar a negação da clínica enquanto uma das atividades nobres a ser desenvolvida pelas equipes de saúde de cada UBS. Assumir a demanda espontânea passa a ser uma tarefa essencial, na medida em que permite a adesão da população ao serviço, desde que o atendimento se torne mais qualificado e determinados riscos sejam tomados como objeto para as ações coletivas (CAMPOS 1991; MERHY e col. 1991).

Para tanto, é necessário que haja flexibilidade no perfil de organização das unidades de saúde. Estas ações devem ser incorporadas fundamentalmente nas unidades de maior porte. As pequenas UBS e postos de saúde localizados na zona rural, assim como as equipes de saúde da família, onde forem adotadas, devem estar vinculadas a unidades maiores, funcionando como postos-satélites, muito embora seja importante reconhecer, a priori, uma menor resolutividade destas unidades.

As UBS devem estruturar-se a partir de quatro áreas básicas: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso e saúde bucal,

Um dos objetivos da proposta de reorganização do modelo de atenção, aqui proposto, é romper com a impessoalidade e falta de compromisso reinante nos serviços públicos de saúde, através da adscrição progressiva da clientela não direta e exclusivamente ao médico, mas a cada uma das equipes de saúde existentes na UBS e de uma abordagem mais abrangente em grupos, conforme a especificidade de cada situação.

A implantação do sistema de adscrição deve ser gradual e parcial, reservando-se parte da capacidade de atenção - e da agenda dos profissionais - para casos eventuais não inscritos dos programas de saúde.

O esforço para que não se incorra no risco de burocratização pode partir da implantação de mecanismos que obriguem as equipes a dar conta de eventos

inusitados ou de casos novos, incorporando-os às rotinas do serviço, a partir do compromisso de cada equipe em atender a certo número de casos eventuais e de manter um certo espaço no processo de trabalho para absorver novos problemas de saúde da região. Pode, ainda, estruturar escalas em regime de rodízio, em que parte da equipe fique responsável pelo pronto-atendimento e possíveis novas demandas de pacientes ou da comunidade.

Para ultrapassar as barreiras que estão colocadas, as equipes das UBS devem repensar seu processo de trabalho, reorganizando-o na perspectiva de alta cobertura populacional e de acompanhamento contínuo das famílias. Devem, ainda, abandonar a forma tradicional de fazer atenção à saúde, que prioriza o atendimento pontual (queixa-conduta), não programático, e buscar soluções mais criativas, não centradas no médico e sim na equipe de enfermagem, nos agentes comunitários de saúde, em parceria com voluntários da comunidade, movimentos populares de saúde, tais como a Pastoral da Saúde e a da Criança (ligadas à Igreja Católica) e outros, que tenham como população alvo, não o indivíduo e sim grupos vulneráveis da comunidade. Dessa forma, será possível conquistar a clientela da área de abrangência, sem "territorializar por decreto", mas sim por acolhimento e resolutividade nas ações planejadas.

Diretrizes para a reestruturação da rede básica

A reestruturação da rede básica de saúde, a partir da adoção de um modelo técnico-assistencial transformador, pressupõe a adoção das seguintes diretrizes:

- **Humanização e defesa da vida:**

Para que se possa construir um novo nível de consciência sanitária, é fundamental que haja a humanização do atendimento. É tarefa da UBS o intercâmbio, com a população, de informações médicas, epidemiológicas e de política de saúde, tanto individualmente, no dia-a-dia, durante o atendimento, como coletivamente, através de grupos, discussões e dos Conselhos Locais de Saúde, combinando o interesse e a preocupação das pessoas com o interesse técnico do serviço.

A humanização deve ser prioritariamente perseguida. Os usuários devem se sentir respeitados, apoiados, informados, protegidos e estimulados pelo serviço de saúde. Podem e devem ser adotadas medidas simples, como, por exemplo, o fechamento das porta durante o atendimento, o reconhecimento por parte da equipe de que as pessoas têm direito à informação sobre seu exame, medicação e organização do serviço, entre outros.

- **Acolhimento:**

Uma proposta essencial é a constituição e operacionalização de equipes de acolhimento nas unidades, que garantam o atendimento a todos os usuários, conforme o grau de prioridades que venha a ser definido pela equipe de acolhimento. Procura-se permitir, desta forma, que a demanda trazida pelos usuários, aqui entendida como necessidades concretas, seja recebida. Que os problemas sejam escutados, avaliados e encaminhados de acordo com suas necessidades e no exato grau de pertinência necessário, desde simples orientações, pedidos de exames, trocas de receitas, fornecimentos de medicamentos já prescritos, até encaminhamentos para outras unidades e problemas relativos a outras áreas do governo.

As UBS devem permanecer abertas para acolher pessoas que buscam alívio para os seus sofrimentos ou resolução de seus problemas de saúde. Dessa forma, devem realizar atendimentos não programados a pacientes que apresentem queixas e necessitem de atenção, encaminhando ao pronto-socorro apenas os pacientes que procurarem a UBS com perfil de urgência.

Deve-se garantir agilidade no atendimento, bom aproveitamento dos recursos, eficácia das ações e respeito aos direitos e necessidades dos pacientes. A recepção tem que contar com pessoal qualificado, pois ela é o ponto estratégico da UBS, fornecendo informação segura, procedendo encaminhamentos corretos e mantendo os arquivos organizados e com qualidade.

Por outro lado, exigirá um esforço muito grande para reverter a cultura dos usuários, que procuram diretamente o pronto-socorro ou a assistência especializada, principalmente a hospitalar, para problemas que poderiam e deveriam ser resolvidos nas UBS.

- ***Resolutividade:***

Os pacientes acompanhados pelas UBS devem sair o mínimo possível de sua região. Para tanto, é necessário reorganizar a área de apoio diagnóstico e terapêutico. Isso é possível, por exemplo, através da incorporação de pequeno número de leitos para observação e aplicação de tratamentos, da coleta e até mesmo a realização de maior número de exames possível na própria unidade, assim como a devolução do resultado, de preferência diariamente, através da utilização de recursos tecnológicos simples, como fax e correio eletrônico (CAMPOS 1989).

O maior número possível de atividades deve ser oferecido diariamente e em todos os períodos. Não devem ser criados obstáculos burocráticos aos clientes. Ninguém

deve ser dispensado por ter esquecido ou não possuir determinado documento. A equipe deve assumir um compromisso ético com sua clientela, disponibilizando seu conhecimento e capacidade profissional para a resolução dos problemas apresentados e que possam ser resolvidos na própria UBS.

Pretende-se que seja superado, assim, o conceito de resolutividade para a rede básica de saúde enquanto um padrão de baixa complexidade tecnológica. Trata-se, em verdade, de uma concepção que rompe definitivamente com a visão hospitalocêntrica que claramente perpassa o sistema de saúde para instituir um modelo *redebasicocêntrico*, *“no qual deve estar explícito que os serviços especializados servem como ajuda, em uma relação de produtores e clientes interestabelecimentos”* (MERHY 1997).

A incorporação de tecnologia na rede básica, ao invés de ser efetuada de forma padronizada (o que leva muitas vezes à aquisição de equipamentos que os profissionais de saúde não sabem utilizar) deverá ser efetuada de forma dirigida às equipes e unidades que demonstrem compromisso e qualificação técnica adequada.

- **Estrutura física:**

Quando necessário, as unidades devem ser reformadas, ampliadas e/ou ter sua estrutura física adequada ao modelo de atenção à saúde a ser implantado, dentro de um cronograma financeiro viável, a ser definido pela secretária municipal de saúde.

Os cuidados com o acolhimento e o bem-estar dos usuários, assim como a comunicação visual, a manutenção predial, a higiene e a limpeza devem ser zelosamente observados. Enquanto um serviço voltado para a saúde, a unidade deve ser mantida impecavelmente limpa, observando-se os padrões e normas técnicas específicas a cada uma de suas instalações e equipamentos. Devem ser

eliminadas as barreiras arquitetônicas e efetuada a adaptação dos sanitários, para o acesso dos usuários portadores de necessidades especiais.

Os sanitários dos usuários devem ser mantidos com o mesmo padrão de higiene, normalmente disponível nos sanitários reservados aos servidores. Nada justifica a ausência de tampa e assento nos sanitários, sabonete, papel toalha, papel higiênico, iluminação ou a proibição do uso.

- **Equipe de Saúde:**

É preciso alterar o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, representado como doença - escapando da “ditadura do trabalho morto em saúde sobre o trabalho vivo” (BUENO 1997; MERHY 1997).

Cada um dos setores deve conter várias equipes de saúde, compostas por um conjunto de profissionais - competentes e com adesão ao projeto de trabalho - para prover atenção integral aos usuários: médicos clínicos, pediatras e gineco-obstetras, dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares de higiene dentária, escriturários, agentes de saúde, recepcionistas, serventes e vigias. Generalistas devem ser lotados em regiões isoladas e fracamente povoadas, nas quais a adoção de equipes com a composição acima descrita é inviável.

Devido à ampliação das atividades a serem desenvolvidas nas unidades serão necessários profissionais administrativos com treinamento em saúde para colaborar na coleta de informações, organização de almoxarifado, farmácia, prontuários e outras atividades, liberando a equipe de enfermagem para as ações de atenção individual e coletiva.

É necessário propiciar capacitação constante, através de oficinas de trabalho, por exemplo, para todos os níveis, e estimular a educação e o desenvolvimento

continuado em serviço. Mas é fundamentalmente necessário investir na valorização das relações humanas (acolhimento, relação, cumplicidade, confiança, esperança, vínculo, aceitação) na produção do cuidado ao cliente.

Não se deve assumir os padrões históricos de alocação de pessoal como definitivos. Quando necessário, deve-se redimensionar a lotação dos trabalhadores da saúde através da contratação ou realocação, tendo como parâmetro os perfis dos problemas e dos procedimentos considerados prioritários.

A estruturação das equipes deve romper com a ultrapassada divisão do processo de trabalho, seguindo categorias: corpo clínico, serviço de enfermagem, setor odontológico e área administrativa. Cada equipe deve responsabilizar-se pelo conjunto de problemas apresentados pelos usuários, pelas ações planejadas e pelos problemas coletivos pertinentes ao território de cada UBS, como o trabalho com creches e escolas, meio ambiente e ambientes de trabalho, com grupos expostos a maiores riscos de adoecer ou com menor grau de autonomia, como idosos, doentes mentais, portadores de patologias crônico-degenerativas e jovens.

O trabalho em equipe não pressupõe qualquer idéia de apagamento dos diferentes papéis e funções entre os trabalhadores, nem sequer da ilusão de liquidar com o poder médico. Pretende reduzi-lo e aproximá-lo através da integração a um novo contexto de participação democrática. Não se romperá, portanto, com a divisão de trabalho entre as diferentes categorias e especialidades. O somatório das práticas dos diferentes profissionais e a atuação conjunta da equipe é que garantirá a integralidade das ações. Alguns trabalharão com a atenção individual, outros com maior ênfase no campo da promoção e da prevenção. Não existe o profissional "integral". A diferença é que se atribui a responsabilidade a todos pelos resultados do trabalho coletivo. Resultado, obviamente, deixa de ser entendido como a produtividade pela produtividade.

MERHY sintetiza esta análise ao afirmar: *“Deve-se valorizar a formação de unidades baseadas em equipes autônomas, do ponto de vista da gestão do processo de trabalho dentro do conjunto de lemas estratégicos definidos na política governamental e social pela garantia: do acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização, resolutividade e efetividade, valorizando que a estrutura de necessidades deve se dar no processo de relação entre os usuários e os trabalhadores, nos serviços de saúde”* (1997,p. 227).

- **Coordenação técnica e gerencial:**

Cada UBS deve contar com uma direção técnica (em tempo integral e com remuneração adequada) que representa, na prática, o papel de autoridade sanitária de seu bairro ou região, subordinada gerencialmente aos Coordenadores dos Distritos de Saúde ou outra área, dependendo do desenho organizacional adotado, respondendo pelas ações e decisões da Prefeitura Municipal, em especial as relacionadas à saúde.

A efetiva implementação deste modelo depende muito do adequado compromisso político e da capacidade de liderança e gerenciamento. A consolidação do papel e do espaço dos coordenadores de unidades básicas e dos distritos é decisiva.

É necessário trabalhar o planejamento e a gerência da rede básica e de cada UBS de uma maneira integral, constituindo um “sistema de alta responsabilidade” em todos os níveis do sistema. Descentralizar a gestão, avaliar de forma sistemática e democratizar a decisão são fundamentais para que se imponha um novo modo de gerir a saúde (MERHY e col 1991).

A gerência dos serviços básicos, dessa forma, requer um profissional com um novo perfil, com *“habilidade de gerenciar, planejar e organizar os serviços de saúde na*

busca de uma sempre maior capacidade de resolver problemas da área, lidando com todo o complexo de determinantes desses processos” (CAMPOS 1989).

- **Acesso:**

O serviço deve estar acessível para toda a população no maior tempo possível. Os horários de funcionamento da unidade e dos funcionários devem ser acertados para que a unidade fique aberta pelo menos das 7h às 19h.

Deve-se organizar um atendimento às urgências (pronto-atendimento) durante todo o horário de funcionamento do serviço, mesmo em dias de reunião e/ou de treinamento dos profissionais. A recepção não pode ficar sem ninguém em nenhum momento (MERHY e col. 1991).

As pessoas têm direito a receber uma informação imediata e segura a respeito do que procuram no serviço. As UBS deverão ampliar, na medida da necessidade e da dinâmica social de cada região de saúde, o seu funcionamento efetivo até às 21h, inclusive com atendimento médico e odontológico. É preciso que as UBS funcionem doze a dezesseis horas por dia.

Algumas, estrategicamente escolhidas em função da área de abrangência de cada região ou associação de territórios entre duas ou mais áreas, devem funcionar também aos sábados e domingos, ainda que neste período tenham uma composição mínima de servidores.

- **Organização a serviço da clientela:**

Todos os usuários atendidos devem ter seu prontuário, no qual conste claramente o atendimento efetuado (hipóteses diagnósticas, conduta, procedimentos efetuados e

solicitados) e o responsável. As fichas devem ser arquivadas de forma organizada, em ordem numérica crescente.

Todas as unidades devem possuir fichário índice por ordem alfabética. Quando o usuário for menor de cinco anos, o prontuário deve conter o cartão de vacinação e o gráfico de crescimento. O mesmo cuidado deve ser tomado em relação às gestantes. Os prontuários deverão receber tarjas coloridas, conforme padronização estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde para a inclusão em determinados programas de saúde.

Os usuários incluídos em programas de saúde, conforme padronização de condutas e protocolos a serem estabelecidos, devem possuir Ficha de Controle dos Programas, pela qual será efetuada o controle de presença, alta do programa e avaliação de resultados.

O pessoal de recepção deve dispor de agendas com a disponibilidade de cada profissional e proceder aos agendamentos, com dia e hora para pacientes. É a recepção que encaminha para: consulta médica, atendimento de enfermagem, atendimento básico, consulta odontológica, trabalho de grupo e demais atividades realizadas na unidade. Não se deve subdividir a consulta em "pré" e "pós-consulta", pois tal divisão não tem demonstrado bons resultados na maneira de organizar as atividades, tornando o atendimento moroso, impessoal, duplicando ações e diluindo responsabilidades.

O agendamento deve ser efetuado de maneira simples e, preferencialmente, com um mínimo de padronização nas diferentes UBS. Para jornadas de 20hs semanais, em relação aos médicos, devem ser oferecidos pelo menos vinte atendimentos nas agendas dos clínicos e pediatras, quando a atenção não for orientada pela ação programática.

Destes, propõe-se que em média dez atendimentos sejam destinados para consultas previamente agendadas e seis destinados a clientes que procurem a unidade com intercorrências clínicas ou urgências. Mas em cada UBS será possível estabelecer um padrão apropriado ao perfil e necessidade de sua clientela.

O atendimento ginecológico, enquanto não estiver organizada a implementação do Programa de Saúde da Mulher, deve destinar oito consultas previamente agendadas e o mesmo número para eventuais, com prioridade para a atenção às gestantes que apresentem intercorrências e as mulheres com quadro de amenorréia - com ou sem diagnóstico de gravidez - em função da necessidade de iniciar o mais rápido possível a atenção ao Pré-Natal e aumentar a concentração de consultas destinadas às gestantes.

As consultas de saúde bucal, ofertadas a usuários de todas as idades, ao invés de priorizar a ampliação imediata do número de pacientes agendados, devem dar conta, no processo de organização da agenda, de priorizar a conclusão dos procedimentos bucais realizados nos usuários, reservando-se, entretanto, sempre espaço na agenda dos dentistas para pacientes eventuais que apresentem intercorrências odontológicas.

Após a implementação dos programas, a dinâmica de agendamentos deverá ser progressivamente alterada, em função da adesão das equipes e dos profissionais de saúde aos protocolos sugeridos pela Secretaria Municipal de Saúde e pactuados com os profissionais de saúde a própria comunidade.

O agendamento deverá, previamente, estabelecer os períodos destinados às reuniões, treinamentos, feriados e pontos facultativos para que não haja prejuízo aos usuários. As atividades de grupos em que os profissionais estiverem envolvidos também deverão ser previamente agendadas, evitando-se desnecessárias remarcações de consultas.

As consultas realizadas pela enfermagem também deverão obedecer a prévio agendamento, principalmente as inseridas em ações programáticas. Entretanto, os enfermeiros deverão dispor de grande flexibilidade na composição de sua jornada de trabalho, em função das diferentes e importantes atividades assistenciais, de supervisão e de organização do trabalho. Detêm, ainda, papel estratégico na avaliação e orientação, através de consulta de enfermagem e de pacientes eventuais.

A consulta médica deve ocorrer por procura espontânea do paciente ou por proposta do serviço (programas de saúde). As urgências e intercorrências devem ter prioridade. Quando o paciente procura a unidade e não há capacidade de atendimento e não se trata de uma urgência deve ser oferecido um agendamento. O atendimento deve ser registrado de forma precisa, legível e que permita a utilização das informações contidas no prontuário para análise e acompanhamento da evolução dos clientes matriculados na unidade.

Mais do que nunca é preciso investir na mudança de paradigma que fundamente a atenção médica, caminhando para uma medicina baseada em evidências, rompendo a limitação imposta pelos mecanismos de controle (quando existem!) de atuação do profissional médico levando em conta cotas limites para solicitação de exames, encaminhamento para serviços de referência e prescrição de medicamentos não padronizados.

O atendimento de enfermagem deve ser realizado pelo auxiliar ou técnico de enfermagem e pelo enfermeiro. Também deverão ser ofertados para procura espontânea ou por proposta do serviço (atenção programática): seguimento de crianças, pré-natal, controle de hipertensão, visitas domiciliares, dentre outros. Todas as atividades devem ser registradas no prontuário do paciente, inclusive o agendamento e, quando for o caso, nas fichas de controle do programas de saúde. Os atendimentos básicos deverão ser ofertados diretamente ou através de

encaminhamento da consulta médica, odontológica ou de enfermagem e realizados durante todo o tempo de funcionamento da unidade.

Todas as estratégias devem ser usadas para aumentar a cobertura vacinal em relação às vacinas disponíveis. Deve-se garantir o acesso a todos os que procuram o serviço. Durante todo o funcionamento da UBS deve haver oferta de vacinação, não havendo norma que justifique que uma mãe ou responsável vá embora com sua criança da unidade sem vaciná-la, se ela estiver dentro do calendário.

O trabalho em grupos é uma atividade que deve ser privilegiada para proporcionar interação entre os membros da equipe com a população. Conforme a metodologia utilizada, pode contribuir para o rompimento com ações que só tratam o paciente como objeto. Todos os profissionais, inclusive o médico, devem participar dessas atividades. A unidade deve programá-las, na medida do possível, para os horários mais ociosos.

As responsabilidades pelas ações e diversas funções administrativas, ainda que envolvam vários servidores, devem ser claramente atribuídas a alguns de seus membros. Esse trabalhador será incumbido de centralizar as demandas das várias áreas e encaminhá-las de forma organizada, dentro dos prazos e ritos administrativos exigidos, às várias instâncias administrativas.

Todos os que desenvolvem atividades de apoio não devem ser excluídos das discussões globais para não se alienarem em relação ao projeto global. Devem tornar públicos todas as informações que detiverem, não fazendo do monopólio do seu saber um mecanismo de poder. O mesmo vale para os profissionais técnicos, particularmente os de nível universitário e a coordenação da UBS.

- **Ações de Saúde Coletiva:**

As equipes das UBS devem contar com o apoio de equipamentos e profissionais especializados e capacitados em Saúde Pública (por exemplo: engenheiro sanitário, epidemiologista etc) para que possam progressivamente assumir a implementação de grande parte das ações de impacto coletivo, cuja responsabilidade cada vez mais vem sendo atribuída às UBS, garantindo, de fato, a integração sanitária. Reconhece-se, dessa forma, que a Saúde Pública é também um campo especializado.

As atribuições específicas dessa área devem ser a realização, de forma sistemática e planejada, de ações de vigilância que permitam a elaboração de diagnósticos, avaliação da eficácia de serviços e ações, dos graus de risco dos vários agrupamentos populacionais e a coordenação e execução, integrada com as equipes de saúde das UBS, das ações específicas voltadas para o controle ou erradicação de agravos e doenças de massa.

A unidade deve se preparar para a realização de ações de vigilância à saúde, vigilância epidemiológica, ao meio ambiente, nos processos de produção e trabalho. Isso pode ser desenvolvido através de diferentes métodos, adequados à Carta Sanitária de cada UBS, conforme será visto no próximo capítulo, tais como estudos de morbimortalidade da demanda atendida, estimativas rápidas da situação de saúde, atividades educativas, entre outras, desde que seja possível manter um razoável sistema de informações organizado (banco de dados e prontuários bem registrados). O apoio da Universidade, eventualmente presente na rede de UBS, pode desenvolver papel preponderante nesse sentido, desde que realizado de forma articulada e integrada, tanto na formulação como na delimitação dos objetos de investigação e análise, com os interesses dos serviços e da comunidade.

É necessário descentralizar as ações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses, sem perder de vista a dimensão de processo dessas transformações e a necessidade de ser definida uma estratégia adequada para que tal descentralização seja efetuada eficiente e eficazmente.

A descentralização destas ações impõe uma redefinição de responsabilidades e atribuições das áreas de vigilância entre os níveis gerenciais das secretarias municipais de saúde. Determina, ainda, a necessidade de rever a sua relação com as demais instâncias do SUS, incorporando (ou não), depois de devida análise crítica, as normas provenientes dos níveis estadual e federal.

A Rede Básica deve assumir responsabilidades crescentes nessas áreas. Embora as ações de Vigilância Sanitária, que impliquem fiscalização com “poder de polícia”, tais como as destinadas a farmácias, laboratórios, consultórios médicos e odontológicos e ao controle do destino final do lixo, devam continuar no nível central, a identificação dos problemas devem ocorrer a nível local e a rede deve se envolver com os problemas encontrados em seu território, buscando a resolução dos mesmos com o apoio do nível central. A descentralização das ações de Vigilância Sanitária deverá ser implementada de forma progressiva. Inicialmente, a rede básica deverá acompanhar as ações executadas pelos técnicos da Vigilância Sanitária para aprendizado em serviço.

As ações de Vigilância Epidemiológica devem ser executadas em nível local e sua análise deve subsidiar o planejamento das ações no território. Sua descentralização pode ser implementada com maior consistência e rapidez. Deve-se estabelecer um rol de ações para que isto aconteça de fato, como: implementação de fluxo mensal de encaminhamento de relatório da Vigilância Epidemiológica para as UBS; apoio do nível central na discussão e utilização dos mesmos no processo de planejamento local; capacitação permanente da equipe local; capacitação para a utilização dos programas da Vigilância Epidemiológica (SIM e SINAN), bem como dos programas

analíticos – EPIINFO; melhorar e sistematizar a organização, distribuição, arquivamento e divulgação dos protocolos, circulares, ofícios, comunicados etc.

As ações de controle de vetores, zoonoses e doenças endêmicas, como, por exemplo, o controle do *Aedes aegypti*, podem e devem ser descentralizadas para as UBS (até mesmo o planejamento e execução da vacinação canina). Aqui também se propõe o envolvimento do nível local com os problemas encontrados no seu território, cujas soluções devem ser buscadas em conjunto com o nível central.

Como forma de superar as dificuldades apontadas, propõe-se o desenvolvimento de capacitação em ações de saúde coletiva para os gerentes e as equipes locais de saúde como estratégia para que possam assumir a identificação dos problemas em seu território e buscar soluções junto ao nível central acompanhando a intervenção efetuada.

- **Participação e democratização:**

Após a aprovação da lei federal nº.8.142, que regulamentou o inciso III do artigo 198 da Constituição Federal - participação da comunidade – com a criação dos conselhos de saúde nas três esferas de governo, alguns municípios avançaram ainda mais no processo de democratização da gestão da saúde. Além do Conselho Municipal de Saúde, implantaram Conselhos Gestores ou estimularam a criação de Conselhos Locais de Saúde em várias de suas unidades de serviços. Em alguns municípios, a sociedade civil vem empreendendo mecanismos autônomos de participação na política de saúde, os chamados Conselhos Populares de Saúde.

Os Conselhos Gestores, na maioria desses municípios, têm seguido a mesma organização e caráter dos Conselhos Municipais de Saúde, guardada as proporções das respectivas unidades de serviços. Em geral, os Conselhos Gestores são

compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de representantes da secretaria municipal de saúde e das unidades de serviços.

- Preconiza-se, aqui, um grau maior de liberdade de organização e funcionamento desses conselhos, contando com maior número de representantes de usuários em substituição das lideranças comunitárias desinteressadas do cotidiano da unidade e de trabalhadores da saúde que estejam de fato comprometidos com a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

Os Conselhos Gestores não substituem o Conselho Municipal de Saúde. A principal atribuição do Conselho Gestor é a de acompanhar e fiscalizar a implementação das ações da política de saúde do município, de acordo com a realidade sanitária, epidemiológica e as necessidades percebidas pela comunidade, em sua área de abrangência. Além disso, permite que a sociedade civil, de forma organizada, possa mobilizar a sua comunidade para que participe da busca de soluções aos diversos problemas (sanitários ou não), com apoio da unidade de saúde e de outros setores governamentais, dando caráter prático à intersectorialidade.

Da mesma maneira que os representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, os membros usuários dos Conselhos Gestores não executam qualquer tipo de ação gerencial, administrativa ou técnica nas unidades de serviços. De acordo com os regimentos estabelecidos pelos conselhos gestores das unidades de serviços, os conselheiros reúnem-se periodicamente, para discutir o "andamento" da unidade.

Os membros dos Conselhos Gestores devem ter as seguintes atribuições:

- representar o seu segmento e acompanhar as ações de saúde da unidade, incluindo os programas, projetos e ações de saúde da unidade;

- receber informações sobre o perfil epidemiológico da área de abrangência da unidade, colaborando com seu conhecimento e com informações sobre os problemas de saúde de sua comunidade, dando sugestões de como resolvê-los;
- fiscalizar e garantir o acolhimento e humanização na unidade;
- receber informações e discutir sobre mudanças na Unidade;
- participar sem direito a voto (se não for membro do CMS) das reuniões do CMS e denunciar questões relevantes que não tenham sido solucionadas no Conselho Gestor;
- levar para as reuniões do Conselho Gestor denúncias feitas por usuários e trabalhadores da unidade;
- não aceitar, em hipótese alguma, qualquer tipo de privilégio por fazer parte do Conselho Gestor, além de outras atribuições discutidas e acordadas no regimento interno e que não sejam contraditórias com a legislação do SUS.

A criação dos conselhos locais e o estímulo para seu melhor funcionamento poderão ser obtidos com a implementação de estratégias, como as Cartas Sanitárias, conforme será abordado no próximo capítulo.

• ***Parceria estratégica com a universidade:***

A integração entre a rede de serviços de saúde, ensino e comunidade, quando é possível ser estabelecida, abre um espaço valioso de capacitação e formação profissional para estudantes da área da saúde, em uma perspectiva inovadora na qual os atores envolvidos neste processo participam de forma prioritária no ensino/assistência prestada pelas unidades onde essas ações são realizadas.

As necessidades das Unidades de Saúde e as demandas geradas pela universidade nem sempre apresentam pontos de confluência e interesse. Os papéis devem estar bem definidos entre as partes - comunidade, gestores/gerentes e universidade -

para que tal iniciativa possa dar os frutos que todos esperam: *melhoria da saúde, da qualidade de vida da comunidade e da formação dos futuros profissionais de saúde.*

- Além dos papéis já definidos pelo processo pedagógico de formação dos estudantes, através dos currículos e programas didáticos, nos locais onde já existem atividades de integração ensino/serviço/comunidade, é fundamental que outras ações sejam também realizadas. Para tanto, deverão ser planejadas e implementadas ações em dois eixos principais.

As ações de abrangência local visam dar continuidade às atividades que já vêm sendo realizadas pela universidade. Deve-se, pois, direcioná-las, para que as resoluções das Conferências Municipais e dos Planos Municipais de Saúde sejam de fato implantadas e que as metas e objetivos ali estipulados sejam concluídos. As ações de abrangência geral devem ser formuladas sob responsabilidade da universidade, com o objetivo de gerar informações que retroalimentem todo o sistema de saúde ora em discussão. O sistema de informações deverá gerar relatórios e boletins periódicos das ações realizadas em todo o município e não somente nas regiões de abrangência das UBS onde existam atividades didáticas. Tais informações serão produzidas a partir de dados levantados e fornecidos pelo Sistema de Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com um cronograma previamente acordado entre as partes. Tal sistema de produção de informações em saúde servirá como uma baliza das ações realizadas, informando a evolução dos indicadores gerenciais e de saúde para os municípios.

A rede básica pode e deve ser considerada como espaço privilegiado a ser utilizado na formação dos profissionais de saúde necessários à consolidação do modelo de atenção à saúde que se quer transformar. Para a consecução de tais objetivos, deve-se levar em consideração as peculiaridades e disponibilidades de cada unidade da rede, procurando adequar as necessidades de ensino às do serviço, definindo uma proposta de trabalho em conjunto.

Para o êxito desta integração, a existência de compromisso formal e real da universidade é indispensável. A visão do serviço apenas como um espaço para a realização de estágios curriculares pela universidade dificulta e se apresenta como fator impeditivo ao desenvolvimento de uma efetiva parceria ensino/serviço.

- ***Retaguarda e integração com serviços especializados:***

Deve ser garantida a oferta de serviços ambulatoriais especializados e de apoio diagnóstico e terapêutica (SADT), implantado-se um ambulatório de especialidades da saúde, unidade de referência especializada para atendimento e retaguarda dos casos encaminhados pela rede básica de saúde (UBS), pela rede hospitalar e demais serviços especializados ou definindo-se referência através da articulação e integração com outros gestores públicos. Essa unidade realizará atendimento, acompanhamento e execução de consultas e procedimentos a pacientes que requeiram atenção especializada. Esses pacientes, uma vez que possam ser acompanhados pelas UBS, serão reencaminhados (contra-referência) para a unidade mais próxima de sua residência, garantindo seu conforto e permitindo a utilização mais racional destes recursos.

A implantação do Ambulatório de Especialidades deve garantir, na medida em que sejam realocados os especialistas que já atuam na rede municipal e/ou realizado processo seletivo para suprir as áreas descobertas, as ações necessárias nas diferentes especialidades, de acordo com a oferta de serviços e disponibilidade de profissionais especializados.

Para que haja resolutividade, será necessário garantir e incorporar tecnologia à disposição dos especialistas. Para tanto, o Ambulatório de Especialidades da Saúde deverá executar ou ter garantida a pronta realização de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Em função do processo de descentralização e regionalização, algumas UBS poderão manter a prestação de serviços ambulatoriais especializados nas áreas de maior demanda, como cardiologia, oftalmologia e dermatologia, por exemplo. Os serviços especializados, executados em UBS, restritos e subutilizados, deverão ser transferidos e unificados aos serviços do Ambulatório de Especialidades.

As ações de assistência desenvolvidas pelos programas de Aids/Doenças Sexualmente Transmissíveis e Saúde do Trabalhador, entre outros, também serão executadas no Ambulatório de Especialidades da Saúde, se houver disponibilidade de área física, evitando-se a dispersão de equipamentos e profissionais de referência especializados no município e a manutenção de serviços assistenciais e de saúde pública verticalizados e desarticulados do restante da rede de serviços.

Todos os serviços ambulatoriais de referência especializada dessa unidade secundária devem, preferencialmente, ser agendados por sistema informatizado ou por telefone, tornando desnecessário o deslocamento dos usuários para marcação de consultas e as habituais filas para serviços desta natureza. Nada justifica o martírio a que são submetidos os cidadãos em busca de consultas especializadas nos ambulatórios públicos.

Quando o sistema municipal de saúde não puder dispor de determinado serviço ou procedimento especializado, será providenciada, de forma organizada e com referências garantidas, o encaminhamento dos usuários para outros serviços. Tais encaminhamentos devem ser efetuados prioritariamente para a rede pública de maior complexidade e, em caráter complementar, para a rede privada, com preferência para a filantrópica, como determina a legislação em vigor, que está baseada em três outras condições: a celebração de contrato conforme as normas de direito público, ou seja, o interesse público prevalecendo sobre o particular; a instituição contratada deve estar de acordo com os princípios básicos e normas

técnicas do SUS; e, a integração de tais serviços deve se dar na mesma lógica de organização do SUS.

- ***Programas de saúde e um novo modelo de atenção à saúde:***

Através dos registros epidemiológicos e demográficos existentes, podemos observar que existem grupos populacionais que estão mais expostos a riscos na sua saúde, como, por exemplo, as crianças menores de 01 ano, gestantes, idosos, trabalhadores sob certas condições de trabalho e portadores de determinadas patologias.

O nível social, as características epidemiológicas e o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis, em cada região ou território, acabam determinando uma maior intensidade de exposição a riscos. Além disso, tal exposição também pode ser entendida em função de cada doença ou agravo à saúde como, por exemplo, a Aids, a tuberculose, a hipertensão arterial, os suicídios, os acidentes de trabalho e de trânsito.

É importante que se diferencie Programas de Saúde, que envolvem toda a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, entidades da sociedade civil organizada, outros equipamentos de saúde filantrópicos e privados, escolas, Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Gestores, das atividades de grupos e dos protocolos de atendimento.

O que pode caracterizar uma nova proposta de lidar com a programação em saúde é a introdução da assistência individual subordinada à idéia de ação programática e ao enfoque de risco, a partir do território de abrangência de cada unidade básica. Nesta, a assistência médica, odontológica ou de qualquer outro profissional aparece como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o

coletivo. Amplia-se a assistência médica para grupos populacionais e não mais para o tratamento de doenças específicas (SCHRAIBER 1993; GONÇALVES 1994).

Pretende-se introduzir, assim, um novo modelo tecnológico de trabalho em saúde fundamentado na *lógica epidemiológica e no enfoque de risco à saúde*, integrando as atividades de promoção, prevenção e cura no mesmo serviço, não apenas para o indivíduo, mas para toda a coletividade, a partir do seu território.

Um programa de saúde é uma ação de uma equipe multiprofissional. Pode ser organizado por doença, tipo de agravo e risco à saúde, grupos etários ou sexo. Pode e deve atuar junto à população, a partir das unidades básicas, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, junto ao conjunto de doentes, prevenindo a piora do estado clínico, e junto a grupos de risco, seguindo-os rigorosamente para diminuir a morbi-mortalidade. Constituem-se, quando organizados e funcionando, em importante instrumento de apoio à transformação da qualidade dos serviços prestados à população.

Nessa proposta não se nega a necessidade de realizar atendimentos não programados. As situações de urgência e emergência deverão receber a priorização necessária. Não é mais aceitável, entretanto, a manutenção de um sistema de saúde baseado totalmente no pronto-atendimento desqualificado e não inserido dentro de uma proposta de atenção integral ou programática. Nos casos mais graves e que exigem abordagens mais complexas, em que não é possível um atendimento primário, os programas de saúde devem contar com um sistema de referência: ambulatório de especialidades, serviços de apoio diagnóstico ou hospital para encaminhamentos. Caso contrário, perderão credibilidade, diminuindo a confiança dos usuários que passarão (ou, na verdade, continuarão) a procurar diretamente serviços de maior complexidade, sempre que apresentarem intercorrências clínicas ou queixas relacionadas a problemas agudos de saúde, por

mais que o discurso sanitário e burocrático tente impor uma lógica hierárquica para o acesso da clientela.

O planejamento da produção das ações de educação em saúde e de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e o atendimento ambulatorial e hospitalar, serão realizados dentro de uma abordagem que vise garantir, de fato, a atenção integral à saúde, construindo a ação programática a partir de uma lógica onde a resolução das necessidades demandas pelos usuários seja devidamente acolhida e dirigindo os esforços da unidade também para as situações de risco, com a finalidade de intensificar a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Este é o conceito e a prática de programas de saúde que se pretende implantar. Para serem eficientes em relação à população-alvo, deverão respeitar as condições sociais, epidemiológicas, institucionais e culturais existentes em cada território de saúde e envolver o conjunto dos trabalhadores da saúde na sua formulação e execução.

O sucesso desses programas de saúde dependerão ainda do abandono da prática atual, baseada na verticalização das ações. Todas as unidades de saúde do município deverão envolver-se e participar ativa e responsavelmente das ações programáticas, inclusive os hospitais e unidades de maior complexidade, públicos e privados.

Para serem implementados, exigem, de forma prioritária, a readequação e reestruturação da rede de serviços de saúde, necessitando, de uma política de desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Num programa de saúde, a atuação do médico é fundamental. Sem o diagnóstico e orientação terapêutica, as demais ações não têm seqüência ou não são conseqüentes. A própria comunidade reconhece isso. Não se quer dizer, porém, que

o médico deva exercer a coordenação da equipe necessariamente, mas seja quem for o coordenador, as condições de trabalho e a adesão do médico devem ser adequadas.

A implantação e execução dos programas devem ser efetuadas de forma participativa e coordenadas através de Grupos Técnicos, a serem constituídos pela secretária municipal de saúde, formados por profissionais que atuam em diferentes serviços e diversas áreas de formação profissional, sem a necessidade de onerar as finanças municipais e dispensando a criação de cargos de confiança ou de livre-provimento, o que tende a perpetuar a estrutura vertical que caracteriza freqüentemente as coordenações desses programas de saúde orientados a partir de uma lógica tradicional.

Em muitas situações, torna-se necessária uma abordagem intersetorial com a participação de outras esferas governamentais, em diferentes níveis de gestão pública, e o conjunto da sociedade, para que seja possível alcançar os objetivos e metas a serem estabelecidos para cada programa.

A prevenção do agravamento de uma doença, além do diagnóstico e orientação terapêutica fornecida pelo médico, pode envolver a necessidade de visitas domiciliares, apoio psicológico, apoio de assistência social ou apoio de reabilitação. A identificação precoce de uma anormalidade por parte do paciente ou de seu responsável envolve um processo de educação em saúde para com a comunidade. A avaliação do próprio programa envolve a ação de sanitaristas e participação da comunidade. Deve-se prover a saúde, desenvolvendo-se atividades, como prevenção da exposição a fatores de risco já conhecidos e identificação de novos fatores através de estudos epidemiológicos locais.

Visa, ainda, a prevenir a piora do estado clínico. Sabe-se que quanto mais precoce é o diagnóstico e a intervenção terapêutica e quanto mais acessíveis à população

forem as consultas médicas, os exames de apoio diagnóstico e os medicamentos, maior é a probabilidade de se diminuir as complicações e, conseqüentemente, internações e óbitos.

A implantação de programas de saúde no SUS, construídos a partir da maneira participativa aqui proposta, deve constituir mais um instrumento para a promoção da saúde e a garantia da integralidade das ações. Não deve obedecer a uma padronização rígida, porque não se considerariam as diferenças individuais, coletivas e da situação de cada território de saúde específico. Devem ser utilizados, portanto, como marcos referenciais e orientadores do processo de trabalho, para que não haja uma pulverização de iniciativas, fadadas à ineficácia e ao desperdício de recursos e esforços. Os programas de saúde podem se constituir em instrumentos para o exercício de uma atenção à saúde moderna, racional, dirigida a toda a coletividade.

- ***O PSF como estratégia assistencial complementar e não substitutiva à rede básica de saúde:***

O Programa de Saúde da Família (PSF) não deve ser implementado como um modelo substitutivo à rede básica. As secretarias municipais de saúde devem empreender seus esforços na consolidação do PSF, quando optarem por sua operacionalização, enquanto mais uma das estratégias disponíveis de implantação efetiva do SUS (e não “a” estratégia), por se constituir em um instrumento com algum potencial de mudança do modelo assistencial e de extensão de cobertura para determinadas áreas da população, desprovidas de cobertura no tocante à atenção à saúde.

Os municípios devem ousar criar e desenvolver outras alternativas assistenciais, pautadas em estratégias prioritárias de acolhimento, adscrição de clientela e responsabilização sanitária, a partir da territorialização, independentemente do

nome atribuído e do direcionamento proporcionado pelas regras de financiamento impostos pelos demais níveis de governo.

A estratégia adotada, contudo, deve ser a de complementar o modelo vigente que se pretende transformar, priorizando a atenção fundamentada na extensão dos cuidados básicos às populações com maior dificuldade de acesso, pequenas comunidades em regiões localizadas na zona rural ou nas periferias das cidades e que apresentem maiores riscos em relação à sua situação de saúde. É possível a convivência de formas complementares de organização das práticas de saúde.

É preciso reconhecer que o PSF, de certa forma, tem evidenciado as fragilidades e limitações do modelo médico-sanitário vigente. Mas nada impede que as UBS passem a efetuar um conjunto de procedimentos elementares para que seja instituído qualquer modelo que se queira transformador e que foram apropriados pelas equipes de saúde da família, como, por exemplo: começar a registrar a clientela, priorizar ações através de visitas periódicas, garantir o seguimento programado, realizar reuniões com toda a equipe da unidade para democratizar a informação, ampliar os atendimentos em grupo e as consultas de enfermagem, motivar o profissional médico para participar das visitas domiciliares junto com a equipe, realizar reuniões da UBS com a Comunidade e toda a equipe, inclusive com a presença do gerente, o que proporcionará uma compreensão maior das ações de saúde e acesso facilitado da população à UBS, melhorar o aproveitamento dos recursos sociais da área de abrangência da UBS, e convidar as entidades da área a participar de reuniões de equipe, mostrando em que podem auxiliar para a melhoria do serviço.

Se o PSF for implantado – e sua expansão a esta lógica estiver condicionada - não deverá ser transformado numa estratégia assistencial desqualificada, empobrecida, destinada a cidadãos de "segunda" categoria (a chamada "medicina pobre para pobres"). Essas estratégias de "focalização" atendem aos anseios daqueles que

desejam implementar as orientações de cunho neoliberal, destinadas às comunidades carentes (leia-se excluídas do mercado formal de consumo em saúde).

As equipes do PSF devem atuar de forma integrada à rede básica de saúde, contando com o apoio e vinculadas à UBS da região de abrangência ou a mais próxima de sua área de atuação específica. Só deverão participar da equipe do PSF trabalhadores que preencham os critérios técnicos estabelecidos pela SMS, através de processo seletivo. Deve-se priorizar o desenvolvimento de um programa de educação continuada para as equipes do PSF.

- ***Zona rural e áreas de difícil acesso:***

Em relação à zona rural e outras áreas na região urbana, porém isoladas ou de difícil acesso, podem-se implantar estruturas de serviços nos moldes dos programas de Agentes Comunitários e de Saúde da Família, através de profissional generalista, equipe de enfermagem e agentes comunitários, adequados à realidade de populações com maiores dificuldades para utilização da rede de saúde. Tais pessoas, no entanto, não devem ficar desprovidas do acesso e da referência, inclusive territorial de uma UBS, mesmo que de menor complexidade física e tecnológica, conforme será discutido mais detalhadamente a seguir.

- ***A rede básica e o sistema de informação em saúde:***

Transformar o modelo tecno-assistencial da rede básica de serviços de saúde pressupõe lidar com as necessidades de produzir, organizar e analisar informações. Trata-se de um grande desafio no processo de gestão e na compreensão e transformação do cotidiano.

A informação tornou-se a força motriz de nossas vidas e dos sistemas organizados de trabalho. Sem informação epidemiológica bem determinada, planejamento estratégico e a implementação de um sistema de avaliação permanente das estratégias, ações e metas estabelecidas, não será possível atingir os objetivos desejados: a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população.

A informação é fundamental para a democratização da saúde e o aprimoramento de sua gestão. A informatização das atividades do SUS, dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis. A informação é direito de todos e dever do Estado, também. O acesso à informação constitui um dos alicerces do projeto de conquistas sociais, de construção da cidadania e reafirmação da democracia. Informar é um ato político. Nem os meios, nem o conteúdo da informação atuam em um vazio histórico, mas sim representam e carregam sempre intencionalidade política.

A fragmentação das informações (sócio-econômicos, demográficas e sanitárias) impede que se leve em conta uma aproximação, mais globalizante e integral, das reais condições de vida, doença e morte dos cidadãos, na defesa de um novo arcabouço jurídico-institucional e de investimentos efetivos na saúde.

Os sistemas de informação existentes já produzem uma grande quantidade de dados. No entanto, devem ser melhor bem compartilhados e utilizados para subsidiar o processo de tomada de decisão e para que se visualizem suas potencialidades e limitações, com ampliação de massa crítica. O objetivo a atingir não é apenas a descentralização da informação, mas também sua democratização. O mero repasse de informações entre gestores ou instituições não basta para garantir esta democratização. Não há como falar em democracia sem democratizar a informação, transformando-a em um instrumento capaz de garantir o efetivo

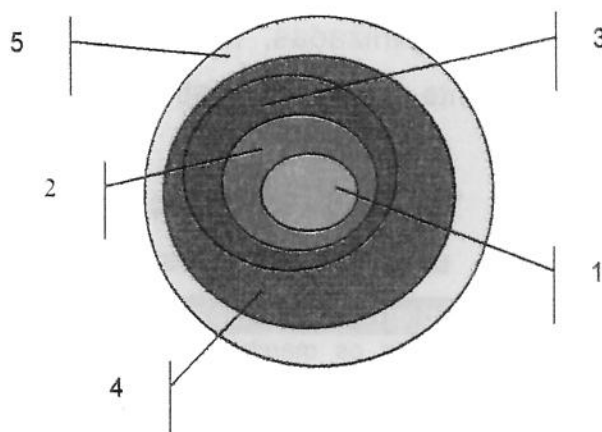
controle social nas decisões políticas e administrativas, bem como garantir que a informação seja apropriada e utilizada pelos profissionais e usuários das UBS.

Nesse contexto, os seguintes marcos referenciais devem ser relevados:

- a democratização da informação é fator essencial no processo de construção da cidadania.
- a informação não pode ser confundida com informática, pois esta é apenas um meio - que poderá ou não ser adotada - e nunca uma finalidade.
- a descentralização e democratização da gestão dos serviços de saúde pressupõem a descentralização e democratização do acesso às informações em saúde (inclusive para as UBS).
- a integração das informações oriundas da iniciativa privada, participantes ou não do SUS, aos sistemas de informação em saúde é necessária.
- os usuários (participantes ou não dos conselhos de saúde) devem ter acesso assegurado aos diversos sistemas de informação, garantindo mecanismos adequados que visem a melhor compreensão das informações geradas, pois a divulgação das informações para a sociedade, em geral, fortalece a concepção democrática para o SUS.
- a articulação permanente entre as áreas de informação, educação e comunicação é fundamental para que o trabalho de disseminação possa colaborar para ampliar o uso das informações na tomada de decisão. É dessa forma que os dados "frios", analisados pelos serviços, passam a assumir relevância no processo de transformação das condições de vida e saúde, tornando-se um instrumento de poder e de interferência da sociedade na formulação de políticas e nas ações.

Estamos cercados por informações que atuam em diferentes níveis de urgência sobre processo de trabalho nas unidades básicas de saúde (e sobre a vida dos sujeitos nelas relacionados), que podem ser divididos em níveis de informação:

- 1. Informação interna.
- 2. Informação conversacional.
- 3. Informação de referência.
- 4. Informação noticiosa.
- 5. Informação cultural.



O nível de *informação interna* é aquele que governa os sistemas internos e possibilita o funcionamento do serviço. É formado pelas informações mais básicas e que diretamente estão relacionadas às atividades de organização do sistema de trabalho. São os memorandos, informes oficiais e correspondências trocadas entre os departamentos da Secretaria Municipal de Saúde e as UBS, como folhas de ponto, contra-cheques e vale-refeição, entre outros. Esse nível de produção de dados e informações compõe a estrutura burocrática e vital para o funcionamento da Secretaria de Saúde, impondo o cumprimento de rotinas, prazos e normas determinadas. Também são vitais para o adequado funcionamento das UBS as informações referentes ao funcionamento das mesmas, obtidos através de relatórios gerenciais produzidos, os relatórios provenientes da Unidade de Avaliação e Controle, os relatórios da Vigilância à Saúde, e todos os outros que, de uma forma direta, implicarem no funcionamento da UBS. É importante organizar nas UBS um "centro vital" de informação oficial, para que todos possam acessá-las com frequência e facilidade.

A *informação conversacional* é aquela que surge das trocas formais e informais, as conversas que mantemos com as pessoas a nossa volta. A "conversa" – talvez por sua natureza informal – constitui uma importante fonte de informação, embora nossa tendência seja desprezar ou ignorar o seu papel. Constitui-se num momento de excelência para debater as informações internas e as produzidas pela universidade, outros grupos, imprensa etc. Tais

trocas podem ser organizadas, formalmente, através de reuniões agendadas, com pauta previamente definida e registradas, como por exemplo:

**Tabela 5 - Informação conversacional:
um desenho possível para uma UBS.**

Reunião	Objetivo / Participantes	Periodicidade
do Conselho Gestor ou Local de Saúde	Reunir os membros dos Conselhos Gestores para discutir o andamento da saúde na unidade e os problemas na sua região de abrangência	Mensal.
de Equipe da UBS	Reunir todos os funcionários da UBS com o objetivo de discutir os problemas internos da unidade e apontar soluções, bem como utilizar este espaço para repassar instruções quanto à novos procedimentos, programas de saúde, etc.	Mensal
Dos gerentes das UBS com as Regionais de Saúde	Repassar e avaliar a política de saúde de uma forma mais ampla para os gerentes de Unidades; acompanhar e discutir os problemas gerenciais e assistenciais das UBS.	Quinzenal
Reuniões do Secretário com Diretores de Regionais e Coordenadorias	Traçar e definir a política de atuação do SUS e avaliar as ações em curso.	Periodicidade quinzenal
do Secretário com todos os gerentes de UBS	Repassar a política de saúde de uma forma mais ampla para os gerentes de UBS, acompanhar e discutir os problemas gerenciais e assistenciais das UBS.	Mensal
Dos Grupos Técnicos	Trabalho de articulação técnica para a implantação, supervisão e avaliação de programas e ações de saúde. Membros dos diversos grupos técnicos	Semanal
Reunião do Conselho Municipal de Saúde.	Pauta da reunião do Conselho, devendo participar todos os diretores de regional de saúde e coordenadorias, e, sempre que possível, os diretores de unidades.	Mensal

Já as *informações de referência* são aquelas que operam os sistemas do mundo (de um manual de especialidades farmacêuticas a uma lista telefônica). É fundamental nesse nível de atividades que se proponha a elaboração de uma “*Série de Cadernos de Orientação Técnica*”⁶⁰ que consigam ser um guia seguro para todas as atividades que se executam no dia-a-dia das unidades e serviços de saúde.

⁶⁰ Por exemplo, Manual de Normas e Procedimentos: administrativos e de pessoal, de avaliação e controle, de limpeza e esterilização, de vigilância à saúde, de organização de fichário central, do

As *informações noticiosas* são fundamentais para que os programas, projetos e ações desenvolvidos tenham sucesso. A intervenção sobre a vulnerabilidade de grupos sociais pode ser trabalhada através de ações eficazes de informação e essas ações são talvez as mais difíceis de serem implementadas pelo Gestor da Saúde, mas que consideramos, mais uma vez, fundamental para que a política de saúde em nossa comunidade seja vitoriosa. Em um município de médio a grande porte seria razoável que a SMS tivesse disponível, em tempo integral, um assessor de imprensa (profissional da área de comunicação), para articular essas informações. Como exemplos importantes desse nível de informação, destacamos um “*Guia Municipal de Saúde*”, a *home-page* da secretária municipal de saúde, disque-saúde, quiosques de informação nas UBS, jornais, boletins, *spots* publicitários e *outdoors*, onde todos os informes sobre serviços, ações e programas de saúde sejam apresentados para a população.

A *informação cultural* é a expressão ou o produto final de todo esse trabalho com a informação, que é a formação ou a tentativa de formação de uma consciência sobre a saúde, de maneira a garantir a qualidade da atenção à saúde e melhoria da qualidade de vida.

A informação em saúde deverá ser construída a partir de dados levantados rotineiramente pelo sistema de informação em saúde da SMS e, quando possível, em parceria ou com o apoio da Universidade. Tais dados podem ser transformados em relatórios e boletins que alimentem todo um sistema de informações em saúde transformador da realidade.

A educação em saúde deve ser entendida como a construção, junto à comunidade, de um conhecimento compartilhado e de tecnologias de promoção e proteção à saúde que sejam, de fato, comuns. É possível estabelecer com a comunidade uma identidade em torno de um objeto: construção de uma comunidade saudável. E, por

usuário do sistema de informação, protocolos e normatizações dos diferentes programas de saúde

meio do objetivo comum, construir um processo de educação, onde a comunidade ensina e aprende quais são seus problemas e obtém como resposta do serviço de saúde as possíveis soluções, o qual também aprende com a comunidade.

A comunicação em saúde é talvez um dos componentes de maior importância na rede básica, pois é preciso que todos os participantes desse rico processo de construção de um modelo transformador saibam e acreditem nisso. Dessa maneira, é fundamental que muitas vezes sejam utilizados os meios de comunicação de massa para contar às pessoas as suas próprias realizações, as conquistas e os avanços na luta contra as enfermidades e a má qualidade de vida. Será preciso que elas sejam informadas das realizações na política municipal de saúde e que as metas definidas pela Conferência Municipal de Saúde e/ou que constam do Plano Municipal de Saúde sejam amplamente divulgadas e conhecidas pela população. Somente através de um processo de comunicação, permanente e eficaz, é que será possível alcançar os objetivos citados.

etc.

6 CARTAS SANITÁRIAS: UMA TECNOLOGIA INOVADORA DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E GESTÃO ESTRATÉGICA

A linha de raciocínio desenvolvida até aqui teve por objetivo aprofundar a análise conceitual e produzir uma reflexão, a partir de experiências concretas, que permitisse compreender os motivos que levaram a rede básica de serviços de saúde ao estado atual, assumindo uma determinada configuração tecno-assistencial (traduzida por uma forma determinada de organizar e prestar serviços de saúde à população, numa dada conjuntura, conforme procuramos demonstrar nos capítulos anteriores). Para tanto, revisitamos a construção histórico-política e as distintas tipologias em que se desenharam os modelos tecno-assistenciais para a rede básica de serviços de saúde em nosso país, em função das matrizes ideológicas que expressaram, nos diferentes cenários onde foram sendo conformadas.

Procuramos identificar os contornos assumidos pela rede básica de saúde nos últimos anos, tomando como elemento de investigação as secretarias municipais de saúde e a análise, de maneira geral, das principais características assumidas pela rede em todo o país.

Filiados a uma matriz, denominada *transformadora* por MERHY (1997), redesenhamos, no capítulo anterior, os contornos que deveria assumir a rede básica de serviços de saúde, se, de fato, fosse empreendida a implementação de um novo e transformador modelo tecno-assistencial, *em defesa da vida*.

Resta-nos, entretanto, responder a uma das questões colocadas inicialmente na problematização do objeto em estudo. E é exatamente isso que buscamos ao propor a utilização das Cartas Sanitárias como um instrumento de planejamento participativo e gestão estratégica. Em síntese, procuramos, nesse estudo, uma

resposta para as seguintes indagações: existe uma alternativa capaz de “salvar” a rede básica de serviços de saúde do estado letárgico, quase cataléptico, a que está submetida? Há mecanismos de planejamento e gestão suficientemente estruturados e com capacidade de forjar a implementação de um modelo tecno-assistencial transformador (nos moldes propostos por MERHY e CAMPOS)? Ou a substituição da rede básica de saúde (em função do custo financeiro e político implicados em sua desmobilização) e seu desmembramento definitivo em duas modalidades assistenciais – a saúde da família e o pronto-atendimento – é inexorável e uma questão de tempo? Ou seja, é mesmo possível implementar um modelo tecno-assistencial transformador numa realidade como a brasileira?

Parte-se da concepção de gestão estratégica, fundamentada em MERHY (1995), que considera que o *“uso das metodologias constituídas no campo da tecnologia de gestão servem como opções tecnológicas para os sujeitos institucionais lançarem mão, como ajuda para as suas ações em busca da construção de determinado poder instituído, que seja permanentemente instituinte segundo uma dinâmica de gestão, baseada na publicização das organizações e da própria formatação da construção de políticas no interior da relação entre o Estado e a sociedade”* (p.147).

Tomando por base as experiências analisadas, podemos inferir que nem a utilização de mecanismos tradicionais e mais conservadores de administração e planejamento em saúde nem os métodos de planejamento estratégico situacional que permitam envolver as equipes gestoras das secretarias municipais de saúde poderão obter os êxitos esperados, sem a participação ativa e permanente dos demais sujeitos que formam a arena onde se dá a construção das políticas de saúde no âmbito do SUS. Entendemos que qualquer método é incapaz de por si só garantir a implementação de modelos tecno-assistenciais transformadores.

Da mesma forma, não basta compromisso e vontade política, recursos financeiros suficientes, equipes quantitativa e qualitativamente adequadas, comprometidas e

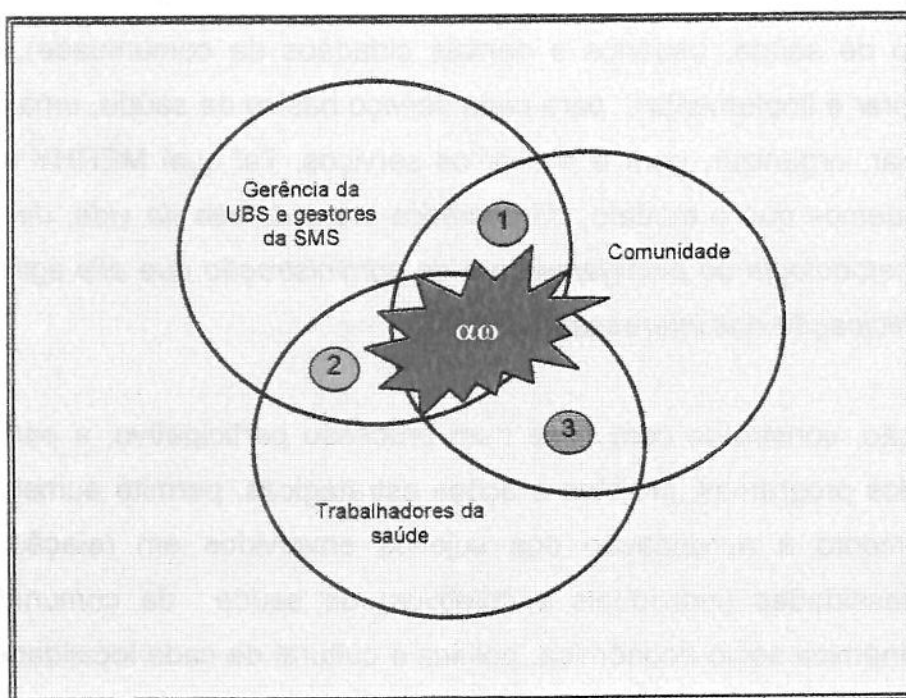
capacitadas, existência prévia de uma boa e suficiente rede de serviços em todos os níveis de complexidade, muito menos a contratação desesperada de consultorias especializadas ou investimentos vultuosos em marketing. Obviamente, a presença e combinação de mais de um desses elementos permitem uma maior capacidade de governo. Mas são absolutamente insuficientes para implementar um modelo transformador.

As Cartas Sanitárias constituem-se em um instrumento de planejamento (uma tecnologia de processo) que permite envolver, democrática e solidariamente, diferentes sujeitos sociais (os gestores municipais, o gerente local, os trabalhadores do próprio serviço de saúde, usuários e demais cidadãos da comunidade), num esforço para elaborar e implementar, para cada serviço básico de saúde, uma nova maneira de planejar, organizar, gerir e avaliar os serviços. Tal qual MERHY e col. (1991), compreendemos que o modelo *“democrático e em defesa da vida, deve se basear em uma metodologia do planejamento e da administração que alie agilidade gerencial com participação dos interessados”* (p.86).

Esse plano de ação, construído com base num processo participativo, a partir do qual serão definidos programas, projetos e ações estratégicas, permite aumentar o grau de conhecimento e apropriação dos sujeitos envolvidos em relação aos problemas e necessidades (individuais e coletivos) de saúde da comunidade, decorrentes da dinâmica sócio-econômica, política e cultural de cada localidade, do perfil epidemiológico e das condições de saúde e de vida de cada comunidade.

As Cartas Sanitárias, na perspectiva aqui proposta, surgem, portanto, enquanto estratégia contida num processo mais amplo de transformação do modelo técnico-assistencial da rede básica de saúde, como forma de avançar na implementação de um novo modelo de saúde: universal, integral, equânime, eficiente e solidário.

Figura 2. Os sujeitos sociais envolvidos na formulação das Cartas Sanitárias.



A partir da reorganização dos processos de trabalho instituídos e da radicalização do planejamento local, podem vir a constituir-se em uma estratégia para implementação de um novo modo de planejar e gerir a rede básica de serviços de saúde, interferindo positivamente na construção de um modelo tecno-assistencial transformador, de acordo com a tipologia proposta por MERHY (1997) e discutida anteriormente.

Essa proposta toma como pressuposto o desenvolvimento de diretrizes, projetos, operações e ações que combinem e consensuem as prioridades definidas, em um nível, para o Sistema Municipal de Saúde, contidas num plano estratégico de gestão e, em outro, para o *locus* da Unidade Básica de Saúde, respeitando-se a realidade sócio-político-cultural de cada comunidade, na mesma linha do que foi proposto por BUENO (1997). Surge da constatação de que os mecanismos tradicionais de gestão, fundamentados no planejamento normativo, na administração vertical e autoritária e em outras modalidades organizativas têm obtido resultados desapontadores.

É uma proposta que se fundamenta numa postura ético-política de afirmação da democracia e da alteridade⁶¹, incorporadas ao cotidiano do planejamento e da gestão em saúde, em contraposição ao fazer autoritário que caracteriza o pensamento e a prática dos gestores e profissionais de saúde. É uma intervenção que incorpora e valoriza os diferentes saberes pertinentes aos distintos sujeitos sociais inseridos na arena em que se dá a construção da política de saúde no nível local (gestores, trabalhadores da saúde, usuários e demais cidadãos) e, acima de tudo, como valor referencial essencial, no compromisso ético com a vida individual e coletiva.

⁶¹ A noção de alteridade aqui utilizada é entendida, de forma específica, não como uma ética procedimental, mas como uma ética de fraternidade, fundada no diálogo e convivência com a diferença. Em outras palavras, significa romper com o paradigma da fraternidade como união de "irmãos", definidos estes como "iguais", valorizando a heterogeneidade constitutiva dos homens. A partir de uma ética que se funda na idéia de complementaridade na diferença e permita ir além da ética do "sindicato", da "ética do partido político", ou de qualquer outro grupo fechado, portador de verdades prontas e acabadas.

Um grande desafio para a implementação de uma rede básica de saúde na lógica de um modelo *transformador* é a *“radicalidade democrática e a politização dos grupos sociais, que atuam nos espaços de gestão dos processos de trabalho e dos estabelecimentos de saúde, exigindo que os interesses privados dos diferentes grupos sejam postos no e pelos coletivos publicizados, em um intenso e dinâmico processo de publicização dos espaços da gestão organizacional e do trabalho”* (MERHY 1997, p.228).

É preciso reconhecer que os estabelecimentos que compõem a rede básica de serviços de saúde, ao enfrentarem os problemas relativos ao processo saúde-doença, podem se configurar distintamente do ponto de vista tecno-assistencial, de acordo com os distintos eixos de interesse apresentados pelos sujeitos e que devem ser assumidos como desafios/problemas estratégicos, de tal forma percebidos que desencadeiem, a partir desta perspectiva, e em todas as unidades que compõem esta rede: *“acolhimento, vinculação e responsabilização, e o compromisso com a busca de procurar gerar maiores graus de autonomização dos usuários, diante do modo de andar a vida, promovendo e protegendo a saúde no nível coletivo.”* (MERHY 1997, p.227).

Entende-se, entretanto, que um instrumento revestido de tal caráter e com a intencionalidade aqui expressa só poderá atingir seus objetivos na medida em que fugir da pretensão de se transformar numa proposta prescritiva – e mais do que isso, em um método normativo – sobre o como agir. Tem a pretensão, entretanto, de *“permitir construir, dispor e reconstruir à sua maneira”* o processo de planejamento e gestão das unidades básicas de saúde, criando condições estruturais para que seja estabelecida a disputa pela reorganização dos processos de trabalho em função prioritariamente das necessidades de saúde dos usuários (BUENO 1997).

Trata-se de utilizar uma ferramenta que, nos dizeres de BUENO, permita *“provocar ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho*

instituídos". Pretende-se, assim, romper a inércia estrutural que tomou conta do cotidiano do processo de gestão e de trabalho (em sua dimensão operativa) dos serviços de saúde, fazendo com que os sujeitos sociais neles envolvidos "(...) interroguem sua lógica instituída tanto do ponto de vista de quais necessidades o presidem, quanto de como se constroem as decisões e ações, ou seja, de sua lógica gerencial; e ainda, que os disparadores deste processo estejam mais vinculados a um olhar interrogador e ruidoso, do que centrados em um outro modelo totalmente definido e acabado, que se contraponha globalmente o trabalho morto cristalizado." (BUENO 1997, p.185)

O resgate de um certo profissionalismo e da capacidade de iniciativa e a superação da tradicional alienação do profissional de saúde podem vir a ser alcançados através de uma radicalização do processo de descentralização e responsabilização sanitária, que delegue a cada UBS e serviço sanitário que componha a rede básica de serviços de saúde ampla autonomia para organizar seu processo de trabalho e estabelecer objetivos e metas, a partir das diretrizes programáticas emanadas pela Secretaria Municipal de Saúde, dirigidas pelos gerentes da UBS e supervisionadas pelos gestores que atuam em nível mais central no sistema.

A autonomia é essencial num sistema que se fundamente numa lógica descentralizada. Aqui, autonomia deve ser entendida como um processo de redistribuição do poder, dos recursos, da responsabilidade e de papéis entre os vários níveis de governo, até a unidade básica de saúde, pressupondo, obviamente, compromisso e capacidade dos atores envolvidos. Parte da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Ao contrário do que se possa imaginar, a autonomia de gestão não desorganiza o governo nem o poder, mas permite formas de organização diferente, com maior responsabilidade e compromissos (BUENO 1997).

Para que possamos obter sucesso na implantação do SUS, faz-se necessária a descentralização do processo de gestão, possibilitando aos gerentes de unidades desempenhar suas funções com o maior nível de autonomia administrativa possível. Obviamente, a descentralização e a autonomia gerencial não corroboram a anarquia institucional. Baseados nas diretrizes políticas do plano estratégico de saúde, da normatização técnica e administrativa da Secretaria Municipal de Saúde e do respeito irrestrito à legislação e à ética, os gerentes e gestores locais devem romper com a lógica burocrática que infelizmente predomina no serviço público, proporcionando condições para a execução plena da política de saúde. É preciso, para isso, redefinir atribuições e realizar uma profunda reorganização institucional; e, mais ainda, processar uma transformação radical que mobilize os corações e as mentes dos gestores da saúde, a partir da idéia de que à Secretaria Municipal de Saúde cabe a responsabilidade pela gestão do SUS e a defesa da vida.

O trabalho na rede básica de saúde, ao contrário do que acontece hoje, conforme pudemos evidenciar, deve ser um espaço de realização profissional, de exercício da criatividade; um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade que tal tipo de função proporciona. A alteração no modelo de gestão e do processo de trabalho em saúde deve, ao mesmo tempo, atender às necessidades da população e às possibilidades de realização profissional e pessoal dos trabalhadores e gestores da saúde.

Desenvolvidas a partir das diretrizes contidas no Plano Estratégico da secretaria municipal de saúde para o sistema local⁶², as Cartas Sanitárias podem vir a constituir-se num instrumento de planejamento e organização das ações prioritárias em nível das Unidades Básicas de Saúde: o "Plano Local de Saúde". Sua área de abrangência seria cada unidade e sua construção adviria da pactuação possível que se estabelece nas arenas onde os projetos se explicitam e permanecem em

⁶² Não estamos aqui nos referindo aos planos de saúde previstos nos manuais de Saúde Pública e freqüentemente solicitados como parte da burocracia necessária para que sejam firmados convênios ou para compor processos de habilitação das NOB.

constante disputa, *“tomando o processo de trabalho como analisador institucional privilegiado, libertando o trabalho vivo, que em ato, explode como força instituinte”* (MERHY 1997).

Dessa maneira, a elaboração de um “pacto” entre a Secretaria Municipal de Saúde, os gerentes das unidades, as equipes de trabalhadores da saúde, a comunidade local e os usuários dos serviços (sujeitos prioritários e essência do trabalho em saúde) deve ser estabelecido num movimento que permita combinar distintos sentidos de construção da política de saúde, confluentes na medida em que se estabelecem no entrelaço de interesses e necessidades. A síntese possível, constrói-se através da capacidade de negociação, mediação, composição, resistência ou enfrentamento dos sujeitos envolvidos nessa arena.

Cabe à Secretaria Municipal de Saúde, por um lado, traçar as diretrizes gerais e prioridades da política de saúde, definindo e garantindo os recursos necessários para a implementação de projetos, ações e operações estratégicas, em âmbito mais geral, e o processo de avaliação dos resultados obtidos.

Por outro lado, estabelece-se um fluxo ascendente, em contraposição ao anterior, nitidamente descendente, que parte da elaboração autônoma das equipes de saúde e da comunidade, aí se incluindo a ativa participação e integração com os serviços acadêmicos vinculados à rede de serviços, quando houver essa possibilidade, obviamente respeitados os limites das diretrizes gerais e da dinâmica administrativa dos serviços (ver Figura 2).

Esse processo deve, ainda, envolver o conselho municipal de saúde, com a participação dos conselhos locais, compromissando de forma ativa os setores organizados da comunidade e os representantes dos usuários e trabalhadores da saúde. O acompanhamento da implementação e a avaliação dos resultados obtidos

na promoção da saúde da comunidade, a partir dos territórios, também fazem parte do citado processo.

A implementação prática das Cartas Sanitárias exige que os gerentes locais e os trabalhadores da área de saúde coletiva que atuam em nível central, controlando os sistemas de informação, avaliação, vigilância epidemiológica, óbitos etc, passem a desenvolver uma ação integrada e permanente de fato. Essa necessidade surge em decorrência de que a relação anteriormente instituída, estabelecida a partir de compromissos burocráticos (prazos, fluxos e cronogramas representados por papéis que têm que ser remetidos, sem apropriação de sua importância, finalidades e benefícios práticos no cotidiano das unidades), passa a ser estabelecida em outros patamares. Com as Cartas Sanitárias, surgem “consumidores” permanentemente ávidos por informação.

FIGURA 3. Cartas Sanitárias: um pacto articulado a partir das prioridades gerais e locais



Inicialmente, sem que essa necessidade obstaculize o início das oficinas e demais atividades previstas no processo de elaboração das Cartas Sanitárias, o gerente local, com o apoio da equipe técnica da unidade e, se possível, já com a participação de representantes dos usuários (particularmente os membros dos Conselhos Locais, mais afeitos à dinâmica interna da unidade), deve procurar elaborar um diagnóstico de saúde da região de abrangência da unidade, organizando e disponibilizando todas as informações existentes, contendo:

1. o perfil sócio-econômico e demográfico das comunidades;
2. o perfil epidemiológico, destacando suas peculiaridades, similitudes e diferenças em relação às demais áreas do Município;
3. a identificação, num mapa da região, de todos os equipamentos públicos e de interesse público existentes e, se possível, das áreas consideradas potencialmente de risco para doenças e outros agravos à saúde individual, coletiva e do meio ambiente;
4. relatório gerencial da unidade, organizado a partir de um roteiro gerencial de avaliação de unidades de saúde que contenha as informações referentes ao serviço (relação de funcionários, planta da unidade, relatório de custos e investimento, patrimônio, dados de produção do serviço e por profissional de saúde, inquéritos e estudos desenvolvidos, relatórios de serviço, etc).

Todo esse material, organizado de forma simples e objetiva, deve constituir o *Prontuário da Unidade*. Nele ficarão arquivadas todas as informações essenciais sobre o serviço, as mudanças observadas, os relatórios de avaliação, etc, atualizadas permanentemente, conforme forem ocorrendo os eventos que interfiram na vida da unidade.

Da mesma forma que o prontuário médico pode ser acessado pelos profissionais de saúde e é uma propriedade de cada paciente, a unidade de saúde, por ser um serviço (do) público, deverá ter seu prontuário também colocado à disposição de todos os interessados (trabalhadores e usuários). O acesso ao *Prontuário da Unidade* deve ser o mais amplo possível e estimulado. Afinal, nele estarão contidas as informações que também fazem parte das vidas dos usuários e trabalhadores daquele serviço sanitário.

A grande maioria das unidades conta, hoje, com micro-computadores. Em muitas comunidades, mesmo as mais carentes, já é possível disponibilizar o acesso às informações através da Internet. Pode-se manter o *Prontuário da Unidade* numa home-page própria do serviço, da secretaria municipal de saúde ou ainda “hospedada” em algum site pertencente à outra instituição pública ou comunitária.

Preferencialmente, com esse conjunto de dados disponíveis e divulgados através das mais distintas formas existentes e adequadas à comunidade (rádio, TV, jornal, rádio-comunitária, boletins, visitas domiciliares, informes nas escolas, igrejas e ambientes de trabalho, carros de som, ou outra modalidade que a criatividade e os recursos práticos permitam), deve-se conclamar a comunidade e os trabalhadores da saúde para participarem da realização de *Oficinas de Planejamento Estratégico* participativo, onde terá continuidade o processo de elaboração das Cartas Sanitárias.

As oficinas deverão ser realizadas, tantas quanto necessárias, em qualquer local que permita que um grupo variável de pessoas possa se reunir (a própria unidade, uma igreja, a escola, um salão de festas, um clube, etc). Propomos que seja esclarecido aos presentes que o processo não se encerrará na *Oficina de Planejamento Estratégico*, convidando-os desde o início para que participem plenamente de todo o processo, incorporando-se ao planejamento da unidade.

Após uma rápida apresentação dos objetivos, pode-se optar pela apresentação, em forma de seminários, das informações mais importantes contidas no *Prontuário da Unidade*, abordando-se cada um dos quatro pontos indicados anteriormente. É importante que o gerente local assuma a liderança desse processo, com cuidado para não o monopolizar. Mas sua referência técnico-política deve ser reafirmada nesse momento privilegiado. Pretende-se, na lógica de descentralização e autonomização das equipes, que o gerente local possa assumir não apenas a condução técnica da unidade como também o processo político, tornando-se uma referência na comunidade por excelência. Deve ficar acordado, portanto, que os *“gerentes das UBS são os representantes do governo e gestores do sistema em sua área de abrangência, devendo, portanto, através do Planejamento Local e da Gestão Colegiada das unidades, gerir os recursos técnicos e políticos com a efetiva participação dos Conselhos Locais de Saúde – negociando e administrando os conflitos para garantir o bom funcionamento dos serviços, ou seja, a reorganização dos processos de trabalho sob a ótica das necessidades de saúde da população”* (BUENO 1997, p.181).

Aqui é necessário estabelecer um parêntese, pois é nesse momento, também, que a equipe gestora da secretaria municipal de saúde deve apresentar à comunidade, de forma clara, concisa, objetiva e em linguagem acessível, um diagnóstico mais geral da saúde no município e as diretrizes estratégicas escolhidas para o sistema, que deverão ser também consideradas como tarefas prioritárias para todas as comunidades e unidades. Assim, por exemplo, se uma determinada UBS, no processo de elaboração de sua Carta Sanitária, optar por enfrentar prioritariamente os problemas relacionados à dependência química de drogas, as doenças sexualmente transmissíveis, a melhoria da qualidade do pré-natal e os problemas relacionados à violência e os acidentes de trânsito, isso não poderá permitir que se trate com um grau menor de prioridade as diretrizes estratégicas previamente definidas pela secretaria municipal de saúde, por exemplo, que apontam para que as unidades priorizem a melhoria do acolhimento, o acompanhamento das doenças

respiratórias infecciosas em crianças e idosos e a saúde dos trabalhadores submetidos a determinados riscos, típicos do processo produtivo que caracteriza a indústria local.

Neste caso, hipotético, as unidades poderão assumir outras prioridades, definidas no processo de elaboração de suas Cartas Sanitárias. E, para tanto, receberão apoio incondicional da secretária de saúde. Mas deverão, em verdade, agregá-las às outras prioridades definidas em nível macro. Daí por que se torna tão importante estabelecer um processo criterioso de definição de prioridades e eleição de objetivos e operações que serão empreendidas no *locus* da unidade.

A partir daí, retornando-se à análise da oficina que vinha sendo empreendida, através da utilização de dinâmicas variadas, pode-se dar início ao estabelecimento de um *Plano de Ação*, através da identificação e priorização de problemas, seus determinantes, definição de objetivos e metas a serem atingidos pelas UBS.

É fundamental manter o envolvimento de todos no sentido de estabelecer projetos, operações, ações e estratégias para atingir os objetivos priorizados, através da elaboração (coletiva) de propostas factuais, simples, diretas e objetivas, que possam de fato ser viabilizadas.

A etapa seguinte deve compreender o estabelecimento (também coletivo) de um cronograma de implementação do *Plano de Ação* e a definição tanto dos responsáveis pelas tarefas como da equipe de apoio. Essa definição também deve ser efetuada coletivamente, fazendo com que todos assumam compromissos públicos.

Note-se que para determinadas ações, projetos ou atividades, dependendo da prioridade e do enfoque necessário, poderá (e deverá) ser atribuída a membros da comunidade e trabalhadores da saúde a responsabilidade pela coordenação de uma tarefa ou pela composição do grupo de apoio. Isso não deve significar, entretanto,

apagamento ou negação das funções técnicas relativas à divisão social do trabalho, entre as diferentes categorias profissionais, no interior da unidade. Mas reconhece-se, assim, o valor e a importância, na resolução dos problemas de saúde, de uma outra forma de saber que não seja exclusivamente o saber técnico, responsabilizando a todos pela promoção e os cuidados com a saúde, o meio ambiente e a vida.

O passo seguinte é a identificação de quais recursos serão necessários e a forma como será efetuada a avaliação e o acompanhamento. O esquema gráfico que representa a seqüência de etapas prevista até aqui é apresentado na fig. 4.

Fica claro, aqui, que as Cartas Sanitárias não devem se confundidas com um determinando momento do planejamento, como, por exemplo, a *Oficina de Planejamento Estratégico*. O desenvolvimento das Cartas Sanitárias, enquanto uma tecnologia de processo, não pode ficar restrito a um momento estratégico que se encerre em si mesmo, rico por permitir a democratização de “uma parte” do planejamento da unidade (mesmo que seja a que faz o diagnóstico, levanta prioridades e sugere operações) mas que, dessa forma, estaria condenado ao mesmo resultado que os instrumentos tradicionais de planejamento e gestão têm produzido.

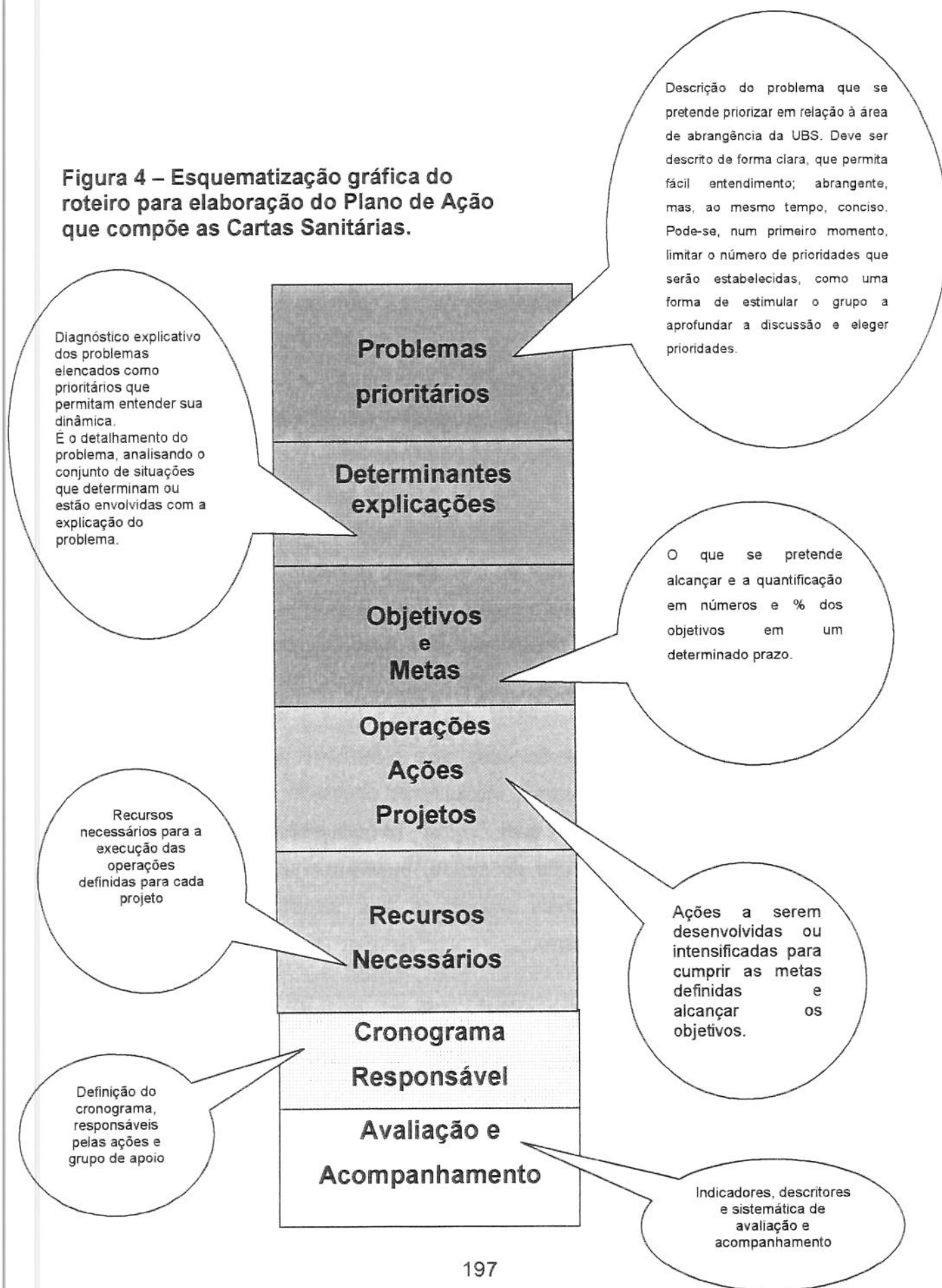
Deve, portanto, instituir um processo de planejamento participativo permanente, agregado ao cotidiano dos sujeitos envolvidos e da instituição. Para tanto, podem ser utilizados instrumentos operacionais simples, porém valiosos, por permitirem ampla participação e democratização da informação, como as *salas de situação*.

A *Sala de Situações* é uma estratégia para dar visibilidade e concretude ao processo de acompanhamento da operacionalização das ações e projetos definidos no Plano de Ação. Permite que os diferentes sujeitos envolvidos no processo possam acessar as informações necessárias para a avaliação dos resultados que forem sendo obtidos. Adequada a cada realidade, pode ser empreendida através de

diversas formas, tais como pastas, planilhas em computadores, painéis e quadros simplificados afixados em murais ou nas paredes das unidades. Não há necessidade, entretanto, da ocupação de um cômodo do serviço (muito embora, caso haja disponibilidade, seja possível pensar na alocação de uma “sala” propriamente dita para concentrar o acompanhamento do Plano de Ação).

Em qualquer situação que se apresente, para o desenvolvimento da *Sala de Situações*, propomos a elaboração de planilhas, a serem construídas pelo gerente com a participação dos servidores e usuários (CLS). Na medida do possível, deverão ser afixadas na própria unidade e permanentemente atualizadas, para que possam garantir o envolvimento de todos em relação ao acompanhamento da dinâmica de todo o processo. Pode-se, por exemplo, conceber um grande painel instalado numa parede na recepção da unidade, afixado no mural na sala de espera, na escola, igreja e/ou associação comunitária.

Figura 4 – Esquematização gráfica do roteiro para elaboração do Plano de Ação que compõe as Cartas Sanitárias.



A avaliação das ações e da implementação das Cartas Sanitárias será efetuada por diversos instrumentos, constando de dois grupos distintos:

1. acompanhamento das planilhas do *Plano de Ação*, através do cumprimento das metas e operações propostas, organizadas e dispostas na *Sala de Situações*.
2. acompanhamento de um conjunto de indicadores, provenientes de fontes já existentes de dados ou que venham a ser construídos coletivamente em função das prioridades e objetivos estabelecida na Carta Sanitária de cada unidade e no plano estratégico mais geral na secretaria de saúde e que ficarão permanentemente registrados no *Prontuário da Unidade*.

Adaptável livremente a cada realidade, o importante é reconhecer a necessidade de se implementar um dispositivo, analisador do Planejamento Local, que irá requerer a constituição de um processo permanente e participativo de planejamento, incluindo-se aí estratégias de avaliação e redefinição de objetivos, operações, metas, prioridades, etc.

Esse plano local de saúde - a *Carta Sanitária* para o território de saúde de cada UBS - pode se constituir num importante instrumento orientador da gerência dos serviços e um meio através do qual serão periodicamente avaliadas e supervisionadas as equipes e serviços de saúde, superando-se dessa forma os mecanismos de avaliação tradicionais (baseados nas tradicionais teorias de administração geral, de cunho taylorista).

Os indicadores e parâmetros para análise das metas e objetivos preestabelecidos irão requerer também a adequação do sistema de informação da saúde como um todo, abrangendo um conjunto de variáveis que representem o modelo e as prioridades definidas, incluindo aspectos da atenção, tais como: produtividade, cobertura populacional, indicadores que analisem a integralidade e a qualidade da

atenção, possibilidade de acesso e humanização dos serviços e melhoria dos indicadores de morbi-mortalidade e impacto sobre as condições gerais de saúde. Para tanto, será necessária a implementação de instrumentos, tais como planilhas de avaliação, indicadores de qualidade, fluxogramas analisadores, planilhas de avaliação da satisfação dos usuários e de trabalhadores etc.

As direções locais e regionais de saúde, por sua vez, terão que assumir a coordenação efetiva desse processo de transformação no modo de atenção e gestão à saúde, incorporando as ações de planejamento no cotidiano dos serviços de saúde, que deixarão de ser exclusividade dos núcleos e assessorias de nível central do órgão gestor da saúde.

É fundamental que os gestores, responsáveis pela coordenação da rede básica e da área assistencial (à qual freqüentemente estão vinculadas as UBS nos organogramas mais encontrados), os coordenadores regionais ou de distritos sanitários e demais quadros técnico-políticos pertencentes ao nível central rompam com a situação de isolamento e solidão a que estão submetidos os gerentes das unidades no processo de transformação e implementação de mudanças. Isso deve ser conduzido, preferencialmente, como uma operação estratégica prioritária. BUENO, relatando a experiência do LAPA-UNICAMP, em Betim-MG, refere a instituição de Grupos de Apoio à Gestão (GAG), constituídos por membros do quadro gerencial que em duplas participaram dos processos de planejamento local, dando suporte político e metodológico aos gerentes na disputa de projetos. Segundo esse autor, na experiência relatada, *“esta operação foi fundamental para a concretização dos Planos Locais na maioria das unidades de saúde, não só pelo suporte dado aos gerentes mas principalmente pela aproximação que se deu entre os níveis central e local, uma vez que a relação só se dava através das chamadas “referências técnicas” que atuavam na rede de forma verticalizada nos programas, não discutindo a saúde integral dos usuários”* (1997, p.187). Outros autores, tais

como CECÍLIO E MERHY, também referem a utilização de instrumentos semelhantes ao GAG em outras experiências.

Será necessário, ainda, investir na qualificação e formação dos gerentes e gestores do sistema de saúde, através de programas de desenvolvimento gerencial que sejam realizados e implementados enquanto um processo de autodesenvolvimento gerencial permanente, não se restringindo a um curso com limitado conteúdo programático, permitindo que os dirigentes das UBS incorporem uma perspectiva de que ser gestor *“é ter a capacidade de escutar ruídos e desenvolver um processo de entendimento e um estado de ânimo cooperativo, para a execução da missão”* (BUENO 1997, p.186).

Temos observado que as experiências que apostam na flexibilização e horizontalização das relações entre os diferentes níveis de gestão têm proporcionado um abrandamento desse sentimento de abandono institucional (técnico, político e afetivo-emocional, na maioria das vezes percebido de forma confusa e conflituosa pelos gerentes locais e profissionais de saúde). Isso pressupõe, entretanto, a composição de uma equipe responsável, comprometida e capaz de agregar potencialidades e conhecimentos na resolução de problemas. Qualquer situação institucional em que predomine a “empurroterapia”, ou seja, a delegação fortuita e irresponsável de atribuições, manterá o mesmo grau de ineficiência e ineficácia encontrado em qualquer outro desenho organizacional.

Deve-se avançar para uma perspectiva organizacional, que MERHY (1997) vislumbra como *“unidades co-geridas politicamente e autogeridas tecnologicamente”* (p.227), numa lógica em que as relações horizontalizadas sejam estimuladas. Assim, redimensiona-se a micro-física de poder institucional existente, convergindo-o para novas relações humanas, cooperativas e solidárias, onde impere o compromisso coletivo, fundamentado na ética em defesa da vida, capaz de

produzir contratos entre os trabalhadores e dirigentes da saúde, a partir das necessidades dos usuários.

O produto obtido no processo de construção das Cartas Sanitárias, bem como as demandas daí decorrentes, deverão orientar a priorização na alocação de recursos, assim como futuros planos, prioridades para cursos, treinamentos e avaliação qualitativa do trabalho dos gerentes e das equipes de saúde.

Nas situações onde for possível estabelecer integração entre os serviços básicos e a universidade, pode-se estabelecer uma dinâmica muito produtiva de trabalho. A essa dinâmica estamos denominando *Observatório Sanitário*, a partir da definição de indicadores a serem elaborados pela universidade, para o município como um todo e para as regiões de saúde e que serão acompanhados periodicamente.

A definição de quais indicadores serão acompanhados pelo *observatório sanitário* devem ser baseadas nos programas e ações de saúde prioritários para o sistema de saúde como um todo. Devem, entretanto, garantir o acompanhamento e a avaliação também das prioridades definidas em cada Carta Sanitária, revertendo a tendência, rotineiramente observada, caracterizada pela imposição por parte da universidade de objetos de investigação e ensino que não atendem as necessidades das comunidades e serviços utilizados para tanto. Esse observatório ira demonstrar a evolução e avaliar como os programas, projetos e ações estão intervindo sobre os indicadores de saúde da comunidade.

A participação da universidade pode, ainda, auxiliar a qualificação das ações, no sentido de que a universidade irá atuar de forma a emprestar o máximo de qualidade aos serviços, programas e ações de saúde implementados nas UBS. Essa união também possibilita o ensino de ciências da saúde e a formação

dos futuros profissionais numa perspectiva transformadora, que aumenta ainda mais o compromisso com a excelência e a cidadania.

Outra questão que precisa ser considerada é a relação desse instrumento de planejamento e gestão aqui proposto e os mecanismos usuais de controle social previsto no SUS. É possível combinar o processo de mobilização dos trabalhadores da saúde, usuários dos serviços e membros da comunidade que se disponham a participar do movimento proposto em torno da elaboração das Cartas Sanitárias e a implementação Conselhos Locais de Saúde?

Os Conselhos Gestores ou Locais, na maioria dos municípios que optaram pela sua adoção, têm seguido a mesma organização e caráter dos Conselhos Municipais de Saúde, guardada as proporções das respectivas unidades de serviços (paritários e tripartites). Em geral, esses conselhos são compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de representantes da secretaria municipal de saúde e das gerências unidades de serviços. Entretanto, a análise dessas experiências tem demonstrado que em tempos de refluxo na participação dos movimentos sociais, esse processo se realiza com um enorme grau de dificuldade, tendendo a reproduzir-se através de movimentos praticamente tutelados por gestores locais, esforçados em implementar a participação popular. São extremamente frágeis os mecanismos autênticos de mobilização e participação de usuários e trabalhadores exercendo sua cidadania através do direito de livre organização e controle das políticas de saúde (pelo menos em sua relação mais direta com a unidade de saúde).

Mesmo os militantes de partidos políticos, lideranças comunitárias, religiosas e sindicatos de trabalhadores (inclusive os da saúde) têm mantido uma postura distante, desinteressada, com baixo gradiente de participação nos conselhos gestores e locais de saúde.

As Cartas Sanitárias podem constituir-se num potente instrumento de mobilização dos trabalhadores e usuários, bem como de valorização das instâncias de controle social do SUS. Em primeiro lugar, cabe ressaltar que as Cartas Sanitárias não substituem os Conselhos Gestores/Locais e muito menos do Conselho Municipal de Saúde. A principal atribuição do Conselho Gestor/Local de determinada unidade de serviço é o de acompanhar e fiscalizar a implementação das ações da política de saúde do município, de acordo com a realidade sanitária e epidemiológica, em sua área de abrangência.

Usualmente, os representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde e os membros usuários dos Conselhos Gestores/Locais não executam qualquer tipo de ação gerencial, administrativa ou técnica nas unidades de serviços. De acordo com os regimentos estabelecidos pela maioria dos conselhos gestores/locais das unidades de serviços, os conselheiros devem reunir-se periodicamente para discutir o "andamento" da unidade. Contudo, a partir da elaboração das Cartas Sanitárias, pode-se conceber uma postura mais ativa, participativa e compromissada dos representantes da comunidade. Há o sentimento de que os usuários, de maneira geral, entendidos aqui como aqueles que usam de fato os serviços, "vestem mais a camisa" da unidade e dos interesses dos seus pares do que as tradicionais lideranças comunitárias, vinculadas a outros interesses, que, muitas vezes, nem ao menos são usuários do serviço.

A partir da operacionalização das Cartas Sanitárias, os membros dos Conselhos Gestores/Locais, renovados em ideais, propósitos e, muitas vezes, sob nova representação, democraticamente eleita, podem desempenhar com mais consistência atribuições que venham a ser definidas.

Nos municípios onde haja sido incorporada a estratégia de elaboração democrática do orçamento municipal, usualmente denominada "*Orçamento Participativo*", o processo de Cartas Sanitárias pode tanto ser beneficiário da cultura de participação

social, caso já tenha sido implementada, como também pode vir a ser fator indutor/facilitador para os governos municipais e comunidades que optem pela construção democrática de políticas públicas, decidindo coletivamente o que fazer prioritariamente com parte dos recursos destinados a investimentos que compõem o Tesouro Municipal (GENRO e SOUZA 1997).

Além de diversas experiências bem sucedidas de *Orçamento Participativo*, numa das situações estudadas pudemos observar uma experiência de descentralização da gestão e participação muito exitosa e plenamente adaptável ao processo desencadeado pelas Cartas Sanitárias.

Inserida no contexto do Programa de Desenvolvimento Sustentável do Governo do Estado do Amapá, foi criado o “*Caixa Saúde*”, uma experiência de descentralização da gestão, na qual os recursos financeiros são repassados diretamente para as unidades de saúde e administrados pelo Conselho Local de Saúde, formado por representantes da comunidade e servidores das Unidades de Saúde. Isso torna o atendimento mais ágil e eficiente e procura solucionar, com responsabilidade coletiva, os problemas e questões que eventualmente estrangulam e emperram a qualidade do atendimento ao cidadão no seu direito à saúde.

A parceria de gerenciamento e responsabilidades, proposta pelo instituto da *Caixa Saúde*, objetivou não só facilitar mas, sobretudo, garantir a prestação de serviços e ações de saúde com melhor qualidade, mais próximos à realidade do usuário, uma vez que ele participa, tem voz e decide com os gestores do sistema os caminhos mais viáveis para o melhor atendimento.

As liberações de recursos financeiros são efetuadas pelo Governo Estadual, diretamente às unidades executoras, de acordo com a programação financeira dos *Caixas Saúde*. Os saldos financeiros dos convênios, enquanto não utilizados, são obrigatoriamente aplicados em cadernetas de poupança junto à instituição

financeira oficial, se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês, e em fundos de aplicação financeiras em curto prazo, se a previsão de uso for inferior a trinta dias. Os rendimentos obtidos em função das aplicações efetuadas são obrigatoriamente acrescidos ao valor do convênio e aplicados de conformidade com o objeto do convênio e plano de aplicação, devendo constar dos relatórios que integram a prestação de contas.

Os recursos liberados se destinam ao custeio das despesas das unidades de saúde e devem ser utilizadas de acordo com o objetivo e plano de aplicação estabelecidos no convênio. O acompanhamento da execução é exercido pelos órgãos de Controle Interno (Auditoria Geral do Estado, Unidade de Contratos e Convênios e Divisão de Avaliação e Controle da Secretaria Estadual da Saúde) e Externo (Tribunal de Contas do Estado, Representação do Ministério da Saúde e Ministério Público), além dos respectivos conselhos municipais de saúde. Suplementarmente, o acompanhamento é efetuado também pela sociedade civil, que pode formalizar denúncias à Unidade de Contratos e Convênios da Secretaria de Saúde e à Auditoria Geral do Estado, sobre quaisquer irregularidades detectadas.

Há normatização dos procedimentos básicos para execução dos recursos, tais como:

- submeter à apreciação da Assembléia Geral as prioridades quanto às aquisições de material de consumo e permanente, bem como os serviços a serem executados;
- fazer cotação dos preços, com no mínimo três fornecedores, para aquisição de materiais de consumo e permanente ou três prestadores de serviços, no caso de prestação de serviços (quando se tratar de Recursos Estaduais) ou obrigatoriamente o processo licitatório, conforme estabelecem os artigos 20 a 26 da lei nº 8.666/93, quando os recursos são de origem federal;
- efetuar as compras ou serviços pelo menor preço cotado;

- efetuar os pagamentos das despesas somente através de cheques nominais, assinados pelo presidente e pelo tesoureiro do fundo local e não efetuar pagamentos antecipados para nenhum tipo de despesas;
- emitir comprovantes de despesa (notas fiscais, faturas, recibos etc.) em nome do *Caixa Saúde*, atentando para que os documentos comprobatórios das despesas sejam expedidos, com a data de emissão, nome e CGC do *Caixa Saúde*, sem rasuras, emendas ou entrelinhas, contendo a especificação do material ou serviço, valor unitário, valor total e assinatura;
- certificar todos os documentos comprobatórios das despesas, sendo que estas só podem ser realizadas após o recebimento dos recursos e dentro do prazo de vigência estabelecido no convênio.

A prestação de contas também é normatizada e controlada pelos órgãos da administração direta e pelo Tribunal de Contas do Estado. Os *Caixas Saúde* obedecem obrigatoriamente aos princípios da legalidade, moralidade, probidade e transparência que devem nortear os atos da administração.

Atualmente, existem mais de vinte *Caixas Saúde* em funcionamento, e a experiência acabou sendo estendida e adaptada para os hospitais públicos. A avaliação é muito positiva, notadamente no que se refere à redução de custos e maior agilidade na execução das atividades fins.

Com esse exemplo, vê-se que é possível ir além das concepções de modelo de gestão estabelecidos, sem que se fuja dos marcos da administração e do direito público. As Cartas Sanitárias, combinadas com outras estratégias, apropriadas em conjunto como instrumentos de execução das políticas definidas coletivamente, podem transformar de fato o modelo tecno-assistencial e de gestão de nossos serviços de saúde.

Figura 5 – Dinâmica do processo de elaboração e implementação das Cartas Sanitárias.



7 CONCLUSÕES

Neste estudo, procurou-se entender a rede básica enquanto um território estratégico de intervenção, no interior das reformas das políticas de saúde implementadas no Brasil ao longo das últimas duas décadas.

Foi possível perceber o quanto continua sendo difícil romper com o modelo hegemônico, redirecionar seu enfoque (*hospitalocêntrico*) e redesenhar novos papéis e missões para a rede básica de serviços de saúde na *“construção de um modelo de atenção que permita, junto ao conjunto dos usuários, realizar práticas que acolham, vinculem e resolvam, no sentido de promover e proteger a saúde, no plano coletivo”* (MERHY 1997, p. 198).

Através do resgate do processo histórico no qual surgiram e se formaram os centros de saúde até o atual desenho da rede básica encontrada em nosso país, procurou-se analisar e compreender uma série de fatores determinantes da configuração do modelo tecno-assistencial hegemônico praticado pela rede pública de serviços básicos de saúde.

Identificou-se como o conjunto de “matrizes de pensamento ou ideários” posicionaram-se em relação à rede básica de saúde, seu papel e modelo assistencial assumido, nas distintas situações e conjunturas em que se deu o processo histórico de desenvolvimento das políticas públicas, e nestas, a de saúde pública. Viu-se, assim, que a constituição da rede de centros de saúde está contida, enquanto novas configurações tecno-assistenciais das políticas de saúde, em diferentes estratégias de formulações de tais políticas ao longo da história.

A partir de cinco “grandes” momentos-chave, procurou-se entender as questões tecnológicas e assistenciais no contexto das políticas sociais e nas relações Estado/classes sociais, nas quais foram sendo sobrepujadas. Dessa forma,

observou-se a constituição histórica de dois modelos distintos, o *sanitarismo campanhista* e o *médico-sanitário*.

Para procurar entender as distintas conformações tecno-assistenciais da rede básica que se organizaram historicamente em torno da disputa por um novo modelo de política de saúde em nosso país, utilizou-se a tipologia proposta por MERHY (1997), que as categoriza em posições *conservadoras*, *reformadoras* e *transformadoras*. As mais conservadoras, lutando pela privatização total das ações médicas, admitem a presença do Estado no campo da saúde pública, embora de forma apenas complementar. As reformadoras propõem uma luta contra a irracionalidade e inadequação do modelo. E as transformadoras vislumbram a necessidade de reformular totalmente o setor, através da implantação de um sistema universal e único, democratizado e com controle da sociedade civil.

É inegável a ampliação da cobertura assistencial produzida pela rede básica de serviços de saúde nas últimas décadas, colocando em cena as secretarias municipais de saúde como protagonistas privilegiados desse processo, em conjunto com os gestores locais, trabalhadores da saúde e a comunidade (usuários e não-usuários dos serviços). Houve, ainda, um grande acréscimo de responsabilidades e meios para a gestão da saúde em âmbito local.

Entretanto, consolidou-se um modelo tecno-assistencial de baixa qualidade, ineficiente, ineficaz, autoritário e excludente, que, praticamente, coloca em situação pré-falimentar essa rede básica de serviços de saúde.

Tal rede, hoje, ou manteve os mesmos padrões tecno-assistenciais típicos do modelo *médico-sanitário* ou assumiu a responsabilidade, como porta de entrada do sistema, pela tarefa de promover a triagem dos problemas de saúde, encaminhando os usuários para os serviços públicos e privados ambulatoriais especializados, hospitalares ou para consumo de procedimentos auxiliares de diagnose e terapia.

O que pudemos observar, a partir das reflexões oriundas da análise da rede básica de serviços das secretarias municipais de saúde aqui estudadas, é que se configurou um modelo assistencial caracterizado por um tipo de atenção “queixa/conduta”. Mais do que um simples triador e reordenador da demanda por serviços de assistência médica, esse modelo assimilou o péssimo padrão de assistência médica, empobrecedor da clínica e reafirmador da abordagem meramente voltada para a doença (dissociando o doente de sua dimensão coletiva), já desenvolvido nas unidades de pronto-atendimento dos hospitais filantrópicos e privados conveniados com o sistema previdenciário e nas próprias unidades ambulatoriais previdenciárias. É esse modelo que traduz aquilo que vai ser identificado como padrão de resolutividade para a rede básica em termos de assistência médica individual (medicalizante e de baixíssima qualidade).

As estratégias de Saúde da Família, concebidas a partir da crítica do atual desenho tecno-assistencial da rede básica, insere-se na lógica de focalização de políticas sociais compensatórias, destinadas aos setores excluídos da sociedade, de baixa qualidade, custo e impacto, articuladas com as diretrizes mais gerais da política econômica neoliberal. Vão se impondo, destaque-se, pela indução governamental e no rastro da destruição deliberada da rede básica de saúde.

Com isso, resta à rede básica, tanto na perspectiva reformista quanto na conservadora, a lenta e progressiva substituição pelo PSF ou a consolidação do modelo baseado no pronto-atendimento, hipótese mais provável, porque, além disso, é um potente auxiliar para a sustentação do PSF, dotado de pequena resolutividade para problemas de saúde que requeiram um mínimo de incorporação tecnológica, mesmo que de baixa complexidade (além do papel regulador e triador para a rede privada).

A vertente transformadora, surgida a partir da crise dos anos 70, se expressa publicamente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Entende a

necessidade de uma transformação radical nas relações Estado/classes sociais, a partir da democratização do poder político e da socialização dos benefícios sociais, numa leitura estrutural que aponta para uma transformação das políticas sociais. Para essa matriz, a rede básica assume um lugar essencial para garantir a universalidade, a equidade e a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde que busquem a melhoria da qualidade de vida.

O processo de reestruturação do modelo tecno-assistencial da rede básica de saúde, pautado nos eixos e diretrizes conceituais provenientes de uma matriz transformadora, conforme as propostas de CAMPOS e MERHY, deve ser compreendido a partir de dois eixos estratégicos fundamentais: o político, no qual se constrói uma arena onde os diferentes sujeitos sociais pelejam na disputa de projetos; e o médico-sanitário, inserido no primeiro, no qual se opera a implementação e a consolidação do Sistema Único de Saúde em busca de melhores condições de saúde da população.

O SUS é portador de uma proposta avançada de política de saúde, com fundamentação técnica, científica, econômica, jurídica e densidade social. Aponta, se aplicado em toda sua radicalidade, para uma verdadeira reforma do Estado. Foi conquistado através de um intenso processo de disputa e mobilização. Sua implementação definitiva só se dará pela luta, isto é, pela mobilização da sociedade contra as forças conservadoras que sustentam o neoliberalismo e sua política financeira. Não é possível aceitar que a política econômica e a submissão às regras de mercado tragam a destruição insidiosa de um sistema de saúde que, se transformado, pode representar um grande avanço na conquista do direito de cidadania e na defesa da vida.

A alternativa que se tem colocado a uma política pública, universal, gratuita, integral, de qualidade e sob controle social, é fundamentada nas regras de mercado e imposta pela política neoliberal.

A “modernidade” capitalista, representada pelo neoliberalismo, que tanto fascina a muitos, assumiu em toda a parte caráter de barbárie. Desemprego e exclusão já não são resultados de crises, mas componentes da medíocre “expansão do mundo”. O trabalho escravo reaparece, os menores voltam a desempenhar um papel importante na produção, a renda se concentra como nunca. A política foi banida pela gestão “racional” de um mundo onde parece que não existem homens e nem mulheres reais.

É o movimento de capitais que comanda a adoção de políticas macroeconômicas em quase todo o mundo, condicionando, cada vez mais, os governos aos imperativos da globalização que aparece como “dado objetivo” e nunca como construção política.

Em tempos “neoliberais”, cantam-se em verso e prosa as virtudes da livre iniciativa. Esquece-se, deliberadamente, de seus deletérios efeitos, agravados pela não regulação da voracidade com que se desenvolve, arrastando a tudo e a todos. O egoísmo intrínseco ao neoliberalismo é o oposto da fraternidade e da solidariedade na qual deve fundamentar-se uma política de saúde que defenda a vida como um direito de cidadania.

O mundo no século que se inicia aparece não só como um campo de constrangimentos econômicos, sociais e políticos, mas também como um espaço de enormes oportunidades para o progresso e bem-estar humanos, que não se realizam nos marcos de uma sociedade capitalista, ainda que reformada.

Ao invés de construir a utopia de uma sociedade alternativa que os progressos materiais de hoje podem viabilizar facilmente, melhor é concentrar a reflexão sobre os meios de enfrentar a barbárie capitalista na sua versão neoliberal e de construir os instrumentos de sua superação.

Por uma lado, devemos lutar por uma sociedade onde a igualdade seja entendida como a persistente e criativa busca das compensações que permitam a homens e mulheres desiguais terem acesso a condições eqüânimes de vida, superando os extremos da desigualdade pela adoção de políticas públicas de saúde, seguridade social, educação, habitação etc., como base para a solidariedade.

Em nome da solidariedade, é preciso ainda superar o materialismo desenvolvimentista e o “direito” do homem de dispor da natureza, o que se transforma numa ameaça à vida na Terra. É preciso uma nova relação com o nosso planeta e não apenas a democratização do consumo.

Por outro lado, assistimos a legiões de cidadãos desamparados, excluídos do alcance das políticas públicas, vítimas dos efeitos da desigualdade social e da forma com que são distribuídos os bens de consumo e o acesso da população a mecanismos formais de proteção de suas vidas. É necessário reconhecer que no campo das políticas sociais há um enorme horizonte a ser percorrido. A desarticulação de propostas e intervenções pontuais, governamentais e comunitárias, é ainda marcante.

Enfrentar a exclusão, eleger o ser humano como o centro de nossas políticas, assumir a inclusão dos deserdados através de políticas - de fato - intersetoriais, capazes de interferir na qualidade de vida, na promoção da cidadania e da dignidade humana (e, portanto, nas condições de saúde) é, em nossa opinião, a tarefa diferenciadora que se impõe à rede básica de saúde e às demais estruturas que compõem o SUS. Enfim, saltar do desenvolvimento em si mesmo, enquanto uma estratégia, para a alternativa da inclusão social e da defesa da vida como marcos referenciais do processo de desenvolvimento social e da construção da cidadania.

Pensamos que é necessário intervir, agora, sobre o *processo saúde X doença*. Isso exige uma mudança no modo de entender, trabalhar e avaliar as políticas públicas, aí incluídas as políticas de saúde (e, portanto, os próprios serviços básicos de saúde).

Tais serviços, tradicionalmente, são relacionados à intervenção sobre a doença ou, quando muito, aos doentes. Cada vez mais se impõe a necessidade de promover a saúde. Fugir da camisa de força, representada pela negação ou submissão às demandas crescentes por assistência à doença, e assumir a promoção da saúde e o cuidado da doença como tarefas únicas, quando se tem a promoção da cidadania como um desafio, rompendo-se definitivamente com a falsa dicotomia existente entre alguns serviços destinados à cura e outros, à prevenção.

É necessário assumir como referencial uma nova conceituação para o processo saúde X doença, que se aproprie das chamadas “questões de vida”, relacionadas à qualidade da existência (e não apenas da ausência de doenças) dos indivíduos e da comunidade. Qualidade de existência, nesse sentido, toma por referência uma intervenção que tenha por missão ir além saúde do corpo físico do cidadão (embora ressaltemos a necessidade de garantir assistência à saúde resolutiva e de qualidade). Refere-se à dimensão da saúde mental, da garantia do direito ao prazer, à felicidade, ao lazer, à renda e ao emprego, à moradia, à segurança, à educação, ao respeito aos direitos elementares do cidadão e à sua proteção.

Refere-se, também, à preservação e ao uso equilibrado da natureza e do meio ambiente, assim como à valorização da solidariedade e da fraternidade como ferramentas essenciais para a o bem-estar e a promoção da cidadania.

Nesse sentido, a reestruturação dos sistemas municipais de saúde não deve se pautar somente na busca de uma racionalização dos recursos disponíveis (embora seja também uma meta a ser árdua e obstinadamente perseguida), mas estar

calcada em uma necessidade epidemiológica bem determinada, em planejamento participativo e implementação de um sistema de gestão estratégica e avaliação permanente dos programas, em ações e metas estabelecidas, e, acima de tudo, nas demandas e necessidades da população, para que seja possível o alcance dos objetivos desejados.

Há condições objetivas para estabelecer uma radical transformação na gestão e na assistência à saúde em nosso país. E no setor saúde, especificamente, a rede básica de serviços é, ainda, o campo mais propício a isso, muito mais suscetível a mudanças do que as demais estruturas, tais como o hospital, como bem demonstra CAMPOS.

Outro adversário a ser enfrentado é o conservadorismo e o imobilismo que toma conta das “mentes e corações” de gestores do setor saúde e dos servidores públicos envolvidos com a tecno-burocracia, com ou sem função de gerência, reprodutores de uma ordem contrária aos interesses da população e dos trabalhadores.

Mas não é mais possível pensar em avanço sem construir uma política de recursos humanos compatível com a necessidade e grandiosidade dessa proposta. Não se trata apenas da questão salarial. Vai além, pois são fundamentais adesão, compromisso, consciência transformadora e qualificação permanente dos trabalhadores da saúde. Constata-se, ainda, que há uma inegável carência de quadros técnicos competentes e comprometidos com um projeto transformador.

É preciso democratizar a política de saúde através da participação dos usuários, suas entidades e a mobilização da sociedade para que seja cumprido aquilo que foi conquistado na legislação. Os conselhos locais de saúde têm, neste sentido, um papel fundamental. É possível, como bem destaca GENRO (1997), apontar para *“uma forma universal de dirigir o Estado e de criar um novo tipo de Estado. Um*

Estado que combine a representação política tradicional (ou seja, eleições periódicas e previsíveis) com a participação direta e voluntária dos cidadãos (criando formas de co-gestão), para que os representantes eleitos pelo sufrágio universal e os participantes da democracia direta e voluntária gerem decisões cada vez mais afinadas com os interesses da maioria” (p.21).

Concordamos com CECÍLIO ao avaliar que a abertura do setor público deva se dar *“pela garantia de sua “invasão” pela sociedade, num ambicioso movimento de desprivatização do público e publicização dos tão bem guardado “segredos” do Estado” (CECÍLIO 1997).*

O processo desencadeado pelas Cartas Sanitárias, à semelhança do que se observa em relação ao Orçamento Participativo, poderá oportunizar aos cidadãos, direta e concretamente, meios para que operem a luta pelos seus direitos, combinando a decisão individual (querer participar) com a participação coletiva, que gera decisões públicas (GENRO 1997). Para tanto, é necessário *“diminuir ao máximo a distância entre os que comandam, planejam e dirigem, e a maioria executante de ações e serviços ordenados(....) para que todos sejam em alguma medida gerentes(.....)” (CAMPOS 1994, p. 32).*

A melhoria das condições de saúde dos brasileiros requer, ainda, a mudança do modelo de atenção à saúde. Deve-se priorizar a prevenção e a promoção e garantir a integralidade e a intersetorialidade, tudo isso para a construção de um sistema eficiente, moderno, acolhedor e humanizado, onde as ações estejam condicionadas ao compromisso com a qualidade de vida dos indivíduos, da comunidade e do meio ambiente.

É preciso resgatar, como sonhou Marx, citado por GARCIA (1997), a idéia de *“uma organização social na qual o livre desenvolvimento de cada um é a condição do livre desenvolvimento de todos”*. Uma frase densa de significados, que fornece aos

homens de hoje, ao mesmo tempo, critérios para aprender com os motivos do fracasso do passado e idealizar o modelo tecno-assistencial a ser adotado no futuro (uma imagem-objetivo transformadora).

Não podemos ficar restritos à busca do aumento da eficiência e da eficácia na administração da rede de serviços básicos de saúde. *“O emprego de tecnologias de gestão inovadoras contribui efetivamente para que os sujeitos sociais que as utilizem venham a desenvolver, mediante a inserção participativa e compromissada, uma relação crítico-transformadora da sua situação social; ao se sentirem partícipes do processo organizacional e de construção concreta de um ideal compartilhado, deixarão de ver a busca da qualidade como imposição normativa de um grupo dirigente e a adotarão como referência cotidiana.”* (GALLO e col. 1996, p.141).

É necessário romper com uma tradição herdada na combinação do que há de pior em relação a dois estilos de administração sanitária existentes em nosso país, o liberal e o de saúde pública. Segundo CAMPOS (1991), *“da tradição estatal conservou-se a estrutura rígida e centralizada, a gestão burocrática e autoritária, mas permeável ao clientelismo e às várias formas de utilização privada da coisa pública. Da tradição liberal, conservou-se a autonomia relativa dos profissionais, especialmente dos médicos, o que sem os estímulos pessoais do mercado redundou em uma profunda alienação dos servidores de suas obrigações mezinhas”* (p.90).

Esse é um grande desafio colocado para que seja efetivada uma verdadeira transformação do modelo tecno-assistencial da rede básica de serviços. Uma rede básica onde a liberdade e autonomia não sejam expressão do individualismo nem do corporativismo, mas onde imperem o pluralismo (técnico, religioso, político, sindical, cultural, racial, de expressão) e o compromisso com a saúde e a vida. Torna-se fundamental, para tanto, que seja garantido o controle social permanente.

Como CAMPOS (1991), temos a convicção de que uma das tarefas centrais do SUS (e, portanto, da rede básica de serviços de saúde), é *“construir uma nova vontade política na área da saúde(...) pensando uma nova consciência sanitária, capaz de identificar as “necessidades” do processo histórico contemporâneo”* (p. 33).

Como radicalizar a democracia, indo além do Estado de direito, construindo espaços públicos onde sejam gestados permanentemente novos direitos, fundindo exigências de liberdade política com os imperativos da igualdade e da justiça social?

As Cartas Sanitárias, enquanto um instrumento de planejamento participativo e de gestão estratégica para a rede básica de serviços de saúde, poderão se constituir numa tecnologia de processo inovadora, com potencial para permitir o surgimento de uma nova cultura (organizacional e na relação instituição/servidores/usuários). Ao incorporar, como premissa fundamental, preceitos e valores, tais como a defesa da vida, a cidadania, a solidariedade, a democratização da gestão, a ética alteritária e o compromisso com a conformação de uma nova consciência sanitária aos princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade – poderá haver impacto positivo sobre os serviços básicos de saúde e, portanto, sobre as condições gerais de saúde e de vida da população.

GALLO e col. (1996) destacam que: *“O emprego de tecnologias inovadoras de gestão tem papel importante no processo de transformação da cultura organizacional ao romper com estruturas burocratizadas e com linhas de decisão inoperantes ou pautadas na autoridade, ao viabilizar um processo de gestão no qual a tônica é a solidariedade e a cumplicidade dos sujeitos implicados e ao criar mecanismos de participação e controle social que realimentem os processos organizacionais”* (p.141).

Como identificar os sujeitos dessa transformação? À sociedade, em profunda mutação, e aos trabalhadores em geral, mesmo que despojados da missão histórica

de ser a classe redentora que a teologia marxista lhe havia atribuído no passado, cabe um papel central na retomada da mobilização pela construção de um novo mundo.

A implementação de um modelo tecno-assistencial em defesa da vida pressupõe uma luta permanente pelo direito à vida, ao seu prolongamento e melhoria de sua qualidade também, o que irá requerer a garantia de acesso aos meios e instrumentos tecnológicos necessários. Segundo CECÍLIO, é necessário, ainda, *“o desenvolvimento de uma consciência sanitária que contribua para que os homens e mulheres possam caminhar no sentido de reconhecer e lutar por suas necessidades mais legítimas; o desenvolvimento de formas criativas e eficazes de controle dos cidadãos sobre o Estado, no sentido de que o mesmo possa ser um dos espaços para a construção de uma vida melhor para todos”* (p.26).

O SUS não é um dogma de fé, mas sim uma construção política. É preciso pensar o país e o mundo existentes, ousar encarar as profundas mudanças, ainda que se abalem dogmas e convicções, colocar a reflexão à altura da generosidade dos que suportam a exploração e lutam contra ela. Este é o preâmbulo da agenda de uma nova sociedade.

Acreditamos que é necessário aceitar o desafio de implementar uma profunda transformação na rede básica de serviços de saúde de tal forma que possamos colocar a atenção médico-sanitária e os cuidados básicos de saúde como instrumentos de defesa da vida, rompendo com a lógica liberal. Não podemos aceitar que essa lógica econômica signifique a destruição de políticas públicas que representam a garantia de cidadania e a defesa da vida. Afinal, a vida não é uma mercadoria.

SUMMARY

Reis AAC. **Sanitary Letters: an instrument for the participative planning process and strategical administration of Basic Health Services.** Campinas; 2001. [Masters Dissertation – Faculdade de Ciências Médicas of UNICAMP].

By analyzing the historical context where the formulation of health politics and State/social classes take place, we tried to comprehend the factors that are determinant to the configuration of the techno-assistant model practiced by the public health service. By taking as a reference element the professional praxis which the author is involved with, through his sociopolitical militancy in the Collective Health field, and in the administration of local health systems, the investigation of ten municipal health offices and the analyses of the main characteristics of the public service all over the country, we could identify the techno-assistant outlines taken over by the public health services during the last years and how hard it is to break the hegemonic model, redirect its focus (hospital-centered) and redesign new roles. From one of the ideological matrices studied, called *transformer* by MERHY (1997), we could sketch out policies to be controlled by the public health service if actually an implementation of a new techno-assistant model is undertaken for *lifesaving*. An instrument for the participative planning process and strategical administration, called “*Sanitary Letters*” by the author that allows the democratic and solidaristic involvement of the different social participants in the construction process of the SUS in local extent (managers, health workers, and community), was proposed in an effort to work out in detail and implement, for each basic health unity, a new way to identify needs, define priorities and thus, plan, organize, manage, and evaluate services. The Sanitary Letters, the way they are suggested in this study, are comprised of an strategy of a larger transformation process of the techno-assistant model for the public health service, being able to interfere in the quality of life and reassure the commitment with both the individual care and the collective health, considering the needs and the reality of each community.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrenechea JJ, Uribe ET. **Salud para todos en el año 2000, implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud.** Medellín: Un. Antioquia; 1987.
- Berlinguer G, Teixeira SF, Campos GWS. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil.** São Paulo: Hucitec/CEBES; 1988.
- Banco Mundial. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial – Investindo em Saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/Banco Mundial; 1993.
- Bodstein RCA, Fonseca CMO. Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: Costa NR, Minayo CS, Ramos CL, Stotz EN, organizadores. **Demandas populares, políticas públicas e saúde.** Petrópolis: Vozes/ABRASCO; 1989. v. I. p. 67-90.
- Braga JCS, Paula, SG. **Saúde e Previdência: Estudos de política social.** São Paulo: Hucitec; 1980.
- Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: IMESP; 1988.
- Brasil (Ministério da Saúde). **Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde;** 1963 Dez 9-15; Rio de Janeiro. Niterói: Prefeitura de Niterói/Fundação Municipal de Saúde; 1992.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei.** Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
- Brasil (Ministério da Saúde). **Norma Operacional Básica nº 01/93.** Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993, DOU, Brasília, 24 de maio de 1993.
- Brasil (Ministério da Saúde). **Norma Operacional Básica do nº 01/96.** Brasília: novembro de 1996, DOU, Brasília, de 05 de novembro de 1996.
- Brasil (Ministério da Saúde). **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Relatório Final. Brasília. 1997.

- Brasil (Ministério da Saúde). **Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília; 1999.
- Brasil (Ministério da Saúde). **Programa de Atenção Básica à Saúde – Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001. Disponível em <URL:<http://www.saude.gov.br> [2001 Mar 07]>.
- Brasil (Ministério da Saúde). **Norma Operacional Básica da Assistência a Saúde do SUS nº 01/01**. Portaria nº 95/GM, de 26 de janeiro de 2001b.
- Bueno WS. Betim: construindo um gestor único Pleno. In: Merhy EE. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997; p.161-168.
- Campos GWS. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: Hucitec; 1987.
- Campos GWS, MERHY EE, NUNES ED. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- Campos GWS. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec; 1991.
- Campos GWS. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1992.
- Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994; p.29-88.
- Cantillano EMC. Análise crítica da conceituação predominante sobre a APS. In: Nunes ED, ed. **Medicina Social, aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global; 1993. p.181-205.
- Castro MHG. Conflito e interesses na implementação da reforma política da saúde. In: **Saúde em Debate**. 1992; 35: p. 21.
- Cecílio LCO. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- Centro de Informação e Referência em Saúde Pública – USP (Grupo de Trabalho – Coord. CUENCA, AMB). *Guia de Apresentação de Teses*. São Paulo, 1998.
- Cohn A. A saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: Cohn A, Elias PE. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 2ª ed. São Paulo: Cortez/Cedec; 1998. p.11-56.

- Costa NR. **Lutas urbanas e controle sanitário. Origens das políticas de saúde no Brasil.** 2ª ed. Petrópolis : Vozes; 1986.
- Dallari SG. **Municipalização dos Serviços de Saúde.** São Paulo: Brasiliense, 1985.
- Donnangelo MCF, Pereira L. **Saúde e Sociedade.** São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1979.
- Donnangelo MCF. A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: **Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil.** Rio de Janeiro: ABRASCO; 1983. p.19-35.
- Draibe S. **Rumos e metamorfoses.** Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985.
- Elias PE. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: Cohn A, Elias PE. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 2ª ed. São Paulo: Cortez/Cedec; 1998. p.57-117.
- Fernandes F. **Nova República?** Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- Fleury S. Avaliação comparativa das Ações Integradas de Saúde. Divulgação em **Saúde em Debate.** 1991; 78-81.
- Gallo E. Razão, poder e política. Para repensar o planejamento. In: Gallo E, Rivera JUR, Machado MH. **Planejamento Criativo: novos desafios em políticas de saúde.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p.11-40.
- Gallo E, Vaitsman J, Campos filho AC. Gestão inovadora e cultura organizacional. In: Costa NR, Ribeiro JM. (org.) **Política de Saúde e Inovação Institucional.** Rio de Janeiro: ENSP, 1996. p.127-144.
- Garcia MA. O manifesto e a refundação do Comunismo. São Paulo: Revista **Teoria & Debate.** Ano 10, 36: out/nov/dez ;1997, p. 36.
- Genro T, Souza U. **Orçamento Participativo: a experiência de Porto Alegre.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 1997.
- Gonçalves RBM. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo.** São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1994.

- Goulart FAA. **Municipalização: Veredas – Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS; 1996.
- Hobsbawm E. **Da revolução industrial inglesa ao imperialismo**. Rio de Janeiro: Forense; 1978.
- Hobsbawm E. **“A era dos extremos. O breve século XX - 1914-1991”**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- IPEA/DISOC. Instituto de Pesquisa Econômicas Aplicadas. Brasília, 2001. Disponível em <URL:<http://www.ipea.gov.br> [2001 Mar 05].
- Jacobi P. Movimentos Sociais e Estado: efeitos político-institucionais da ação coletiva. In: Costa NR, Minayo CS, Ramos CL, Stotz EN, organizadores. **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO; 1989a. v. II. p.13-36.
- Jacobi P. **Movimentos Sociais e Políticas Públicas**. São Paulo: Cortez; 1989b.
- Leavell HR, Clark EG. **Medicina Preventiva**. São Paulo: MacGraw-Hill; 1976.
- Luz MT. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
- Matus C. Carlos Matus e o Planejamento Estratégico-situacional. In: Rivera JUR. **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez/ABRASCO; 1989. p.105-149.
- Mendes EV. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal; p.19-92.
- Merhy EE. **O Capitalismo e a Saúde Pública**. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1987.
- Merhy EE. Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.61-112.
- Merhy EE, Cecílio LCO, Nogueira Filho RC. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**. 1991; 33: 83-89.

Merhy EE. **A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas.** São Paulo: Hucitec; 1992.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho em busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994; p.117-160.

Merhy EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo E (org.). **Razão e Planejamento: reflexões sobre a política, estratégia e liberdade.** São Paulo:Hucitec/Rio de Janeiro:Abrasco; 1995; p.117-148.

Merhy EE. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; 1997. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas; p.197-228.

Muller Neto JJ. Políticas de Saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate.** 1991; 31: 54-66.

Nunes ED. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED. **Planejamento sem normas.** São Paulo: Hucitec, 1989. p.113-134.

Oliveira JAO, Teixeira SMF. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes/Abrasco; 1985.

Rivera JUR. **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico.** São Paulo: Cortez/ABRASCO; 1989. Programação Local de Saúde. Distritos Sanitários e Enfoque Estratégico; p.177-219.

Rivera JUR. O planejamento situacional: uma análise reconstrutiva. In: Gallo E, Rivera JUR, Machado MH. **Planejamento Criativo: novos desafios em políticas de saúde.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p.41-92.

Rosen, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social.** Rio de Janeiro: Graal; 1979.

- Rosen G. **Uma História da Saúde Pública**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec/Editora UNESP/ Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.
- Sader E. **Quando novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-1980)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.
- Secretaria de Estado da Saúde do Amapá. **Plano Estadual de Saúde do Amapá: 1998-2000**. Macapá-AP: SESA/AP; 1998.
- Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. **Plano Municipal de Saúde: 1997-2000**. Marília-SP: SMHS/Marília; 1997.
- Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Ribeirão Pires. **Plano Municipal de Saúde: 1997-2000**. Ribeirão Pires-SP: SMHS/Ribeirão Pires; 1997.
- Secretaria Municipal de Saúde de Assis. **Plano Municipal de Saúde**. Assis-SP: SMS/Assis; 2000.
- Secretaria Municipal de Saúde de Porto Feliz. **Plano Municipal de Saúde: 1999-2000**. Porto Feliz-SP: SMS/Porto Feliz; 1999.
- Secretaria Municipal de Saúde de Rio Claro. **Plano Municipal de Saúde: 1997-2000**. Rio Claro-SP: SMS/Rio Claro; 1997.
- Secretaria Municipal de Saúde de São Manuel. **Plano Municipal de Saúde**. São Manuel-SP: SMS/São Manuel; 1997.
- Schraiber LB (coord.). **Programação em saúde hoje**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1993.
- Tancredi BT, Barrios SRL, Ferreira JHG. **Planejamento em Saúde**. In: Saúde & Cidadania. São Paulo: IDS/NAMH/FSP/Banco Itaú; 1998.v.2.
- Teixeira SF. O dilema da Reforma Sanitária brasileira. In: Berlinguer G, Teixeira SF, Campos GWS. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec/CEBES; 1988. p.195-207.
- Teixeira SF. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: Teixeira SF (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1989. p.193-232.
- Testa M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO; 1992.

UNICEF. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma Ata, URSS; 1978. **Cuidados primários de saúde**. Brasília: UNICEF; 1979.

UNICAMP
BIBLIOTECA
SEÇÃO

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE