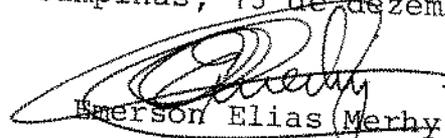


Este exemplar corresponde à versão final da tese de Mestrado apresentada a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Campinas, 13 de dezembro de 1994

  
Emerson Elias Merhy  
orientador

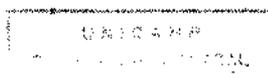
AMARYLIS ZALDUA TRIANA

SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE: UMA VIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?  
O CASO DE SÃO PAULO 1989-1992

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Campinas

1994



SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE: UMA VIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?  
O CASO DE SÃO PAULO 1989-1992

ORIENTADOR: Emerson Elias Merhy

ORIENTANDA: Amarylis Z. Triana

Campinas

1994

Dissertação de Mestrado apresentada  
como exigência parcial para obtenção  
do grau de Mestre em Saúde Coletiva  
à Comissão Julgadora da Faculdade  
de Ciências Médicas da UNICAMP, sob  
orientação do Prof.Dr. Emerson E.  
Merhy.

Dedico à Clara, pelo amor incondicional;  
ao Fernando, meu companheiro, por ser meu  
ponto de mutação; à Mária pela amizade  
sem fronteiras; e ao Glauber, pela Fé.

Ao Emílio Quevedo, pela *história* e  
pela sua capacidade de enxergar  
e viabilizar futuros...

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos amigos, que tem me mostrado que a amizade é uma irmandade construída, então... aos meus amigos!

Às mães que me adotaram neste país, especialmente aquela da qual posso ser "a sua filhota branca".

À quem me orientou nesta dissertação, pois foi mais que orientador, foi pai e amigo.

A todas as pessoas que tem me feito sentir que este é o meu país também, e essas são inumeráveis...

A quem facilitou a minha pesquisa em São Paulo, especialmente à mãe e filha Calipo, pela fraternidade.

E à minha família e aos meus amigos na Colômbia, por saber que sempre posso contar com eles.

## RESUMO

Este trabalho é uma tentativa de entender o significado do projeto Sistemas Locais de Saúde (SILOS), como via de transformação dos sistemas nacionais de saúde nos países de terceiro mundo.

Por ser o Brasil o nosso marco de referência, pretendemos entender o significado do projeto SILOS como estratégia de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fez-se necessário a análise do confronto estabelecido entre diversos autores que consideram a proposta SILOS como viabilização da Reforma Sanitária, diferentemente de outros que apostam em alternativas diferenciadas a partir desse mesmo movimento.

Elegemos para este trabalho a recente experiência de implementação dos Distritos Sanitários na cidade de São Paulo, entre 1989 e 1992, por ser uma conjuntura de governo democrático, que incorporou atores que participaram diretamente da Reforma Sanitária, e que pretendiam viabilizar o SUS.

Trabalhamos com a idéia de que estes atores são indivíduos que formulam políticas, e nesta implementação de políticas utilizamos o *postulado de coerência* de Mário TESTA, que determina uma relação necessária entre propostas, métodos e transformação das instituições que se encarregam dessa implementação.

O método nos permitiu reconhecer coerências e incoerências na implementação do SILOS em São Paulo, e a concluir que se bem foi um avanço na construção do SUS, por ter introduzido mudanças no modelo tecno-assistencial e, incrementado notoriamente a infra-estrutura de serviços e gastos municipais com saúde, não conseguiu ser um gestor único devido os limites do processo impostos pela própria conjuntura.

## SUMMARY

This work is an attempt to understand the meaning of the LOCAL HEALTH SYSTEM (LHS) project, as a way of transformation of the national health systems in the third world countries.

Since Brazil is our reference mark, we intend to understand the meaning of the LHS project as a strategy of implantation of the Unique System of Health (USH).

It was made necessary the analyses of the confrontation established among several authors that consider the LHS proposal as a way to enable the Sanitary Reform, differently from others that bet on different alternatives from this same movement.

We elected for this work the recent experience of implantation of the Sanitary Districts in São Paulo city, between 1989 e 1992, for being a democratic government conjuncture, that incorporate actors that participated directly in the Sanitary Reform, and that intended to enable the USH.

We worked with the idea that these actors are individuals that formulate policies, and in this implantation of policies we used the *coherence postulate* by Mário TESTA, that determines a necessary relationship among the proposals, methods and transformation of the institutions that are responsible of this implantation.

The method allowed us to recognize coherences and incoherences in the implantation of LHS in São Paulo, and to conclude that although it was an advance in the construction of USH for having introduced changes in the tecno-assistencial model, and increased notoriously the substructure of services and municipal expenses with health, it did not achieve to being a unique manager due to the limits of the process imposed by its own conjuncture.

## SIGLAS UTILIZADAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CECCOs	Centros de Convivência e Cooperativas
CEFOR	Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde
CENDES	Centro de Desarrollo Económico y Social
CEPAL	Comisión Económica para la América Latina
CEPI	Centro de Epidemiologia e Pesquisa em Informação
COA-DST/AIDS	Centro de Orientação para Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
COAS	Centro de Organização da Atenção à Saúde
CRH	Centro de Recursos Humanos
CRI	Centro de Referência Infantil
CRST	Centro de Referência à Saúde do Trabalhador
CRTA	Conselho Regional Técnico e Administrativo
DS	Distrito Sanitário
DSC	Departamento de Saúde da Comunidade
FLACSO	Fundación Latinoamericana de Ciencias Sociales
FUMDES	Fundo Municipal para o Desenvolvimento da Saúde
GASS	Gratificação de Apoio aos Servidores da Saúde
HSPM	Hospital do Servidor Público Municipal
ILPES	Instituto Latino-americano de Planejamento Económico e Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NUDEPE	Núcleo de Desenvolvimento de Pessoal

OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAM-INAMPS	Posto de Atendimento Médico do INAMPS
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PM-SP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PS	Pronto Socorro
PT	Partido dos Trabalhadores
RH	Recursos Humanos
RS	Reforma Sanitária
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SHS	Secretaria de Higiene e Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistemas Nacionais de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TLP	Tabela de Lotação de Pessoal
TAC	Tomografia Axial Computadorizada
UBS	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
UDEPES	Unidade de Desenvolvimento de Pessoal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para o Cuidado à Infância
USP	Universidade de São Paulo.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	001
Capítulo I. SILOS. A PROPOSTA DE TRANSFORMAÇÃO DOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE, DA DÉCADA DE 80 .....	008
1.Considerações Gerais.....	008
2.Uma breve história: O surgimento dos SILOS como política.....	009
3.Como a OPAS argumenta sobre o problema sanitário na década de 80-90.....	030
3.1.Contexto Sócioeconômico e político.....	033
3.2.Problemas dos serviços de saúde.....	037
4.Como a OPAS tematiza as soluções.....	042
4.1.Descentralizaçãoe/odesconcentração.....	042
4.2.Territorialização.....	048
4.3.Intersetorialidade.....	051
4.4.Modelos Assistenciais.....	053
4.5.Planejamento.....	057
4.6.Recursos Humanos.....	059
4.7.Financiamento.....	061
5.Alguns " formuladores" brasileiros e a tematização dessas soluções.....	063
Capítulo II.A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1989-1992.....	095
1. A reforma sanitária como eixo transformador das políticas de Saúde no Brasil.....	095
2. São Paulo 1989-1992. A construção de um projeto.....	109
2.1.Dados Gerais.....	110
2.2.Situação de saúde da população.....	114
2.3.Os atores e sua leitura da crise: construindo as propostas.....	118
2.4.Vislumbrando a viabilização das propostas.....	128
2.4.1.Descentralização: via da reforma institucional?..	129
2.4.2.Recursos Humanos: a aposta de viabilização da	

Reforma .....	133
2.4.3. Prosseguindo a democratização: a participação popular e as conferências de Saúde .....	139
2.4.4. A reforma inacabada: a municipalização.....	145
2.5. Tentativa de resumir os êxitos do trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, 1989-1992.....	152
Capítulo III. A NECESSIDADE DE TRABALHO CONJUNTO, NUM CENÁRIO DE DISPUTAS: CENTRO DE ORGANIZAÇÃO A ATENÇÃO À SAÚDE (COAS)/ COOPERAÇÃO ITALIANA - CENTRO DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE (CEFOP) - CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA, PESQUISA, INFORMAÇÃO (CEPI) ..	159
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	187

## INTRODUÇÃO

Este trabalho é uma tentativa de entender o significado do projeto Sistemas Locais de Saúde (SILOS), proposta da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), como via de transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde nos países do Terceiro Mundo.

Por ser o Brasil o nosso marco de referência, pretendemos entender o significado do projeto SILOS como estratégia para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), democrático e de respeito à cidadania.

Consideramos interessante estudar este tema já que na análise da crise sanitária brasileira alguns formuladores de políticas têm assinalado os SILOS como uma proposta de viabilização da reforma sanitária, diferentemente de outros formuladores que apontam alternativas diferenciadas a partir desse mesmo movimento, na medida que muitos dirigentes governamentais, da saúde, vem apontando seu compromisso com esta estratégia.

Faz-se necessário, portanto, uma análise deste confronto que se estabeleceu entre os diversos autores, já que o projeto SILOS tem se consolidado, pelo menos no plano intencional, em recentes experiências: Natal, Fortaleza, São Paulo, Belo Horizonte, Ipatinga, Timóteo, João Monlevade, Salvador. Torna-se fundamental para o próprio movimento da reforma sanitária um estudo dessas diferentes experiências enquanto "alternativa" para a implantação do SUS.

Elegemos para este trabalho a recente experiência de implementação dos Distritos Sanitários na cidade de São Paulo, entre 1989-1992, por ser uma experiência gerida no interior de um governo democrático, que incorporou atores que participaram diretamente na reforma sanitária, e que pretendiam viabilizar nesse governo o Sistema Único de Saúde.

Partimos do pressuposto de que para abordar o tema dos SILOS devemos entender preliminarmente como a OPAS se coloca frente à crise sanitária na América Latina, já que os SILOS propõem um projeto que dê resposta a essa crise.

Portanto, no primeiro capítulo desenvolvemos o conceito de crise adotado pela OPAS e tentamos desvendar um pouco da história que antecedeu à formulação desta política. Uma vez explicitado o conceito de crise que a OPAS elaborou, estudamos como este organismo internacional propos respostas à essa crise.

Ainda nesse mesmo capítulo, mas em um segundo momento, estudamos como alguns autores (Ricardo B. M. GONÇALVES, Lilia B. SCHRAIBER, Eugênio Vilaça. MENDES, Gastão de S. CAMPOS, Emerson Elias MERHY) colocam-se frente à crise da saúde e às possíveis soluções para ela, estabelecendo um diálogo entre esses autores, através das suas produções teóricas e possíveis relações com o nosso tema, em específico; por considerarmos que os mesmos travam um debate bem produtivo sobre este tema.

Num segundo capítulo, objetivamos compreender como um ATOR, neste caso a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), mediante a construção de um projeto - modelo tecno-assistencial -

de saúde, elabora uma proposta de implantação dos distritos sanitários e a desenvolve; no sentido de perceber se ela realmente se constitui em uma via ao SUS.

Queremos delimitar que a idéia de ator com a qual trabalharemos supõe "indivíduos ou grupos que ocupam posições estratégicas no sistema de decisões e que respondem, no processo de formação de políticas, pelas funções de articulação do campo cognitivo ou, do campo do poder.

Como mediadores, por sua vez, são aqueles que definem os temas do debate e do quadro intelectual no qual se desenvolvem as negociações, alianças ou conflitos que permeiam as tomadas de decisões.

No plano intelectual, são os responsáveis pela construção de um referencial ou visão de mundo que condiciona a percepção com que outros atores, secundários, intervêm no sistema de decisão e no processo de implementação das políticas.

No plano do poder, são os articuladores da nova hierarquia que se instaura entre os contendores, impondo, inclusive, a hegemonia de um grupo com liderança do processo de decisão"

(CASTRO, 1992, apud CECILIO, 1994, p. 12).

Cabe ressaltar, a síntese que Eder Sader faz sobre o conceito de sujeito e que Emerson E. Merhy adota, ampliando a idéia de sujeito político para todo agrupamento que tenha capacidade de formular projetos e tenha a pretensão da universalidade (CECILIO, 1994, p. 13).

Queremos também deixar claro que, neste capítulo, se trabalha

com a idéia de *modelos tecno-assistenciais* como projetos de política . Ao se falar de modelo tecno-assistencial, "estamos falando tanto da organização da produção de serviços a partir de determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. Entendo que os modelos tecno-assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica, para expressar-se como um projeto de política, articulado à determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação dos modelos como tecno-assistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político" (MERHY, 1991, P. 84).

Além desta visão do que é *ator* e o *modelo tecno-assistencial*, procuramos trabalhar a análise desse processo de elaboração do projeto e de implementação da política dos distritos sanitários tomando emprestado de Mário Testa o seu conceito de *postulado de coerência*, que seria: "o estabelecimento de uma relação necessária (para quem governa), entre propostas, métodos para alcançá-las e organização das instituições que se encarreguem disso. A ação que se desenvolve em instituições termina por orientar a definição de estratégia, como forma de implementação de uma política, e política por sua vez, é uma proposta sobre a distribuição do poder, o qual finalmente nos remete à categoria central do enfoque do planejamento estratégico. O postulado de coerência diz que os propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza e a

organização que assume devem ser coerentes" (TESTA, 1992, p. 110).

O material pesquisado poderia ser dividido em fontes primárias e secundárias. Com relação às primeiras, procuramos documentos escritos gerados pela SMS-SP e arquivados na biblioteca do Centro de formação dos trabalhadores da saúde (CEFOR), na sala de direção do Centro de organização à atenção a saúde (COAS), e na sala de direção do departamento de recursos humanos. E também, entrevistas realizadas a dois dos atores dirigentes dentro da SMS-SP, a diretora do departamento de recursos humanos e a diretora do COAS, que chamaremos de entrevistadas "um" e "dois" no fim de cada citação referente a elas.

Com relação bibliografia secundária, fizemos um amplo levantamento na biblioteca da Organização Panamericana da Saúde (BIREME), além de diversas referências relacionadas direta ou indiretamente com o tema.

De outro lado, a reconstituição do material empírico em São Paulo foi possível através de pesquisa qualitativa, de observação participante, que Cecilia MINAYO define como: "um processo pelo qual mantém-se a presença de um observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto" (MINAYO, 1992, p. 135).

Vale destacar que se realizou a modalidade de participante como observador, ou seja, que deixa claro para si e para o grupo

sua relação como meramente observador, sendo uma observação temporária. Esta prática de observação participante foi a complementação de entrevistas não estruturadas que foram realizadas com alguns dos dirigentes, ao nível central da Secretária de Saúde de São Paulo, na conjuntura governamental na qual o Partido dos Trabalhadores (PT), foi eleito para dirigir o executivo municipal através de sua candidata Luiza Erundina de Sousa.

Desta forma, o material relacionado com a implementação dos SILOS em São Paulo, foi coletado tendo como marco para a análise o quadro teórico configurado no primeiro capítulo e no início do segundo capítulo. Este quadro teórico orienta-se pelo *postulado de coerência* já referenciado.

Ao se realizar a coleta dos dados dentro do quadro institucional da SMS-SP, é importante ressaltar que esta era um ator na Prefeitura Municipal de São Paulo (PM-SP), mas que se desdobrava em vários outros atores internamente, constituindo vários focos formuladores tendo em vista a construção dos SILOS.

Este período de governo do PT, teve inicialmente como Secretário Eduardo Jorge Lima Alves Sobrinho durante um curto período de tempo, e, posteriormente, Carlos Alberto Pletz Neder.

Esta administração do PT caracterizou-se por profundas mudanças, que se iniciaram com o processo de descentralização transformando a Secretaria de Higiene e Saúde em Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP). Esta passou a ter uma conformação institucional que respondia a uma nova abordagem do conceito saúde-doença, dos serviços de saúde, dos modelos assistenciais, entre

outros.

Criam-se na SMS-SP , o Centro de Orientação e Atenção a Saúde (COAS) e o Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde (CEFOT), voltado para a capacitação de recursos humanos. A partir desses novos agrupamentos geram-se as grandes mudanças com relação a modelo tecno-assistencial e à formação de sujeitos. Por trazerem propostas inovadoras e transformadoras criam-se conflitos com outros agrupamentos formuladores já existentes, com outras linhas de abordagem. Esses conflitos serão discutidos no último capítulo desta dissertação.

Consideramos finalmente que tentamos trabalhar a idéia que a proposta SILOS não é uniforme, que pode ter várias leituras e que conforme à conjuntura, pode ser implementada de forma mais ou menos democratizante.

## CAPÍTULO I

### SILOS A PROPOSTA DE TRANSFORMAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE, DA DÉCADA DE 1980

#### 1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

As organizações internacionais de saúde, Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), na última década, produziram ampla literatura sobre a importância para a América Latina dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) para a transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde (MENDES, 1990 , p.21), como resposta a crise geral em saúde dos nossos países.

Enfatiza-se a necessidade de criação de Distritos de Saúde, como via da descentralização do poder administrativo e técnico. A maior parte dos textos discute a gerência, o planejamento, e a programação, reafirmando ainda a territorialidade e hierarquização como demarcadores do desenho organizacional dos SILOS. Isto têm sido assumido pela OPAS como a via para a transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde na América Latina, dentro de um contexto amplo de descentralização e/ou desconcentração do poder Estatal. Esse processo, com objetivo de transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde, gerou a construção de políticas nos contextos nacionais, que levaram à construção de novos modelos tecno-assistenciais, que especificamente em São Paulo na conjuntura 1989-

1992, intencionaram concretizar os princípios formulados na reforma sanitária, e especificamente a implementação do Sistema Único de Saúde, pretensão esta que merece ser estudada.

## 2. UMA BREVE HISTÓRIA : O SURGIMENTO DOS SILOS COMO POLÍTICA

Os SILOS surgem como proposta de transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde em resposta à crise dos países latino-americanos e, em geral, do terceiro mundo. Desde a década de 70, nos países capitalistas se fez evidente, de maneira dramática, a insuficiência de modelos de desenvolvimento que tinham sido implementados sobre a base da planificação centralizada e da idéia de Estado de Bem Estar Social (KALMANOVITZ, 1988, p. 515). A exploração de novas propostas, projetos neoliberais, em relação à intervenção estatal na economia e no bem-estar social, geraram um processo de mudança nas concepções de estado, sociedade civil e desenvolvimento sócioeconômico que, só nos últimos anos, pelo menos na América Latina, mostraram parcialmente seus resultados do ponto de vista da construção de novas relações entre o estado e a sociedade (MORSET, 1990, p. 29).

Assim, os Sistemas de Saúde estruturados pelas diversas aproximações ao modelo de Estado de Bem-estar na América, requeriam um fortalecimento dos níveis locais e uma progressiva mudança administrativa e financeira que oferecesse a infra-estrutura necessária para a implementação da Atenção Primária em Saúde (APS).

Aqui, se faz necessário colocar alguns dados que são relevantes para entendermos como se originou essa política de transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde através dos SILOS a partir de suas bases históricas, no que se denomina APS, entre outras considerações que brevemente serão abordadas.

O contexto em que se desenvolve a proposta da APS surge na década de 60, se bem que ela somente se implementa na década de 70.

O fim da década de 50 foi rico em acontecimentos políticos internacionais: luta entre duas formas de organização social e política (capitalismo e socialismo). Dentro desse clima o triunfo da Revolução Cubana gera tensões e expectativas que transformam o panorama político e geopolítico latino-americano. Os Estados Unidos, por sua vez, trazem a estratégia da Aliança para o Progresso, inspirada na idéia de um desenvolvimento econômico e social progressivo e sem rupturas revolucionárias. Ganha grande importância o princípio de que para atingir níveis superiores de desenvolvimento é indispensável o planejamento, como ferramenta de controle, respaldado sobre teorias e técnicas das modernas ciências econômicas e sociais.

Um dos cientistas sociais que participou desse processo foi o economista W.W Rostow. Com a teoria dos estados de crescimento econômico, ele reafirma a intervenção dos países desenvolvidos gerando programas estratégicos de intervenção e de ajuda aos países subdesenvolvidos com o intuito de atingir rapidamente um estado denominado de arranque econômico (ROSTOW, 1983, P. 23).

É neste contexto que se produz a Reunião Extraordinária do

Conselho Inter-americano Econômico e Social, a nível Ministerial, em Punta del Este, em 1961, na qual instaura-se a política de Aliança para o Progresso, e elabora-se a Carta de Punta del Este onde se recomenda aos países assistentes iniciar a elaboração de planos nacionais de desenvolvimento social e econômico, onde a saúde se constitua num elemento fundamental: "Una población sana y activa es fundamental para la economía y el progreso social. La salud es por tanto, componente esencial del desarrollo y del nivel de vida. Los fondos que se erogan para el cuidado de la salud representa una inversión, una fuente de productividad y no un gasto. Su rendimiento puede medirse en una mejor capacidad de los miembros de la sociedad para crear, producir, invertir y consumir [...] Hay conciencia hoy que los programas de salud forman parte de la planificación general del desarrollo [...] Definida la salud como un estado de completo bienestar físico, mental, social, la interpretamos, a la luz de la Carta de Punta del Este, como un componente fundamental del desarrollo" (OPAS / OMS , 1964, p. 93).

Como consequência do colocado anteriormente desenvolve-se, em 1965, no Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) da Universidade Central da Venezuela, com a colaboração técnica e financeira da OPAS, um modelo de programação em saúde que pretende aplicar as noções da economia no manejo de recursos frente aos problemas de saúde (CENDES / OPAS , 1965).

Contudo, como se trata de converter a saúde num subsídio do estado e não num gasto, a metodologia CENDES-OPAS propõe racionalizar o uso dos poucos recursos de que dispõem as nações

latino-americanas.

A consequência mais importante dessas intenções se transforma na necessidade de realizar diagnósticos quantitativos (indicadores positivos ou negativos do nível de vida da população) para viabilizar soluções mensuráveis, desde o ponto de vista de custo e estabelecer avaliações numéricas capazes de medir o benefício da proposta. Além do mais, os elementos dificilmente quantificáveis, ou simplesmente qualitativos, seriam excluídos do diagnóstico e, portanto, do campo da ação. A visão do planejador, assim formado, ficaria restringida ao quantificável, correndo o risco de perder amplitude de critério e de percepção dos problemas.

Para melhorar os serviços de saúde nos países do terceiro mundo, desenvolve-se em meados da década de 70 a proposta da "Saúde para todos no ano 2000". O principal idealizador da idéia foi Halfdan Mahler, diretor da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a apresenta à 30<sup>a</sup> Assembléia Mundial da Saúde, em 1975, sendo aprovada por unanimidade. Mahler dizia : "A meta social mais importante dos Estados membros e da OMS no setor da saúde é conseguir que no ano 2000 todos os cidadãos do mundo tenham alcançado um nível de vida social e economicamente produtivo" (OMS, 1977, p. 548).

A produtividade aparece como um valor importante na definição do nível de saúde alcançável e o nível de vida encontra-se diretamente relacionado com o estado de saúde (DONNANGELO, 1979). Essa afirmação está sintonizada com a proposta de planejamento do CENDES-OPAS/ 1965. Nessa linha, um dos primeiros erros no campo da

saúde foi a incorporação de um método desenvolvido no domínio econômico.

Este princípio gerava fórmulas suficientemente universais para encontrar viabilidade em todos os países. Tal fórmula foi enunciada como "Atenção Primária em Saúde" (APS), que se equiparava com os serviços básicos ou essenciais de saúde. Em resumo, segundo Mahler, os elementos fundamentais para adquirir tal nível de saúde seriam:

- Alimentação e moradia adequadas, protegidas contra animais;
- Abastecimento de água que permitiria condições de higiene;
- Esgotos;
- Prestação de serviços de assistência pré-natal, natal e pós-natal, incluído o planejamento familiar;
- Atenção ao recém-nascido, com nutrição complementar;
- Imunização contra as principais doenças infecciosas da infância;
- Prevenção e tratamento das doenças endêmicas; e,
- Assistência básica contra lesões e transtornos para pessoas de todas as idades (OMS, 1977, p. 548).

Por volta de 1977, organizaram-se comitês regionais para preparar uma reunião mundial que permitisse discutir os alcances e a factibilidade da aplicação da APS. Os resultados de tais reuniões resultaram num informe que serviu de documento base para a reunião realizada em Alma Ata (URSS), em setembro de 1978. Desde lá, se adotou a APS como a principal estratégia para se alcançar a saúde para todos. O texto da conferência colocava: "Se entende por Atenção Primária em Saúde, a assistência sanitária ao alcance de

todos os indivíduos e famílias da comunidade, por meios que lhes sejam aceitáveis, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. A atenção primária constitui o núcleo do sistema Nacional de Saúde, faz parte do conjunto do desenvolvimento econômico e social da Comunidade" (OMS / UNICEF, 1978).

Esta colocação definia compromissos para os governos da região no sentido de estabelecer um conjunto de estratégias tendentes à reestruturação do setor saúde e à redefinição e expansão das redes de serviços. Todavia, a atenção primária era mais que uma simples extensão dos serviços básicos de saúde. Abarcava fatores sociais e de desenvolvimento que foram e ainda são colocados como responsabilidades individuais, pela incapacidade dos governos de resolver os problemas infra-estruturais mínimos das populações, desenhando estratégias para o fortalecimento das políticas sociais e a coordenação dos planos e ações concretos intersetoriais, de forma que os aspectos da saúde tivessem uma contribuição harmônica dos demais componentes, dentro de um perfil de bem-estar aceito para a comunidade (BARRENECHEA, 1987, p. 27).

A APS surgiu como uma estratégia que tentava aumentar as coberturas populacionais com ações básicas de saúde, com o objetivo de criarem melhores condições de saúde e, portanto, de produtividade nos países subdesenvolvidos. Só que os aumentos de cobertura, na maioria das vezes, não foram acompanhados por um aumento da qualidade dos serviços ou mesmo de uma capacidade resolutiva. Quantidade converteu-se em fórmula rígida de

produtividade, ou seja, 5-6 consultas por hora, além do que o enunciado de Mahler sobre "[...] atenção primária [...] assistência sanitária ao custo que a comunidade e o país possam suportar", que em muitos de nossos países passou a ser a atenção que realizavam atendentes de saúde, trabalhadores comunitários, promotores de saúde, medianamente treinados para exercerem trabalhos de diagnóstico nas comunidades e de fazerem procedimentos simples a custos mínimos. APS converteu-se em sinônimo de atenção com os mínimos recursos disponíveis e com a mínima tecnologia em saúde em termos gerais, escassos recursos diagnósticos e estratificação de níveis de complexidade tecnológica que variavam do mínimo, nos postos de saúde, até o máximo, nos hospitais universitários do chamado terceiro nível, com estrutura diagnóstica aceitável, e com uma forte hegemonia médica. Este fato se refletiu em uma consciência medico-cêntrica, baseada em uma visão fragmentada do ser humano, altamente especializada e que quando lançava mão do auxílio de outras profissões, o fazia sempre subordinando-o à coordenação desta medicina.

A grosso modo, esta era a realidade dos Hospitais Universitários, já que os Postos de Saúde só comportavam médicos gerais, ou auxiliares de enfermagem, treinados para realizar "ações primárias", tais como: rehidratação oral, vacinação, atenção pré-natal, acompanhamento no desenvolvimento de crianças, entre outras. Aliás, é neste item que se fez mais evidente a diminuição da qualidade pelo aumento da quantidade e a diminuição dos custos, já que sempre se recorria à noção de participação comunitária, para

que integrantes da comunidade realizassem tais trabalhos com uma mínima formação e como parte da quota de "participação".

Esta, por sua vez, era definida oficialmente como: "processo dinâmico e integral, através do qual os cidadãos ou integrantes de uma comunidade social tomam parte e influenciam diretamente as decisões e a gestão dos assuntos públicos de uma sociedade"

(CAMPOS, Zornosa, 1989). Mas, na prática a experiência na América Latina, com algumas exceções, fracassou.

As evidências sugerem que a participação da comunidade produziu uma exploração adicional dos pobres por extração do trabalho não remunerado, contribuiu com seu empobrecimento cultural, por supressão dos líderes, já que os membros pertencentes aos comitês passaram a tomar parte da estrutura administrativa dos centros de saúde esquecendo suas funções como instrumentos de participação dos centros com as comunidades (UGALDE, 1987, p. 25).

Complementarmente, em 1975 o Banco Mundial fez uma ampla análise sobre a saúde no terceiro mundo, corroborando as análises da OMS/UNICEF. Entre outros dados levantados aponta que os países de baixa renda raramente dedicam mais de 2% de seu PNB para a saúde, concluindo: "[...]studies indicate that community health promotion services can be highly effective...such services offer perhaps the best hope of achieving a major improvement in the health levels of the larger part of the population of developing countries." (WORLD BANK, 1975, p. 374).

Fica evidente o interesse de se implantar uma medicina simplificada que aumentasse o atendimento de alterações

superficiais com a intenção não explícita de devolver ao indivíduo sua capacidade de trabalho aos mínimos custos.

Mas, se faz necessário voltar à Programação CENDES-OPAS e a partir dela retomar pontos indispensáveis para a nossa discussão.

Como já falamos, o método CENDES-OPAS foi criado depois da reunião de Punta del Este que lançou a Aliança para o Progresso, e induziu os países de América Latina a formularem planos para conseguirem créditos que os bancos internacionais (Banco Interamericano de Desenvolvimento, Banco Internacional de Reconstrução e Fomento e Banco Mundial), sob o controle do Fundo Monetário Internacional, iriam canalizar para os países subdesenvolvidos. A intervenção da OPAS, viabilizou a criação de mecanismos de planejamento de saúde nos ministérios dos países da região, e impulsionou a formação de recursos humanos, mediante o oferecimento de cursos que instruíam sobre o uso do método de planejamento conhecido como método CENDES-OPAS. O método baseava-se na idéia da eficiência na utilização dos recursos (TESTA, 1992, p. 21). A intenção era operacionalizar alguma forma de cálculo de eficiência, enquanto análise de custo-benefício que pudesse auxiliar o processo de definição de prioridades entre danos e grupos de população.

O método se constituía em um diagnóstico da situação, que incluía uma análise tríplice: 1) a dos danos e seus fatores condicionantes; 2) a dos recursos, sua forma de organização e instrumentação, com seus correspondentes rendimentos; 3) e a das relações que se geravam entre danos e instrumentos, ou a destinação de recursos aos danos.

No grupo um, o quadro diagnóstico do método se constituía numa ampla aplicação da visão ecológica do processo saúde-doença, que comportava a tríade epidemiológica: agente, hospedeiro e intermediário. O diagnóstico sanitário se desdobra de um diagnóstico do nível de saúde-morbidade e mortalidade, utilizando a classificação internacional de doenças e causas de morte, reduzindo o conjunto de causas a umas trinta, com base em critérios de homogeneidade epidemiológica (URIBE, 1989, p. 25). Esse tratamento, no mínimo, fazia com que não se pudesse operar com causas de maneira rigorosa, ao incluir uma noção bastante ambígua, a "dos factores condicionantes", como simples enunciados de causalidade; sem permitir assim, interferir ativamente nessas realidades para gerar um processo de transformação. O discurso corrente era o de "não é do campo da saúde", portanto a identificação dos factores condicionantes na prática não gerava modificação alguma das realidades.

A instrumentação, fundamenta-se na lógica da proporcionalidade entre diferentes recursos que não estava submetida a outras determinantes. Uma vez definido o processo de trabalho a ser realizado precisava-se definir os recursos, relação que na maioria dos casos era prescritiva, e normatizada. A questão das prioridades no trabalho foi tratada, no método, de acordo com um referencial economicista de análise custo-benefício.

Os danos prioritários foram aqueles que dada uma determinada possibilidade de combatê-los, podiam contribuir em maior medida para o alcance do objetivo sanitário, qual seja, o de prevenir ou

obter uma maior economia das mortes, tendo em vista aumentar as expectativas de vida e também a capacidade produtiva da sociedade. O método visava a melhor combinação dos recursos, instrumentos, capaz de aumentar a eficiência na prestação de serviços em termos de uma quantidade maior de atos produzidos e de um barateamento dos custos. A técnica utilizada é a da normatização do rendimento que permite aumentar a quantidade, visando diminuir os custos. O componente tradicional está dado pela melhor combinação de recursos, e a proposta taylorista de produção padrão, padronizando as ferramentas e métodos de trabalho, comprometendo em algumas ocasiões a qualidade da oferta (URIBE, 1989, p. 27). Obviamente que para complementar a normatização e o alvo de aumento da quantidade, a proposta taylorista foi a maneira mais certa de enfrentar o problema administrativo, maximizando assim a eficiência do trabalho. Segundo Taylor, existe sempre uma maneira melhor de realizar o trabalho que deve ser descoberta e analisada em suas diferentes fases, estudando os movimentos necessários de modo a simplificá-los e reduzi-los ao mínimo a fim de determinar a produção padrão, além de se determinar a "the best way", é preciso encontrar quem o realize.

Partindo desse pressuposto, de que existem pessoas ideais para cada tipo de trabalho, uma vez auferidos cuidadosamente os tempos necessários para cada movimento, estará descoberta a maneira correta de execução de determinado trabalho. A partir desse momento teremos movimentos e tempos padrões e aos trabalhadores caberá apenas executar o trabalho da forma prescrita e sem discussão

(MOTTA, 1973, p. 3).

Essa proposta taylorista é incorporada ao trabalho em saúde, mais perceptível na área de enfermagem onde se observa uma grande divisão do trabalho, com absoluta centralização das decisões, com uma ampla padronização das atividades, onde é mais importante vigiar o processo e não tanto os resultados, organizando-se mais as tarefas que os trabalhadores. Aumentando as especificidades de cada trabalhador em saúde, sem possibilidades de trabalho conjunto. Essa proposta é incorporada no campo hospitalar, preferencialmente na administração, possibilitando uma administração eminentemente vertical, imposta e não construída democraticamente; sendo que o único que escapa desta linha de produção é o médico, que segue agindo dentro de um esquema "liberal", dadas as características próprias do seu trabalho (CAMPOS, 1992a, P. 46). Esse esquema não é incorporado somente nos hospitais. No nível primário faz-se evidente esse sistema de produção, assim como a um nível mais geral como no planejamento vertical. Ou seja, desde as secretarias de saúde e ministérios - atendendo objetivos únicos que aumentam a eficácia e a produtividade, com uma ampla formulação de normas, com clara diferenciação entre governo e trabalhadores, em que o planejador planeja isolado e outros executam. Assim, essa proposta taylorista complementa o método CENDES-OPAS, sendo amplamente incorporada em todos os nossos países.

Um outro ponto do método é o da destinação de recursos aos danos, que constituiu o ponto de encontro entre os problemas de saúde e os recursos que eram aplicados para combatê-los.

Consequentemente," [...] - a destinação dos recursos a os danos - constituía o ponto de encontro entre problemas de saúde e os recursos que eram aplicados para combatê-los. Consequentemente expressava as políticas de saúde, entendendo como tais as prioridades que - nos fatos - se destinava aos problemas presentes. O procedimento de destinação, embora conceitualmente simples, na prática era extraordinariamente complexo, devido às dificuldades de avaliação de muitos dos parâmetros de comportamento utilizados[...]"(TESTA, 1992, p. 24).

Esse método de planejamento normativo marca a saúde pública da década de 70. Todavia, ainda que com novos valores, é principalmente na década de 80, ao ser submetido a críticas sistemáticas, que se vai configurando com maior nitidez o denominado enfoque estratégico em saúde, em três vertentes: a do pensamento estratégico em saúde de Mário Testa, a do planejamento estratégico situacional de Carlos Matus, e a do enfoque estratégico da programação em saúde da escola de Medellín, Barrenechea e Trujillo.

Contudo, ainda que configurando-se o planejamento estratégico, o normativo persiste na grande maioria dos serviços de saúde latino-americanos constituindo-se, em grande medida, em obstáculo, consciente ou inconsciente, dentro dos serviços de saúde, aos processos reais de transformação.

Já vimos, até aqui e de forma geral, alguns dos elementos que acompanharam a implementação da proposta de APS, como o : planejamento normativo e o sistema taylorista de administração.

Retomando a proposta da APS, em Abril de 1979 em reunião promovida pela Rockefeller Foundation em Bellagio, na Itália, embora possa ser cedo para se avaliar as medidas ditadas em Alma-Ata, já se levantavam vozes questionando a viabilidade do projeto da APS. Entre as críticas, alguns alertavam para o fato de que a proposta pecava pela pretensão de modificar sistemas, enquanto enfermidades de controle relativamente simples consumiam vidas preciosas.

Seria necessário então um tratamento emergencial, vertical, centralizado, sob o argumento de "poupar vidas". No elenco de critérios para esclarecer o que devia ser priorizado, por ordem de importância tinha-se:

- Prevalência;
- Morbidade ou severidade do dano;
- Risco de mortalidade; e,
- Possibilidade de controle.

As prioridades seriam dadas pelas doenças com uma alta prevalência, alta mortalidade, alta morbidade e possibilidade de controle efetivo (diarréias, sarampo, malária, coqueluche, tétano neo-natal), e as do grupo médio, onde se alternam prevalência elevada com alta morbi-mortalidade, mais com grande dificuldade de controle, tais como infecção respiratória, pólio, tuberculose, meningite e má nutrição. E, por último, as que apresentam baixa prioridade. Esse empreendimento denominou-se Atenção Primária Seletiva em Saúde.

Rapidamente a UNICEF e outras agências aderiram a essa proposta, e no relatório de 1982-83 consta: " The state of the

world's Children; the outlines of child survival revolution", mostrando os quatro pontos principais desta estratégia de Atenção Primária Seletiva, denominada GOBI:

- Growth Monitoring,
- Oral Rehidratation Therapy,
- Breast-feeding,
- Immunization.

Assim, se substituiu um discurso baseado na participação comunitária - fruto do trabalho de alguns países que estavam discutindo novos sentidos, com o apoio dos partidos de esquerda e da igreja progressista - por um discurso imediatista, vertical, massificado e claramente intervencionista, substituindo assim o discurso participativo pela propaganda dos benefícios dos Programas (FERREIRA, 1992, p. 426).

Mas, como as histórias não são lineares e os processos de incorporação ou desincorporação não se dão tão rápida e claramente como as agências internacionais proclamam, em alguns dos nossos países, convive-se ainda hoje com as visões originárias da atenção primária e com as da atenção primária seletiva igualmente distribuídas. Quero dizer que, no caso da Colômbia, por exemplo, o discurso da participação comunitária foi e é muito forte no sentido da comunidade procurar as soluções para problemas infra-estruturais, tais como saneamento, luz, coleta de lixo e assim por diante, priorizando os postos de saúde de atendimento da clientela, incluída dentro de programas específicos, assim como também o atendimento à demanda.

Naquele país, a participação comunitária, até o início da década de 90, em que se aprova a lei 10 , pela qual se introduzem os Distritos Sanitários, não significava um levantamento das necessidades das populações e mais, entrava dentro do conceito anteriormente colocado de mão de obra não remunerada. A proposta de APS converteu-se em medicina simplificada para pobres, logo, muito distante das propostas de MALHER de:

- alimentação e habitação adequadas, protegidas contra animais;
- abastecimento de água que permitiria condições de higiene; e,
- fossa, ou esgoto.

MALHER colocava que alguns destes itens requeriam trabalho em outros níveis que não só de competência do campo da saúde, precisava-se de esforços do Estado no sentido de investir em infraestrutura, em inter-institucionalidade, em medidas que realmente modificassem as condições de vida e de saúde das populações. Mas, a proposta terminou sendo adotada de forma simplista, negando as causas sociais dos problemas de saúde e reduzindo a atenção ao tratamento mínimo das queixas, assistência de primeira linha, simplificada, e sem relação com outras organizações de importância na assistência médica de nossos países, como a Seguridade Social. E sem considerar, o próprio hospital, que dadas as características socio-culturais latino-americanas, é indispensável para a realização de ações globais de saúde nas comunidades.

Esse interesse de incorporar os Hospitais em ações básicas de saúde voltou a ser considerado pela OMS, (OMS, Genebra, 1985). Este isolamento dos hospitais dos outros serviços de saúde

pública tem origens históricas que mereceriam um estudo aprofundado (NOVAES, 1990, p. 4).

De outro lado, na década de 80 discute-se que: "[...] os dados indicam que os problemas fundamentais persistem, a reorganização setorial tem sido importante mas não tem se dado um processo real de transformação dos sistemas nacionais de atenção a saúde, existindo uma falta evidente de coordenação dentro do setor saúde, e entre esse e os demais setores do desenvolvimento. Enquanto a participação social, ainda que reconhecendo-se a importância da comunidade na atenção à saúde, tem-se estabelecido poucas políticas e estruturas apropriadas para incorporar a participação da comunidade no processo de adoção de decisões do setor." (PAGANINI, 1990a, p. xiii).

Sobre o financiamento o documento coloca: "que el financiamiento del gasto de operación del sector no ha avanzado al mismo ritmo que el del desarrollo de la capacidad instalada, ni ha contribuido a la redistribución del ingreso nacional. Se han establecido muy pocos sistemas con el fin de aprovechar al máximo la asignación de los recursos disponibles en relación con las necesidades de salud de los grupos prioritarios y la distribución geográfica de los usuarios de los servicios" (PAGANINI, 1990a, p. xiii) .

Na avaliação do Plano Decenal de Saúde das Américas (1972-1982), se afirma que os avanços dos países da região foram em geral inferiores ao esperado, o que poderia ser explicado pelos diversos níveis de desenvolvimento sócioeconômico, tomando o setor saúde

mais tempo que o planejado pela organização. Colocou-se, então, sérios problemas de organização, gestão e administração, tendo-se apontado a necessidade de priorizar o fortalecimento do planejamento e das medidas que fortaleçam a articulação intersetorial. Colocando literalmente: " El sector salud deberá mejorar su capacidad para influir y coordinarse con los otros sectores del desarrollo" (OPAS / OMS, 1973, p. 75).

Neste percurso histórico, um dos aspectos importantes a destacar é a XXII Conferência Sanitária Panamericana, realizada em Setembro de 1986, que aprovou o documento: " Orientação e Prioridades de Programas da OPAS durante o quadriênio 1987-1990". Esse documento fixou as prioridades de programação para a organização da atenção a saúde, através da conformação de três estratégias de intervenção:

- desenvolvimento da infra-estrutura dos serviços de saúde, com ênfase na assistência primária à saúde;
- atenção aos problemas prioritários de saúde, presentes nos grupos vulneráveis mediante programas específicos;
- tratamento das informações necessárias à execução das duas atividades acima, em conformidade com a estratégia gerencial.

Em resposta a essas necessidades de formular prioridades para o desenvolvimento da infra-estrutura dos serviços de saúde e seguindo a estratégia da assistência primária à saúde (APS), elaborou-se uma proposta para se transformar os sistemas de saúde (PAGANINI, 1990a, p. 13)

### OS SILOS

Esse percurso que realizamos foi necessário para entender até onde a proposta dos SILOS é, na sua base, inovadora ou na verdade baseia-se na APS, no planejamento normativo e entre outras propostas que constituem parte de uma história muito arraigada, e com isto questionar: até onde essa história está presente nas "novas propostas" dos SILOS ?. Fala-se que a atenção primária é a ferramenta indispensável para a implementação dos SILOS, mas ao mesmo tempo, emergem outras questões: que conceito se tem de APS ? Aquele de medicina simplificada ?; ou os SILOS vão finalmente fazer do sonho da *saúde para todos no ano 2000* uma realidade?; os SILOS conseguirão transformar os problemas infra-estruturais ?; mexem diretamente em questões de políticas sociais, de governo?; concebem o problema saúde-doença de forma diferente ?; e os serviços?; ou será que não se trata de uma releitura atual dos mesmas propostas da década de 70-80? Vamos tentar ver um pouco destas questões.

Para a OPAS, os SILOS são encarados como unidades organizacionais básicas de uma estrutura mais ampla, implicando na reorganização e reorientação da estrutura geral do setor saúde através dos processos de descentralização administrativa, na organização dos territórios como centros demográficos e epidemiológicos definidos, na intersectorialidade, na participação popular nos serviços, na criação de novos modelos de assistência à saúde, e no planejamento e gerência. A implantação de todos esses pontos deveria levar em consideração a estrutura política e administrativa de cada país, baseando-se na análise da situação

sanitária, considerando a necessidade de continuar o desenvolvimento dos modelos originais (PAGANINI, 1990b, p. 12).

Ainda que a intenção da política de desenvolvimento e fortalecimento dos SILOS fosse globalizante, as reflexões e experiências são bastante heterogêneas, o que sugere grandes diferenças entre os seus implementadores, nas distintas sub-regiões e localidades de cada país. Alguns trabalhos recentes, para compreender esta situação, apontam para um complexo processo de transformação das políticas globais em relação com as forças políticas, sociais, econômicas e culturais de cada sub-região, país e localidade. Tendo em conta essas características, a literatura disponível que aborda o tema dos SILOS é ampla e heterogênea, o que torna necessário localizar pontos dessa discussão. Porém serão colocados alguns princípios gerais das publicações da OPAS sobre o tema e, partiremos de algumas das mais importantes definições encontradas na literatura, para daí analisar posteriormente neste texto tais princípios gerais.

Na literatura, há inumeráveis definições dos SILOS. Dentre elas, escolhemos as que mostram maior "variedade" de elementos conceituais, como veremos a seguir:

"Los Sistemas locales de Salud son la llave maestra hacia la descentralización, y la estrategia fundamental es la Atención Primaria en Salud" (OPAS, 1992a, p. 42).

"Un sistema local de salud es una parte integrante del sector salud, con las características de descentralización y desconcentración definidas por el estado, con capacidad de coordinación de la

totalidad de los recursos para la salud existentes, integrando una red de servicios dentro de un espacio poblacional determinado, ya sea urbano o rural" (OPAS, 1992b, p. 25).

"Los Sistemas Locales de Salud permiten integrar los recursos de salud, incluidos los hospitales, centros y puestos de salud, en una red de servicios interrelacionados con niveles de atención acordes con las necesidades de salud de la población".

"La responsabilidad de los sistemas locales de salud es atender los individuos, familias, grupos sociales, comunidades y ambiente, coordinar todos los recursos disponibles, tanto del sector salud como extrasectoriales, y facilitar la participación social"

"Además de la capacidad tecnológica que les otorgue un adecuado poder de resolución de los problemas de salud en su zona, los SILOS deberán poseer una adecuada capacidad técnico administrativa en las áreas de planificación, administración, información y epidemiología, así como un conjunto mínimo de recursos humanos adecuadamente adiestrados (PAGANINI, CHORNY, 1990, p. 433).

"Son un proceso dinámico y permanente, en el que interaccionan todos los sectores, con participación de la Comunidad, optimizando y maximizando los recursos, teniendo una área geográfica y una población específica"

"Constituyen la base organizativa del Sistema Nacional de Salud y del proceso interinstitucional de integración y

coordinación de servicios".

"Los SILOS son el hilo conductor más importante que une las políticas del cuatrienio 1987-1990, al actual cuadrenio" (OPAS, 1991, p.40).

Para concluir, uma definição de Eugenio Vilaça que engloba as anteriores: "Los Sistemas Locales de Salud se definen en un espacio poblacional determinado, teniendo en cuenta todos los recursos para la salud y el desarrollo social existente en el mismo, respondiendo a los procesos de descentralización del Estado y del sector salud, a las necesidades de la población y a la estructura de la red de servicios, y organizándose para facilitar la conducción integral de las acciones" (MENDES, E.V, 1990, p. 21).

Destas definições podemos ressaltar alguns conceitos chaves na construção dos Sistema Locais de Saúde, que retomaremos no transcurso deste texto: descentralização e/ou desconcentração administrativa, territorialização, intersectorialidade, recursos humanos, entre outros.

### 3. COMO A OPAS ARGUMENTA O PROBLEMA SANITÁRIO NA DÉCADA DE 80-90.

O fato de que grandes setores da população, da maioria dos países das Américas não tenham ainda um acesso "real" aos serviços de saúde e que esse déficit de cobertura se produza no meio de uma redução considerável dos recursos disponíveis para o setor, representa um grande desafio para a capacidade de organização e

gestão dos sistemas nacionais de saúde.

É por isso que se vem trabalhando a idéia de que para reduzir os efeitos da crise econômica os países utilizem, da maneira mais eficiente possível, os recursos para a atenção integral da saúde e que, ao mesmo tempo, produzam uma intensa mobilização dos recursos externos para atingir a transformação dos sistemas de saúde que permita atender as necessidades crescentes das populações.

As avaliações mais recentes realizadas pelos governos sobre os objetivos atingidos na proposta da "saúde para todos no ano 2000", tem revelado a complexidade da meta. Isto obriga os países a aprofundarem na análise da situação existente para reorientar os recursos nacionais e internacionais com maior precisão, a fim de traduzir o discurso político em ações concretas mais eficientes e eficazes.

Para se atingir essa meta necessita-se de transformações sociais e econômicas de grande significado, assim como uma revisão da orientação, organização e administração dos sistemas nacionais de saúde.

"O processo de transformação dos sistemas nacionais de saúde da região se faz necessário pelos problemas que afetam seu desenvolvimento, entre eles a crise econômica, política e social da presente década, a dívida sanitária acumulada traduzida em necessidades insatisfeitas pelos grupos de população desprotegidos e a falta de equidade, eficácia, e eficiência" (OPAS, 1991, p. 40) e, (OPAS, 1988).

Nesse sentido, se faz referência aos estilos de

desenvolvimento que têm prevalecido nos países do Terceiro Mundo nestas duas décadas, que têm levado os países da América Latina a uma situação econômica muito difícil: de dívida externa, com flutuações no mercado internacional, com termos difíceis de intercâmbio comercial com o Primeiro Mundo.

Por outro lado, grandes massas de população à procura de fontes de emprego, criando inumeráveis atividades informais; processos de empobrecimento acelerado em grandes cidades; e, todo um discurso repetitivo no que se refere ao contexto econômico.

É evidente que não se pode falar de crise, como algo de fato agudo, nem econômica, nem política, nem sanitária em nenhum dos nossos países, e ainda menos localizá-la exclusivamente nesta década. Podemos sim falar que as contradições crônicas têm se agudizado. Contudo, é interessante notar que sempre é utilizado o termo crise como algo de fato novo, e que neste trabalho será também utilizado, mas sem a implicação de algo novo e sim de uma agudização de velhas "histórias".

À continuação faremos uma exposição eminentemente descritiva sobre como a OPAS problematiza a "crise sanitária" latino-americana, para, num segundo momento nos determos nos caminhos que nela se propõem vias de soluções. A maioria dos textos consultados coloca a situação econômica, política dos sistemas de saúde como itens fundamentais dessa crise.

### 3.1. Contexto Sócioeconômico e político.

Para a análise da situação do setor saúde, é necessário entender a sua relação com as economias nacionais, e a situação das economias latino-americanas. Num estudo publicado recentemente pela Comissão Econômica para América Latina e o Caribe , afirma-se que: "al cabo de ocho años de bregar por el ajuste, la estabilización, el crecimiento y la reestructuración productiva, asediados por la deuda externa y con escaso financiamiento externo fresco, la mayoría de los países de la región siguen manifestando el complejo síndrome de desequilibrios estructurales, déficit fiscal y bajos niveles de inversión, que se ha traducido en un prolongado estancamiento, muchas veces acompañado por una elevada inflación y un serio deterioro de los salarios reales"... "la subutilización y aun destrucción de las capacidades reproductivas y el desgaste de los aparatos estatales " são outras consequências da crise (ROSENTHAL, 1989, p. 1).

É diante desta situação que a maioria dos países da região têm adotado economias mais abertas e interligadas, nas quais têm hegemonia o livre mercado, por meio dos chamados programas de ajuste estrutural, nos quais se tenta provocar transformações profundas nas estruturas econômicas e no Estado através da diminuição do tamanho do Estado e da privatização da economia, originando-se assim uma situação contraditória e paradoxal.

De um lado, a "modernização", ou seja, diminuição do Estado, diminuindo os poderes e atribuições políticas e econômicas que

décadas de centralismo e intervenção tinham colocado nas suas mãos.

De outro lado, esse processo aumentou a responsabilidade do Estado em assegurar o bem-estar da sociedade, a justiça social e a equidade das políticas públicas.

Portanto, se faz necessário que os setores sociais estejam preparados para adotar uma postura mais ativa e comprometida, e não passiva. Isso significa intensificar a sua participação com ações assumindo como objetivo fundamental, a justiça e a equidade (PAGANINI, CHORNY, 1990, p. 426).

Mas, o que significa justiça e equidade?

As fórmulas da OPAS a esse respeito parecem vazias. Esse é o mesmo discurso desde Alma Ata, só que para se implementar serviços com equidade não se pode ficar preso ao limite da concepção em saúde como um problema meramente biológico, ou de transformação de serviços. Justiça e equidade em saúde exige governo e não qualquer tipo de governo. Exige governo com programas claros de desenvolvimento social, com projetos, com metas definidas, e vemos que justiça e equidade se transformam em palavras sem resposta efetiva e operacional.

Neste sentido, são apropriadas as conclusões da reunião sobre Estratégias e Alternativas de Desenvolvimento para a América Latina (CEPAL, ILPES, FLACSO, 1987, p. 7). Através delas se afirmam que os cenários mais apropriados serão aqueles que permitirão a mobilização de energias sociais e projetos de renovação nacional em marcos democráticos e participativos. Todavia, cabe ressaltar que apesar de ser um discurso interessante, na sua continuação se

reforça por políticas claramente neoliberais. Em outros termos, "El Estado capacitado para esa empresa deberá ser aquel que intervenga de la forma más selectiva y estratégicamente mejor, por medio de los mecanismos compatibles con el mercado, que promueva competitividad, que desconcentre, descentralice, y promueva la competitividad intersetorial e articule la política económica a la social" (PAGANINI, CHORNY, 1990, p. 427).

É interessante perceber como é utilizado o conceito de participação. É como se estivesse criando a possibilidade política de participação ativa do cidadão, quer dizer, democratizando o Estado, "os cenários que permitirão a mobilização das energias sociais [...] em marcos mais democráticos e participativos".

O discurso participativo é apropriado. Só que foi desvirtuado, no sentido de serem movimentos de defesa dos direitos dos cidadãos pelo que é deles: saúde-educação, transporte, salários adequados... a uma participação eminentemente econômica de mercado.

De outro lado, como consequência destes fundamentos, se agrega a noção de descentralização e/o desconcentração, novamente seguindo o discurso democratizante mas que no fundo o problema é eminentemente econômico.

Sabemos que 94% dos 34 países que aderiram à resolução XV do XXXIII Conselho diretivo da OPAS (OPAS, 1988a, p. 4) sobre desenvolvimento e fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde, informaram estarem executando políticas nacionais e setoriais de transformação do Estado, orientadas pela descentralização.

Óbvio que é colocada a necessidade de repensar o papel do

Estado e as suas relações com a sociedade civil. O discurso da OPAS é o de que o Estado não deve diminuir, nem muito menos desaparecer, mas o Estado deve: "garantir níveis maiores de justiça e bem-estar social, de satisfação das necessidades básicas, sendo exigente e ágil na orientação e mobilização dos recursos" (OPAS, 1992a, p. 43). "El Estado puede movilizar otras fuentes de recursos, internos, no gubernamentales, internacionales, bilaterales y multilaterales, del sector salud y de otras entidades prestadoras de servicios"(OPAS, 1988b, p. 6), "[...] y de los recursos derivados de la participación comunitaria y extrasectoriales"(OPAS, 1989a, P. 2).

Então, como é que este discurso pode ser compatível com : "la transformacion de los servicios de salud deberá adoptar formas cada vez más democráticas que aproximen sus actividades a las aspiraciones y prioridades comunitárias, dejando de lado el hábito de que incluso en relación con la salud unos pocos piensen por cuenta de una 'mayoria silenciosa'?" (PAGANINI, CHORNY, 1990, p. 427).

Entendemos que a mobilização de recursos de outras fontes diferentes às do Estado, se configura como um recurso interessante, mas que não deixa de poder ser lido de outras formas. Pensamos que se devem ter políticas muito claras com relação à incorporação destes recursos, para que não sejam privilegiados interesses diferentes aos previamente estabelecidos no setor público. Queremos dizer, que o eixo coordenador deve ser o sistema público, com suas características de prevenção, atenção integral, real acessibilidade,

entre outras, para que não continuem a ser privilegiados critérios puramente curativos, centrados na figura do médico, como principal definidor das prioridades.

Acreditamos que esses processos se dão pela magnitude das dívidas externas da maioria dos países terceiro mundistas, e por uma nova ordem econômico-política internacional caracterizada por uma redução considerável dos investimentos em gastos com: serviços básicos, moradia, educação, saneamento, transporte e obviamente saúde, em fim, tudo tipo de recortes orçamentários infra-estruturais, que em alguns países estão sendo aliviados, pela participação econômica dos usuários em forma de taxas, contratos e seguros complementares, e que produz como resultado a cobertura exclusivamente a doença. Os aspectos preventivos são reduzidos ou eliminados (MARSET, 1990, 2932).

Frente a essa situação econômica de "crise" a maioria dos países têm adotado economias abertas e interligadas, mas que tem hegemonia o livre mercado, por meio de "programas de ajuste estrutural", tentando provocar transformações profundas nas estruturas econômicas e no Estado, diminuindo a participação do Estado e privatizando a economia. Em outros termos, reduzindo ao máximo tudo o que tem a ver com o público.

### 3.2. Problemas dos Serviços de Saúde.

Na área da saúde, os problemas podem ser analisados segundo a OPAS desde dois pontos de vista. Um referente as condições

concretas de saúde, e o outro referente a os recursos destinados especificamente à atenção em saúde. Estas duas perspectivas permitem detectar problemas que condicionam a formulação e desenvolvimento de estratégias para a atenção da saúde individual e coletiva.

Uma recente publicação da OPAS afirma que o quadro epidemiológico dos países do terceiro mundo é complexo e grave, pela permanência e agravamento de problemas antigos associados ao subdesenvolvimento econômico e social, ainda não resolvidos, e há os que se agregam as denominadas doenças do desenvolvimento, que geram demandas sociais cada vez mais rápidas. Esse panorama epidemiológico se traduz na coexistência de doenças infecciosas, parasitárias, desnutrição, com doenças degenerativas, cardiovasculares, entre outras. Se somam doenças mentais, alcoolismo, farmaco-dependência, problemas gerados pela contaminação ambiental, ingestão de produtos contaminados por agrotóxicos, assim como problemas provocados pela urbanização desordenada, má condição de vida, de trabalho, acidentes, e a síndrome da imunodeficiência adquirida (OPAS, 1990).

Esta realidade é o que Cristina POSSAS (1989) denomina como *heterogeneidade estrutural de saúde*, ou seja, um perfil de morbimortalidade marcado pela persistência de padrões característicos do "atraso" sobrepostos à consolidação de padrões característicos da "modernidade", destacando sua diferença com relação aos países centrais, onde tal transição se deu a partir da superação dos padrões do atraso. Neste sentido, o conceito de perfil

epidemiológico fundamentado no conceito de classe social é problemático para a realidade social nos países do terceiro mundo.

Ela propõe e desenvolve o conceito de padrão epidemiológico que integra os padrões de morbidade e mortalidade característicos de distintos grupos populacionais submetidos a condições de vida e trabalho comuns, que podem se diferenciar dentro de uma mesma classe social. "Em outras palavras, a dicotomia ao nível dos determinantes dos padrões epidemiológicos referidos não se reproduz como dicotomia epidemiológica, isto é, na forma de segmentos diferenciados da população abrangida, sendo ela própria em seu conjunto portadora desta heterogeneidade" (POSSAS, 1989, p. 11).

É interessante anotar que a autora está se referindo também a dificuldade de planejar com estes padrões de morbi-mortalidade, para que os serviços de saúde, realmente, possam atender as populações. Estas já não podem ser "planejadas" como tendo ou não "doenças de pobres" ou doenças "típicas" de países ricos. Dentro de uma mesma camada social coexiste o problema dos padrões muito heterogeneos, exigindo assim novas estratégias e nova "tecnologia" em saúde.

Junto com os problemas referentes ao estado de saúde das populações, coexistem os problemas referentes à inadequada organização, administração e financiamento dos serviços de saúde, além da falta de manutenção dos equipamentos, com diminuição dos leitos hospitalares. De outro lado, está a incorporação acrítica de tecnologias sofisticadas, quase sempre complexas, sem o suporte humano capacitado para lidar com elas, e que não levam em conta as

necessidades populacionais (PANERAI, PEÑA, 1990). Se persiste em modelos de atendimento que não respondem as realidades sociais e sanitárias, o que leva à insatisfação dos trabalhadores em saúde como também dos usuários. A ociosidade, a ineficiência, os recursos mal utilizados, o atendimento desumanizado, são queixas constantes expressadas pelas populações.

Esta situação é provocada em grande medida pela separação e pequeno entendimento entre o nível central que toma as decisões e os encarregados de executá-las, sem levar em conta as realidades locais: "La principal preocupación deberá ser reorientar la atención de la salud hacia los individuos y sus problemas, tal como ellos los perciben [...], la profesión médica debe ser la única forma de producción de servicios que se organiza desde arriba para abajo, desde la oferta exclusivamente. Que puede perderse si se adopta una perspectiva orientada hacia el paciente y la población en la definición de la responsabilidad colectiva?" (WHITE, 1988, p. 13).

De outro lado falta coordenação nos diferentes níveis de atenção, pouca capacidade resolutiva no nível primário, gerando-se repetitividade nas ações, sobrecarga de serviços, somado a uma falta de avaliação permanente das funções e ações dos diferentes níveis de atenção (PAGANINI, CAPOTE, 1990, p. xiii).

A situação financeira, que na maioria dos países de América Latina não atinge cem dólares per capita/ano de investimento em saúde por parte do governo. E a diminuição do orçamento para investimentos sociais entre eles a saúde é um ponto importante do

recrudescimento da crise

Outro fator fundamental é que na maioria dos países se tem um sistema pluralista de atenção a saúde, no que se diferencia claramente: o público ou oficial, o da seguridade social e, o privado, com uma ampla gama de possibilidades tecnológicas. O problema radica em que na maioria das vezes existe pouca ou nenhuma coordenação entre estas diferentes instâncias, que em múltiplas ocasiões compram serviços umas das outras, caindo-se com frequência em duplicação não necessária de serviços, ou execução de procedimentos desnecessários para cobrar do Estado, como o caso das cesarianas no Brasil, relacionado com a Previdência Social, e outros muitos exemplos. A este quadro se soma a divisão dentro do público em serviços Estaduais e Municipais, com diferentes orientações, alvos, condutas, e com muitas "reticências" em trabalhar conjuntamente como setor público.

A resposta a esta série de problemas nesta década tem-se definido pela formulação de propostas de reorganização e reorientação político-técnico-administrativo dos sistemas de saúde, em íntima relação com os contextos nacionais de desenvolvimento social e econômico. Dentro deste enfoque tem-se definido a descentralização e o desenvolvimento local como procedimentos capazes de criar uma maior democratização, maior participação e justiça social, assim como a via para atingir a equidade, eficácia, e eficiência na gestão administrativa. Essa via de transformação é denominada pela OPAS de SILOS, considerando que eles podem constituir-se na via de solução eficiente aos problemas específicos

que afetam o processo saúde-doença-serviços, favorecendo processos democráticos e de participação social ativa.

A seguir desenvolveremos como a OPAS coloca a operacionalização desta via de solução da crise pela implementação dos SILOS.

#### 4. COMO A OPAS TEMATIZA AS SOLUÇÕES.

A OPAS tematiza a solução da crise pela implementação dos SILOS. Esta orientação consolida-se, formalmente, em 30 de setembro de 1988 na XXXIII Reunião do Conselho Diretivo da OPAS pela resolução XV (OPAS, 1988c), na qual se coloca claramente que os SILOS são o fio condutor mais importante que "costura" as políticas de 1987-1990. Configurando-se, assim, como mais uma proposta de reorganização do setor saúde depois da declaração de Alma Ata, tomando como base elementos conceituais e doutrinários de tal declaração. No documento CD 33/14, de 1989, são definidos os elementos fundamentais para promover o processo de desenvolvimento dos SILOS (OPAS, 1989b, p 16). Desenvolveremos a seguir os que consideramos mais relevantes.

##### 4.1. Descentralização e/ou desconcentração.

Todos os documentos neste sentido têm uma mesma tendência. Os SILOS devem ter uma estrutura descentralizada e responsável pela administração das atividades de saúde referentes a uma população

específica - a do território. Isso significa administrar diretamente os recursos e coordenar a infra-estrutura social da saúde em determinada área geográfica, juntamente com uma estrutura habilitada do ponto de vista tecno-assistencial para resolver uma parcela significativa dos problemas de saúde dos indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e meio ambiente.

Esse nível administrativo deveria assumir a responsabilidade da coordenação do conjunto dos recursos materiais e humanos, hospitais, centros de saúde, postos de saúde, saneamento, e extra setoriais, que assegurassem uma utilização ótima dos recursos, ajustada à realidade local. Os SILOS estarão subordinados à orientação integrativa e normativa central que formula as políticas globais e define os sistemas de apoio logístico, técnico e administrativo necessários (OSZLACK, BONEO, 1990, p. 59).

No entanto é necessário diferenciar desconcentração de descentralização, já que as implicações são diversas.

A desconcentração é um processo que se pode dar simultaneamente com a descentralização, mas na desconcentração não há transferência da capacidade plena de tomar decisões de todo tipo e nem de dirigir efetivamente as atividades tecno-administrativas. Desconcentra-se apenas a execução das decisões tomadas no nível central (PALMA, RUFIAN, 1990, p. 450).

Deste modo pode-se reconhecer pelo menos três formas de desconcentração:

- horizontal, quando a desconcentração é de um domínio a outro do mesmo nível;

- vertical, quando é de um domínio a outro de diferente nível, e;
- funcional, quando se delegam funções mais às pessoas dentro da estrutura administrativa, ou a grupos informais não institucionalizados (TEJADA, 1990, p. 83).

Este tema bastante complexo nos diversos contextos pode tomar os rumos mais variados, desde simplesmente ser só um processo burocrático de delegação de algumas funções sem autonomia gerencial e financeira, o que acabaria com qualquer tipo de proposta a partir do nível local e de suas necessidades; até gerar processos de construção de alternativas de transformação dos serviços, do pessoal de saúde, dos usuários, do contexto, etc.

De outro lado está a descentralização, na qual se transfere tanto a faculdade da tomada de decisões, e a capacidade de dirigir efetivamente os espaços locais. É um processo lento, no qual devem existir diretrizes claras de governo com relação a: ferramentas tecno-administrativas mais adequadas para gerar um processo de autonomia real, formação de pessoal, coordenação inter-institucional, distribuição real e adequada dos recursos.

Em alguns contextos, em que se vem trabalhando no sentido de pensar numa relação Estado/Sociedade Civil mais democrática e dentro de uma construção e defesa do setor público como modo de permitir o exercício do direito de cidadania, igualmente, pode-se avançar nas propostas e implementações de espaços com certa autonomia. No entanto, em outros contextos pode significar mais que uma distribuição real do poder, ou seja, uma distribuição das cargas estatais da crise econômica.

Essa polêmica descentralização-centralização não é nova, mais com a agudização da crise a proposta de descentralização tem-se atualizado, sendo ampla e diversamente defendida, tendo diferentes concepções do nível local e a sua articulação com os processos políticos, processos de "modernização" do Estado, sendo atravessados por orientações de direita e de esquerda, derivando numa descentralização que pode levar a uma distribuição real do poder ou a uma distribuição das cargas estatais (BELMARTINO, 1990, p. 33).

Na distribuição real do poder se faz necessário investir na participação cidadã, na formação de sujeitos sociais sabedores dos seus direitos, sujeitos com capacidade para enxergar a dinâmica de formação histórico social dos seus territórios, capacitados para avaliar as verdadeiras necessidades das populações, além das capacidades de administrar recursos econômicos e humanos. Assim, essa orientação, com outros elementos que já discutiremos, percebe-se como condição necessária mas não suficiente para tecer um autêntico tecido democrático. E de outro lado na distribuição das cargas estatais se translada ao nível local a carga da crise econômica e as consequências sociais da queda do orçamento, diminuindo assim aparentemente os conflitos ao nível central.

Isso pode gerar propostas mais "light", como acordos inter-setoriais unindo público e privado: "para que todos los recursos de salud, los públicos y los privados se complementen para lograr mejores servicios para la población" até sistemas de "medicina de pré-pagamento" para populações mais pobres, proposta do processo de

modernização do Estado Colombiano de 1992, na qual, uma entidade sem fins lucrativos, cooperativas, movimentos comunitários...,poderiam criar uma "empresa de salud" que teria de 200 a 1000 famílias na área rural e 2000 a 5000 famílias na área urbana, na qual o governo garantiria a cobertura dos custos de operacionalização e administração, e os "aportes" da comunidade. Segundo o documento: "los entes territoriales asumirán gradualmente la financiación de este subsidio, con cargo a las mayores transferencias de inversión social, de forma que al final de cuatro o cinco años su financiación sea casi completamente local". Segundo o documento: "el programa busca garantizar el acceso a un paquete de servicios ,en vez de dotar un centro de salud de un barrio pobre,buscará que sus habitanmtes, con ayuda de un promotor especializado, constituyan a partir de sus propias formas de organización, una empresa que reciba ayuda del estado" (LOPEZ, 1993, p. 40). Estando este exemplo muito longe dos modelos descentralizadores democratizantes que supõe que o cidadão: agente de saúde, habitante, administrador, planejador..., contribua como eleitor, partícipe, supervisor e avaliador da pratica de desenvolvimento de serviços locais autônomos. Em resumo, a descentralização não é garantia de democratização, eficiência social, eficácia, como é colocado pelos organismos OPAS,OMS.

Uma revisão dos modelos descentralizadores coloca, vários problemas que é interessante levar em conta:

- transferência de competências de caráter social ao local e regional diminuindo de forma drástica as prestações sociais quando

não existe a transferência de recursos econômicos e materiais suficientes;

- que em alguns casos a descentralização serve para legitimar a atividade dos agentes privados e o mercado capitalista, inclusive em setores tradicionais de serviços públicos;

- a reprodução e ampliação da representação política e da organização administrativa que reforçam posturas partidárias e corporativas; e, ainda,

- que se faz necessário que a concepção de administração local não seja apenas dispensar serviços à população; o local além de autonomia deve ter a possibilidade de participar na tomada de decisões globais, participando do processo de elaboração de normas mais gerais (BORJA, 1981, p. 1341).

No discurso da OPAS está presente a passagem quase que direta entre descentralização e democratização, não é analisado a fundo as consequências nem a metodologia necessária para atingir a descentralização como processo democrático. Igualmente, a inclusão do privado dentro do público e, que consequências isto pode ter em projetos concretos, tal como a possibilidade de se cair na privatização do público, como no exemplo dado anteriormente do programa de saúde na Colômbia.

É interessante também observar que a descentralização é concebida como um fenômeno administrativo, não sendo considerado que a descentralização real é uma transferência de poder às instâncias locais, onde permanentemente os sujeitos estão no meio de jogos de interesses e de disputas pelo poder. E quando se fala

de capacitação de recursos humanos, também seria necessário discutir com os trabalhadores o papel que os mesmos jogam nestas disputas, bem como o sentido que deve assumir o poder de cada um no local. A intersetorialidade, o planejamento, o financiamento, fazem parte deste jogo de poderes, e consideramos que estes temas são despojados destas características, em resumo acreditamos que são despolitizados.

#### 4.2. Territorialização.

Pode ser denominada também de regionalização, sendo para alguns um mecanismo de descentralização ou desconcentração da administração técnica e de serviços, numa área geográfica definida, com uma população determinada, conhecendo as características gerais desse território: acessibilidade, características geográficas, culturais populacionais, níveis educacionais, tipos de economia, entidades participantes no território...(CAPOTE, 1990, p. 122). Outros denominam a regionalização como um fato de criação humana, sendo um fenômeno jurídico-político planejado que afeta a administração do estado e dos serviços públicos, colocando os motivos dessa regionalização como uma via para superar os desequilíbrios causados pela concentração econômica e de serviços, na via de melhor aproveitamento das infraestruturas e recursos disponíveis ao nível local (FUENZALIDA, 1990, 100), e o incremento da capacidade operativa do local, fortalecimento dos processos de planejamento e avaliação dos serviços, maior utilização dos recursos humanos, fortalecimento da intersetorialidade (CAPOTE,

1990, p. 123).

A regionalização é considerada como um esquema de implantação racional dos recursos de saúde organizados hierarquicamente na qual se faz possível uma atenção máxima aos centros primários.(NOVAES, CAPOTE, 1990, 147). A regionalização implica distribuição dos recursos numa área determinada, com equidade. A regionalização compreende a articulação de todos os recursos existentes numa zona para sua melhor utilização, adequação à realidade local e estabelecimento de uma relação de mútua responsabilidade com a população adscrita.

Para a implementação do modelo regionalizado há necessidade de providenciar informação demográfica e epidemiológica da população objeto, dispor de um inventário atualizado dos serviços existentes, receber informação sobre a utilização dos recursos, obter consenso comunitário sobre prioridades, possuir completo conhecimento da acessibilidade dos serviços para corrigir as principais deficiências do sistema e de sua prestação, estabelecer novos mecanismos de cooperação intersetorial com planejamento conjunto, controle de qualidade e avaliação dos serviços (BRAVO, 1974). Finalmente, a idéia comum a todos, é que dentro do conceito de regionalização o usuário deverá receber assistência médica o mais perto do seu domicílio e ser encaminhado a serviços de outros níveis de complexidade por referência do médico.

Em resumo, a regionalização tem como fim: reprodução da antiga divisão por níveis, primário, secundário e terciário, só que pelo enfoque regionalizado propõe-se encontrar um equilíbrio entre

a excessiva centralização administrativa de um lado, e também de concentração dos atendimentos nos Hospitais, pretendendo-se assim, que o nível primário assuma o território populacional dado, resolvendo os problemas segundo sua capacidade, ou remetindo aos outros níveis se o problema tiver maior complexidade. Entende-se que deve fazer parte indispensável desta proposta a interinstitucionalidade e a interdisciplinaridade, uma vez que dentro desta proposta o médico deverá atender as demandas da coletividade relacionando-se com outros profissionais do mesmo local, bem como de locais diferentes (NOVAES, CAPOTE, 1990, p. 153).

Entendemos que este conceito de territorialização é uma tentativa de delimitar o espaço de cobertura dos serviços e que estes tenham uma maior responsabilidade por sua área de cobertura, assim como uma maior informação sobre os dados estatísticos, epidemiológicos e demográficos. No entanto, este processo de demarcação de território não garante o que pretende garantir. Ou seja, não é real que a territorialização agilize a acessibilidade aos serviços, ou que corrija as principais deficiências na prestação dos serviços.

Acreditamos que os serviços não se reformulam por terem maior informação territorial, como acreditamos que os mesmos são reformulados cotidianamente, a partir da busca de resolução dos problemas internos dos serviços, em suas singularidades e especificidades. Enfim, cremos que estão em novos processos de gestão mais democráticos e de permanente busca de transformação e

leitura dos problemas, a real solução para um atendimento mais equitativo e de maior qualidade.

Por outro lado, consideramos que o conhecimento real das dinâmicas populacionais e seus processos sociais, assim como da organização territorial das populações, só pode ser realmente construído através da reconstituição da história. Para nós é esta a ferramenta teórica que possibilita uma real aproximação as necessidades populacionais e ao entendimento de suas dinâmicas.

#### 4.3. Intersetorialidade.

A idéia básica é que os problemas da saúde não são só de responsabilidade do setor saúde. Também há o conceito de interinstitucionalidade e o de integração dos diferentes níveis de complexidade tecnológica, que considera os acordos de cooperação entre estabelecimentos que tenham as suas atividades prévias ordenadas de maneira independente e individualizadas. A orientação é fazer com que não seja uma unidade isolada de atendimento e sim um conjunto contínuo de serviços: Posto, Centro, Hospital, nível primário, secundário e terciário, garantindo bons mecanismos de referência e contrareferência, com um eficiente sistema de informação. Os centros não tem relações de dependência com o hospital, somente relações de coordenação.

Também se faz indispensável estabelecer adequados mecanismos de inter-relação entre as diferentes instituições do setor público relacionadas com os problemas de saúde, assim como com instituições do setor privado (VILLAR, 1990 p. 136).

No entanto, em todos os documentos é colocado apenas a necessidade de inter-relação com o privado, mas não se estabelece qual seria exatamente o papel do privado. A definição deste papel é fundamental, para não se correr os riscos do projeto de saúde do público se ver comprometido por uma orientação claramente curativa, exclusivamente individual e dotada de um conceito estritamente orgânico da doença, que é o que predomina na medicina privada, para não falar dos interesses institucionais privados que vão bem além dos das instituições públicas.

Por fim deve-se perguntar: porque realmente a idéia de uma área geográfica aproveitar ao máximo os recursos existentes é muito interessante, mas as ferramentas propostas para tal objetivo são insuficientes?

Uma vez mais as propostas da OPAS são quase que colocadas "asépticamente", permitindo leituras que podem variar desde que as mesmas podem incentivar processos democráticos de luta pela vida, pela garantia do público, ou podem ser lidas como um primeiro passo na privatização do público.

Algumas instituições públicas podem não ter tanta "efetividade" administrativa e de atendimento frente ao privado podendo ser lentamente absorvidas por este. Une-se a isto a representação que as pessoas fazem do público, que mesmo sendo em algumas situações de excelente qualidade e aprofundando na realidade dos problemas individuais e coletivos apresentados, a representação é de medicina de baixa qualidade, com poucos elementos "tecnológicos" e com baixa resolutividade, e restrita as

pessoas que definitivamente não tem recursos.

Para que se realize um processo intersetorial que vincule as diferentes instituições que trabalham nos vários setores envolvidos, incluindo o setor privado, o setor público deve ter um projeto muito claro, que coordene as ações e demarque os rumos. Obviamente, trata-se de um permanente processo de negociação, mas sem abrir mão de elementos importantes que o público defende, tais como: a universalidade da atenção, as ações preventivas, as leituras da saúde doença como produto de múltiplos determinantes, entre outras. Esta intersetorialidade permite encontrar recursos para a solução dos problemas de saúde que extrapolam o meramente orgânico e que dão vida à saúde como um complexo de elementos a serem transformados. Verdadeiros processos de intersetorialidade podem se converter em polos de desenvolvimento, ao identificar e viabilizar soluções para problemas singulares - mas que muitas vezes refletem problemas coletivos - e, assim, podem ter um grande impacto na transformação das condições reais de vida das pessoas, enfim na saúde.

#### 4.4. Modelos Assistenciais.

A maioria dos textos aborda este tema considerando a necessidade de implementar novos modelos assistenciais como um processo de mudança, nos métodos e técnicas utilizados para a prestação de serviços; no uso de uma tecnologia disponível, considerando a necessidade de continuar e de intensificar o desenvolvimento de modelos originais de serviços de saúde a nível

dos sistemas de saúde locais. Todo o processo de reorganização e reorientação do setor deveria vir acompanhado de pesquisas sobre os serviços sanitários.

Ainda dentro desta questão dos modelos assistenciais, há outras abordagens que têm tratado, com grande ênfase, a atenção integral à saúde. Estas propostas não têm um conteúdo único, aceitando-se a necessidade de implementar modelos diferentes, segundo diversas realidades, mas sempre com a participação comunitária. Colocam três características fundamentais para a atenção integral: universalidade, acesso aos serviços de saúde, continuidade da assistência, relacionada com a intersectorialidade. Enfim, postos e centros de saúde, hospitais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, todos integrados, são colocados como unidades fundamentais dos SILOS.

A integralidade também é postulada como integração de programas e atividades com orientação à pessoa, família, meio, segundo as necessidades da população. A atenção integral teria as características de: acessibilidade, satisfação da demanda espontânea, ações desenvolvidas no local adequado, eficiência e trabalho interdisciplinar.

Os SILOS, dentro desta problemática, devem propiciar a transformação dos modelos docente-assistenciais, tendo um maior compromisso médico-paciente, desmedicalizando a atenção à saúde, promovendo a participação interdisciplinar na assistência e a orientação docente nesta direção (VILLAR, 1990, p. 137).

Uma das características mais promovidas pela OPAS em relação

a transformação dos modelos assistenciais tem se relacionado com formas diferentes de planejamento das ações, e a incorporação do Planejamento Estratégico Situacional nos serviços, como forma de planejar a partir do - e para o - local. Esta forma de planejamento é um ponto de vital importância; assim sendo, dedicaremos um item a este tema.

Em nenhuma bibliografia sobre o tema dos modelos assistenciais se trata do problema básico da relação médico paciente e das profundas transformações que essa relação deveria sofrer. A maioria das indicações são mais estruturais. Não se analisa que apesar da atenção primária, as práticas e ideologias médicas estão com uma orientação restritivamente curativa, com clara orientação a tecnologias diagnósticas caras, nem sempre necessárias.

É quase inexistente a avaliação das conseqüências e da eficácia dos programas aplicados. Isto tanto nos serviços governamentais, como entre os profissionais e técnicos da saúde.

Outro ponto importante dentro dos serviços é o da participação comunitária, só que se omite que para levar a cabo as atividades consideradas como de participação, atenção primária, e outras, o profissional da saúde tem pouca ou nenhuma formação, e no pior dos casos nenhum interesse por considerar estes temas fora de seu campo de práticas.

De outro lado, está o tema do hospital. Os SILOS defendem como base do atendimento a APS, sendo o seu objetivo principal inverter a pirâmide de poder socio-política e medicalizante dos

hospitais em relação aos postos e centros de saúde. Em resumo, a supervalorização do hospital é a base de sustentação do modelo biomédico-reparativo, que é a antítese da APS, ou melhor, do que pretende ser; uma abordagem multicausal do processo saúde-doença em amplo contraste com o paradigma biomédico. Assim, procura problematizar o hospital como o maior representante do modelo vigente de: produtor de tecnologia sofisticada em saúde, da indústria farmacêutica e do médico como figura central e dominante das equipes de saúde. Propõe que os recursos dos SILOS sejam utilizados pelos SILOS em sua totalidade e não simplesmente pelas partes que o compõem individualmente, nem com especial preferência pelo hospital, procurando dar maior poder de resolução real ao local, e de dar um outro sentido à clara concepção hospitalocêntrica dos médicos, e, em geral, dos trabalhadores em saúde. Os Hospitais passariam a ser estabelecimentos de apoio para o local, postos e centros (TEJADA, 1990, p. 278).

Aqui como em outros pontos cabe pensar um pouco sobre como o hospital tem sido incorporado como o lugar em que se dá a real resolução das queixas dos usuários, então, é interessante pensar que mudanças reais devem acontecer dentro do local, e que de que forma, a representação das pessoas poderia ser transformada para que o hospital deixe de ter o poder enorme que tem neste momento, implicando na busca de uma real solução para os problemas locais. Mas também não podemos esquecer que muitas vezes as soluções que estão sendo construídas não são plenamente aproveitadas. Os principais atores estratégicos compartilham de uma cultura que tem

privilegiado a tecnologia "dura", os métodos diagnósticos invasivos, em detrimento a uma boa anamnese, e a um bom exame clínico. Nossas populações são invadidas por mensagens de maior tecnologia, maior resolução, sendo esta uma das causas de maior concentração de pessoas nos hospitais. É um problema interessante e que mereceria um estudo sério.

#### 4.5. Planejamento.

A maioria dos autores coincidem na adoção de Matus como marco teórico e o Planejamento Estratégico-Situacional como elemento fundamental na identificação, descrição, e como base da programação segundo as realidades e necessidades locais, já que ao privilegiar o nível local pretende-se fornecer elementos para a interpretação das realidades locais, fugindo das prescrições universais como solução aos problemas, sendo o planejador um ator técnico e político, que faz parte do serviço, e não o antigo observador externo, devendo participar ativamente de todo o processo (OPAS, 1992a, p. 48).

Torna-se bem coerente a proposta de Planejamento Estratégico-Situacional (PES), já que este método permite ter um processo permanente de programação, analisando as situações e problemas como algo cambiante e como sendo específicas do local, não aceitando mais um diagnóstico linear que começa e termina num período determinado, convertendo-se assim num instrumento flexível e acorde com os principais pilares da construção dos SILOS - descentralização, regionalização, maior participação popular -, já

que para o levantamento dos problemas se requer que as populações os expressem, além de procurar diferentes recursos, intrasetoriais e extrasetoriais, assim como também os recursos da comunidade (PAGANINI, 1990, p. 303).

Entretanto, é interessante observar que para a maioria dos autores revisados (PAGANINI, 1990; JAIME, 1990; RODRIGUEZ, 1990; LOPEZ, ROMERO, 1990), que abordam este tema, o PES vira uma série de passos a cumprir: identificação de problemas, definição dos problemas, e explicação. Fica, assim, um discurso em que se faz uma espécie de receita de planejamento, esvaziando a teoria matusiana do planejamento e a visão do planejador como definidor de políticas e como governo; como o sujeito que tem projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade. A exceção se faz em dois textos que abordam a teoria de Matus como teoria política. Um deles (OBREGON, MONTILVA, 1990, p. 349), sem trazer uma análise, é mais como um resumo da obra de Matus. O outro (URIBE, 1990), leva o PES para o contexto determinado do Brasil e entende a teoria matusiana com uma ampla visão, associando-a às necessidades de saúde, aclarando que os modelos normativos e de programação local abstraem a noção política, ao se pretenderem uma posição mais "cientificista", desconhecendo o papel dos atores sociais na formulação e implementação da programação, criando normas rígidas e distantes da realidade e das necessidades de saúde; não se faz menção a gerência como um processo coletivo, onde o governante constroce projetos coletivamente.

#### 4.6. Recursos Humanos.

Neste sentido os autores valorizam a formação de profissionais dentro do contexto local, sendo que o pessoal antigo, dentro do serviço, deverá capacitar-se dentro da estratégia de atenção, organização e políticas gerais dos SILOS. Todo novo pessoal terá uma formação dentro do contexto local de necessidades e demandas do setor (VILLAR, 1990, p. 147). Alguns autores só consideram recursos humanos como o pessoal que trabalha dentro do serviço, outros extrapolam os recursos humanos à comunidade da área geográfica e de cobertura dos SILOS (ARANGO, 1990, p. 247). Outros ainda colocam uma grande ênfase não só nos trabalhadores do serviço, como também nos estudantes das diversas áreas da saúde, ou de campos das ciências sociais, antropólogos, sociólogos, assistentes sociais, na importância da formação docente dentro dos serviços, tendo obviamente uma infra-estrutura adequada para isso (HADDAD, 1990. p. 260).

Outros autores enfatizam a importância da capacitação do pessoal da saúde, para tornar mais efetiva a descentralização, procurando uma adequada definição das funções do pessoal, (VIDAL, 1984; MEJIA, 1984), esses autores colocam como problemas prioritários:

- ausência de políticas de recursos humanos que respondam as necessidades do setor público;
- baixos orçamentos para a prestação de serviços de saúde, e crescente aumento de instituições privadas com fins lucrativos;
- assistência fundamentada em ações curativas, com baixas

coberturas;

- atenção por grupos isolados carentes de sentido de trabalho em equipe;
- não definição de cargos e desequilíbrio da utilização do pessoal;
- Inadequados enfoques administrativos.

Além destes problemas a descentralização implica num processo político e social que não se entende só desde a ótica administrativa e que exige complexos mecanismos de redistribuição do poder e deveres dentro do conjunto de trabalhadores envolvidos, para ter inter-relação com a comunidade, já que é com as populações que se devem levantar os problemas. Assim como no interior do grupo de trabalho promover a discussão sobre o papel que cada categoria de trabalho desempenha, sua própria avaliação, suas limitações, propiciando trabalhos coletivos, em que se construa uma perspectiva de trabalho e compromisso grupal, centrada em objetivos comuns, valorizando e integrando as contribuições de todos e de cada um dos trabalhadores dos serviços (ARANGO, 1990, p. 247). Este tema não relaciona nenhum dos atores com o planejamento situacional, não se faz a ponte com a teoria de atores sociais do PES, que deveria ser feita, nem com os macro e micropoderes, ou seja, com uma análise interna. Na maioria dos itens que apresentamos a análise é global, com formulações também gerais.

E por último, queremos mencionar o item de financiamento dos SILOS como proposta da OPAS:

#### 4.7. Financiamento.

Com relação ao financiamento os documentos da OPAS são claros em colocar que a saúde é um investimento social e corresponde ao Estado. No entanto o discurso também incorpora a noção de integração funcional das entidades produtoras de serviços, seguridade social, ministério da saúde, organizações não governamentais (OPAS, 1988b, p. 9). Os SILOS permitiram incrementar recursos derivados da participação comunitária e de organismos extrasetoriais (OPAS, 1989, p. 1). Outros documentos indicam quatro fontes de financiamento dos SILOS: o tesouro nacional, principal fonte do setor público, seguridade social, setor privado (pré-pago ou por convênios) e o setor externo - agências internacionais e intergovernamentais (OPAS, 1992a, p. 31).

As observações anteriores são algumas considerações gerais da OPAS/OMS com relação aos SILOS, ficando claro a intenção globalizante desta abordagem até agora. As diversas regiões, países, e localidades desenvolvem estes princípios de formas diferentes, sendo que não são simples processos de adaptação da política global à realidade nacional, sendo mais um complexo processo de transformação das políticas globais relacionadas com forças políticas, sociais, econômicas, culturais de cada sub-região, país e localidade.

Não há assim uma única possibilidade de concretizar os SILOS, isto depende dos atores concretos e seus projetos. Por isso, faz-se necessário uma aproximação e aprofundamento teórico conceitual no processo de implementação e fortalecimento da política de

implantação dos Sistemas Locais de Saúde em realidades específicas.

O quadro anterior resume os problemas estruturais e de funcionamento que a maioria dos textos da OPAS coloca como problematização da crise sanitária nos países do terceiro mundo, e as soluções por eles apresentadas. Agora, interessa acrescentar a esta apresentação a fala, como respostas à crise de alguns dos sanitaristas brasileiros. Escolhemos aqueles, que para a experiência de São Paulo, parecem influir neste processo de delimitação dos possíveis conteúdos que os SILOS pode conter.

Antes porém, diríamos que depois fazer este percurso, a proposta SILOS coloca como eixo a APS, só que consideramos que é uma versão diferente daquela pensada para a década de 70-80. Não se trata mais de uma versão simplificada de atendimento, a proposta SILOS revê o espaço local como lugar onde se deve garantir a resolução das queixas dos pacientes, e não só como porta de entrada e de referência para outras instâncias mais complexas. Os SILOS territorial e funcionalmente incorporam o hospital. Não acreditamos que conseguirão resolver o problema de Saúde para Todos no ano 2000, já que a saúde extrapola a reorganização dos Serviços Nacionais de Saúde. No entanto, acreditamos que a proposta avança no sentido de um planejamento mais de acordo com os problemas locais, mesmo sendo este reduzido na maioria das vezes às fórmulas estratégico-situacionais, sem conexão com o planejamento de Matus e sua teoria de Governo. Concordamos que é uma proposta mais avançada que qualquer outro tipo de planejamento normativo, centralizador, aclarando que a versão do planejamento estratégico

situacional (PES) dos SILOS, por sua vez, também não se questiona com relação aos jogos e disputas pelo poder nos espaços locais.

Outro grande vazio que percebemos foi o de que as soluções investem em reformas estruturais dos serviços, mas deixam enormes "lagoas" no que se refere aos *modelos tecno-assistenciais*, ao relacionamento usuário-serviço de saúde, à relação médico-paciente. Não se questiona o paradigma atual. Acreditamos que sem repensar estes problemas, podem existir grandes reformas estruturais, mas de resultados limitados, se não se transformar interior dos problemas básicos dos serviços de saúde: compromisso com o trabalho, com a "dor" dos sujeitos, entender as necessidades das populações, dos demandantes de serviços, etc. Acreditamos que o espaço local seja o lugar que deve liderar pesquisas qualitativas e quantitativas em saúde, em que se estude até onde os serviços estão resolvendo as reais necessidades de saúde dos indivíduos.

No seguinte tema abordaremos mais profundamente estes tópicos ao apresentar o que alguns dos autores brasileiros teorizam ao respeito.

##### 5. ALGUNS "FORMULADORES" BRASILEIROS E A TEMATIZAÇÃO DESSAS SOLUÇÕES.

Encontramos importante estabelecer um diálogo com alguns dos autores Brasileiros que consideramos tiveram maior influência na discussão dos D.S em São Paulo, e direta ou indiretamente na sua implementação. Tomamos para isto os seguintes autores (Ricardo B.

M. GONÇALVES, Lília B. SCHRAIBER, Eugênio Vilaça, . MENDES, Gastão de S. CAMPOS, Emerson Elias MERHY) , estabelecendo um diálogo entre esses autores, através das suas produções teóricas e possíveis relações com o nosso tema, em específico; por considerarmos que os mesmos travam um debate bem produtivo sobre este tema.

Começaremos por Ricardo B. M. GONÇALVES. No material estudado com relação a este autor <sup>1</sup> não foi possível de modo explícito detetar como questiona o problema da saúde desta década, mas quanto ao seu objeto de pesquisa, desde a década de oitenta, é possível identificar claramente como o trabalho médico; desde as suas raízes histórico-sociais (GONÇALVES, 1984), até a sua organização social como práticas de saúde e configuração como tecnologia. Introduce conceitos muito significativos que posteriormente, sob outra ótica, serão incorporados por outros autores que os retomam e recriam, como é o caso da noção de tecnologia. GONÇALVES, não se limita à tecnologia material, como comumente a entendemos, mas como saber e saber seus desdobramentos materiais e não materiais, na produção de serviços médicos: "[...] saber como tecnológico não apenas por referência a cada ato da produção de serviços, mas em uma escala da qual não se tinha tido consciência antes de maneira adequada, como referido ao conjunto de produção de serviços". (GONÇALVES, 1986, p. 35).

Com isto, pode-se estudar as características do saber operante na produção de serviços de saúde, segundo as características

---

<sup>1</sup> Ver bibliografia: GONÇALVES M, Ricardo.

tecnológicas dos saberes disponíveis para operar tais serviços, de um lado a epidemiologia, enquanto conhecimento coletivo da doença, e o da clínica, na dimensão individual. Ricardo Bruno, opta claramente na sua proposta de reforma dos serviços pela epidemiologia, já que esta lhe permite introduzir o conceito de ações programáticas em saúde, como forma de organizar tecnologicamente os serviços.

A epidemiologia permite determinar um programa, ou seja, a possibilidade de determinar quanto, como e qual assistência médica seria destinada a uma doença, potencializando-as e sendo potencializada por elas com outras técnicas de intervenção sobre o mesmo processo que não são de assistência médica. Assim a noção de ação programática se aplica à articulação de vários programas a respeito a de uma mesma população e a seus vários problemas de saúde-doença. Corresponde, portanto, à racionalidade organizadora do centro para a periferia, sendo que a assistência individual se reduziria a um instrumento, dentre vários, às vezes melhor, às vezes o mais oneroso, para controlar o estado de saúde de uma população. No plano prático, a assistência a demanda espontânea deve ser dinamicamente subordinada à demanda normatizada, reprimida por um conjunto de medidas que têm como objetivo incrementar a saúde da população como um todo, e não apenas acudir ao sofrimento de quem estiver doente. Trata-se de normalizar a demanda espontânea através de um maior efeito da ação programática. Ação programática que para o autor não significa padronizar globalmente, mas incorpora sempre uma normatização variável de condutas, em função

de objetivos bem estabelecidos e provisórios, também variáveis portanto. Essa forma de organização do trabalho necessariamente deverá demonstrar porque uma conduta foi padronizada desta ou daquela maneira, e deve necessariamente proceder à avaliação concomitante do seu desempenho para poder atualizar suas padronizações permanentemente. Esta padronização reproduz um rol de funções operativas do trabalho, que reduz os riscos de movimentos originais e criativos dos trabalhadores.

Ele privilegia a idéia de programação sobre a de planejamento por várias razões. De um lado porque ele entende que o planejamento foi criado para otimizar a oferta de assistência médica. Para ele a assistência médica em si não produz saúde, é por esta razão que se introduz a racionalidade epidemiológica e a ação programática. Ele afirma que o planejamento é apenas consistente com o uso da Epidemiologia, porque ela é uma disciplina científica privilegiada na constituição dos saberes que operam nas práticas da Saúde Pública (GONÇALVES, SCHRAIBER, 1990, p. 37). Vamo-nos deter e refletir sobre estas colocações: a questão da tecnologia como saber é também motivo de reflexão para Emerson MERHY (1991), para ele a questão da tecnologia é uma temática profundamente fetichizada, ao ponto de converter-se em algo não alcançável, sempre denominada como algo novo, moderno, relacionado com equipamentos, aparelhos, instrumentos, esquecendo-se que os equipamentos são produto de um saber que é sempre tecnológico. Assim, para ele discutir tecnologia, é discutir sobre os procedimentos eficazes de determinados saberes e suas finalidades, nosso caso de intervenção

sobre a saúde-doença. Isto é o que faz a clínica e a epidemiologia. Introduzindo ademais , que tanto a medicina alopática como a oriental tem modelos tecnológicos, que permitem ler o corpo como linguagem, constituindo um campo tecnológico mais pesado ou mais leve. Mas ao contrário de (GONÇALVES), Merhy defende a incorporação dessas leituras para criar procedimentos tecnológicos em saúde mais eficazes, "contaminando" a medicina e a epidemiologia com essas leituras, com o alvo de produzir sujeitos mais autônomos, sejam os usuários, ou o pessoal dos serviços (MERHY, 1993a). Porque contrariamente a GONÇALVES, ele defende a produção de sujeitos independentes, que sejam capazes de detetar problemas, de criar vínculos, que acolham o sofrimento, que apostem na defesa da vida. Mas como a nossa intenção não é reduzir este pensamento, vamos deixar esta colocação para outro momento mais adiante.

Mas, para a nossa discussão o que está contido nesta colocação de ações programáticas de saúde. Para nós, há um privilegiamento unilateral da epidemiologia sobre a clínica, porque para esta concepção a Epidemiologia pode criar normas organizacionais do trabalho em saúde , com a hipótese de que a atenção a saúde pública é sempre mais eficiente que a atenção individual; por isto é que a demanda espontânea tem que ser reprimida, e privilegiada a demanda normatizada.

MERHY discorda desta abordagem dizendo: "[...]consideramos que um não atendimento à demanda espontânea é uma maneira de não incorporar o modo como o coletivo construiu a relação entre o usuário e os serviços de saúde, entre um dado cidadão e seu acesso

a determinados serviços de saúde, mesmo identificando a parcialidade deste momento. Pois, o que o serviço deve fazer e ir além desta situação, sem negá-la, isto é, deve realizar uma leitura do conjunto das demandas espontâneas a partir de instrumentais e saberes que a compreendam como fenômeno coletivo e, assim, permitir a incorporação de novas ações para compor o elenco de serviços de saúde oferecidos, em resposta à perspectiva de defesa da vida e da cidadania, em termos mais pleno" (MERHY, 1993b).

Para nós, GONÇALVES encontra na epidemiologia o "saber tecnológico" que lhe permite ler, medir, quantificar a realidade, e lhe permite uma ação efetiva sobre a saúde-doença, sempre como problema coletivo, lido na coletividade e não nas particularidades dos sujeitos que consultam individualmente. A nossa pergunta, antes de entrar no pensamento de outro autor que polemiza diretamente com este texto, é: de que fonte de dados "bebe" a epidemiologia?. A nosso entender a epidemiologia "bebe" dos resultados de morbimortalidade que a Clínica lhe oferece, bebe, das múltiplas queixas individuais. Será que um procedimento é eficaz dependendo do grau de cientificidade que ele tem?, das suas possibilidades de controle, de quantificação?. Será que se resolvem os problemas de saúde-doença negando a realidade do sofrimento representado como doença, negando a individualidade. Em resumo, negando as reais necessidades de saúde, individualmente "sentidas", que as vezes não se podem encaixar em nenhum dos diagnósticos preestabelecidos pela epidemiologia, nem só pela clínica. Para nós, existe por trás das colocações de GONÇALVES, uma concepção positivista de ciência, que

pretende "objetivizar" um objeto que foge a essa relação mensurável e quantificável, o ser humano, com suas angústias, sofrimentos, e com as suas representações da vida.

Também CAMPOS, Gastão Wagner, faz uma crítica direta a esta posição de GONÇALVES que resumidamente seria: a sua discordância aberta à hipótese de que o planejamento quando apoiado na epidemiologia é capaz de estabelecer normas organizacionais e de trabalho mais eficazes que aquelas resultantes da experiência clínica, e polemiza também com a hipótese de que haveria uma contraposição entre a atenção individual e a saúde pública.

Considera estreita e limitante a perspectiva das ações programáticas de saúde, desde o ponto de vista tecnológico, quanto aos resultados de políticas deduzidas daqueles princípios. Considera insuficiente a programação já que para ele não dá conta de todas as tarefas especificamente relacionadas aos serviços de saúde, por entender que os programas são recortes da realidade, de um conjunto de problemas sanitários definidos segundo critérios epidemiológicos, que organizam em pedaços os serviços, e que na verdade são escolhidos a partir de pressões sociais, políticas e econômicas, por uma tecno-burocracia ou pelo poder do governo. De qualquer forma, "[...] significa uma renúncia velada ou envergonhada à possibilidade de reformar a prática clínica na perspectiva da Epidemiologia e da Saúde Pública" (CAMPOS, 1991a, p. 55). E aqui nos perguntamos, será isso que MERHY esta colocando quando fala de entender as diferentes opções tecnológicas em saúde como vias de leitura, e como esses diferentes saberes tecnológicos

trabalham essas leituras. É interessante pensar como a clínica podia ter incorporado outros saberes já disponíveis para ter leituras mais próximas do que o problema de adoecer individual e coletivamente. Historicamente a psicanálise já entendeu como um possível problema a representação que o homem faz de si mesmo, ou seja, a doença sendo deslocada do corpo, para as representações.

Como abordar, então, desde a clínica meramente orgânica a enormidade de representações que temos da doença?. Concordamos que a saída não é negar a clínica, que é enfrentar o desafio de reformar a clínica; introduzindo uma nova semiologia, incorporar a leitura que a psicanálise faz da doença e a compreensão que do homem tem as diferentes áreas das ciências sociais, a linguística, a antropologia, entre outras. Posteriormente ampliaremos esta colocação.

Retomando a crítica de CAMPOS Gastão W., vale lembrar uma colocação sua muito interessante a este respeito: "Imaginar um Sistema Nacional de Saúde assentado no planejamento oriundo da Epidemiologia, que ignore o sofrimento e a subjetividade, seria construir um modelo burocrático, desumano, incapaz de captar as necessidades de saúde[...]", porque nunca se considerou que o planejamento e a gestão dos serviços trabalhasse com a questão do desejo, das aspirações e necessidades expressas de forma individual através da busca ativa por atenção. mecanismo exclusivo do sistema liberal privado"

(CAMPOS, 1991a, p. 55). Este autor defende, como vemos da anterior colocação, a gestão como componente estratégico para a

implementação do sistema público de saúde. Entre tanto como é que concebe esta gestão?.

Afirma que: " [...] a gestão é um meio para consolidar um processo de produção de ações em saúde ou para transformá-lo, sendo quase impossível levar a cabo a implantação de um novo modelo de saúde sem que a maioria dos trabalhadores esteja de acordo com as novas propostas e se empenhe em consolidá-la[...]" (CAMPOS, 1991b, p. 107). Um dos pontos que este autor mais investe é o relativo à formação de sujeitos sociais com vontade e potência para reverter o quadro sanitário brasileiro, capazes de alterarem a correlação de forças existentes e viabilizando transformações concretas no sistema público de saúde. Ele recoloca a afirmação de que o Movimento Sanitário tem se voltado mais para a elaboração de consignas políticas gerais, do que para que o poder executivo as adote, com projetos de índole reformista. Para ele, a luta pela transformação das instituições em geral e da saúde em particular, só alcançará sucesso a partir da valorização de outro plano de luta, o de revolucionar o cotidiano, ou seja, trabalhar com a idéia da existência de micropoderes de dominação/exploração nas instituições, e que possam ser questionados e até mesmo considerados contraditórios durante a organização ordinária da vida nas organizações, sindicatos, partidos. Esta revolução do cotidiano pode acontecer mesmo quando ainda não se tenha alterado o esquema mais geral de dominação a nível do Estado, da sociedade política e do mundo da produção." [...] implica reconhecer que a construção de uma nova hegemonia, de uma nova civilização depende da criação de

inúmeras situações que favorecem a constituição de atores que neguem a inevitabilidade da permanência do status quo, que entrevejam possibilidades de alterá-lo e que principalmente, sintam-se com direito de desejar essa mudança[...]" (CAMPOS, 1992b, p. 5).

Trata-se de favorecer condições para que os sujeitos se sintam capazes de autogerirem seu dia a dia, explorando ao máximo as potencialidades de mudança e respeitando os limites, os constrangimentos e as determinações histórico-estruturais de cada contexto. É uma das questões mais interessante que este autor coloca é a de que: "[...] o viver cotidiano não precisa obrigatoriamente ser aquele da repetição, da renúncia sistemática à autonomia e ao desejo[...]" (CAMPOS, 1992b, p. 6). Frase que nos faz lembrar do filme "o Feitiço do Tempo", em que para o personagem o tempo parou numa mesma data, num mesmo lugar, e ele depois de um grande esforço conseguiu transformar uma condição aparentemente intransformável, conseguiu modificar um cotidiano que era estruturalmente o mesmo. Uma das coisas fundamentais nesta transformação do cotidiano é a demonstração de que o trabalho pode ser um espaço de realização profissional para o exercício da criatividade, um lugar em que os sujeitos possam-se sentir úteis, que não tentem reproduzir modelos de praxis dominantes, tão arraigados no espaço público. Ele identifica a possibilidade de transformar os processos de gestão, atendendo as necessidades de saúde da população e às possibilidades de realização profissional e pessoal dos trabalhadores da saúde. E, isto não se trata

apenas de imaginar novos projetos tecno-assistenciais, mais sim de modificar quem os construirá e quem os implementará, transformar relações que se tem incorporado nas instituições e no cotidiano, marcadas pelo receio e a agressividade quase automática contra o outro, sempre um rival em potencial. Ou pela renúncia de ter um trabalho prazeroso, já que essa renúncia de alguma forma se vê "recompensada" com uma retribuição material que assegura um certo consumo de bens (CAMPOS, 1992b, p. 17). Deveriam-se segundo o autor instaurar projetos de gestão fundados no trabalho criativo, e na solidariedade. Sendo no cotidiano que se construiriam sujeitos autônomos, não sendo só o sujeito trabalhador dos serviços, é também ampliar a capacidade de autonomia do paciente (CAMPOS, 1992c, p.16) reforçando a sua condição de sujeitos sociais, capazes de se autocuidar e de cobrar das instituições o atendimento às suas necessidades (CAMPOS, 1992a, p. 192), e que tenham como proposta revolucionar o cotidiano por isso passa a reforma da saúde pública, da clínica, os modos de gerir e distribuir o poder nas instituições, passa pela responsabilidade e a autonomia, mas também passa pela redefinição dos critérios de cura, envolvendo formas de acolhimento do sujeito individual ou coletivo (CAMPOS, 1994, p.60), passa pelo intercâmbio conflituoso de distintas lógicas, a popular, técnico científica, epidemiológica. Em resumo "poderíamos dizer que esta alternativa aposta na construção de sujeitos sociais com projetos em permanente conflito e negociação; aposta na constituição dos serviços públicos como espaços de disputa, capazes de favorecer a progressiva constituição de usuários e de

profissionais de saúde com competência para o agir autônomo e solidário" (CAMPOS, 1992c, p. 19).

O autor se coloca a tarefa de repensar a idéia de gestão, situando-a como um movimento de descentralização e de divisão do poder, onde se faz necessário reconhecer que cada empresa pública é uma instância de disputa política, de conflito de classes, de várias concepções culturais, sociais e históricas. E que tais modelos descentralizados criem um novo estilo de sociedade, sem um retorno ao feudalismo ou às situações de anomia social. Sugere também uma ampliação prática da descentralização, por meio de uma progressiva e concomitante delegação de autonomia e de maiores responsabilidades para as equipes locais de saúde. Quer em hospitais ou ambulatórios, ou em centros de saúde, imaginando os profissionais sendo organizados em equipes, recortadas segundo o compromisso claro com um certo papel e uma certa função no sistema. E que as equipes a partir de diretrizes políticas, administrativas, assistenciais, de conteúdo mais geral, deveriam, elas próprias, definir as normas e procedimentos referentes ao desempenho de suas atribuições, incluindo a organização do processo de trabalho, seleção de meios e técnicas necessários ao cumprimento dos objetivos previamente definidos.

Essa negociação seria de mão dupla, de um lado, diretrizes governamentais e pressão social, e de outro, a autonomia como base para o estabelecimento de um contrato, onde estariam explicitados, de uma forma bastante concreta e operacional, direitos e deveres desses trabalhadores e dos clientes. Ou seja, compromissos com

indicadores de produtividade, de qualidade, de humanização e de acolhimento dos pacientes ou grupos comunitários (CAMPOS, 1992b).

De outro lado, é importante colocar aqui o que este autor aponta em relação ao planejamento em saúde, que deveria ser baseado nas necessidades das populações. E, é por isto, que defende a atenção à demanda espontânea já que esta demanda contém as expressões das necessidades que podem não ser consideradas pelos serviços normatizados e que são importantes para os indivíduos para construir suas próprias vidas, aprendidas empiricamente e fruto da experiência existencial e subjetiva das pessoas. Em resumo, "[...] se poderia concluir que os serviços de saúde teriam sempre de orientar suas intervenções não só a partir de necessidades tecnicamente identificadas, mas também da consciência sanitária de cada grupo social ou mesmo de cada usuário potencial do sistema." (CAMPOS, 1992a, p. 209).

Finalmente, e reforçando a idéia de construir sujeitos e de transformar a gestão, o autor faz uma crítica direta ao modelo SILOS: "[...] fica a sensação de que o modelo SILOS padeceria do mesmo mal que qualquer outra prescrição suposta de representar um tipo ideal. Explicando melhor: a instituição dos distritos sanitários no Brasil, por exemplo, não teria, por si só, 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 do território, da população e de pedaços do sistema, segundo tal ou qual lógica, e sem maiores alterações do modo

concreto como são produzidos serviços e como é gerenciado o cotidiano dos serviços públicos[...]", "[...] a municipalização, a divisão de sistemas locais em distritos e outras medidas até de fundo descentralizadoras só têm resultado, na experiência brasileira, em movimentos de readequação dos padrões vigentes de atenção ao novo quadro" (CAMPOS, 1992a, p. 144).

Creemos que este autor traz profundas reflexões sobre a transformação dos serviços e concordamos basicamente com seus projetos no eixo transformador. Como já discutimos, a OPAS enfatiza as mudanças estruturais de ordem administrativa e até de ordem de recursos humanos, só que não adentra nos problemas.

Para nós, é evidente que os serviços podem ser completa e inteiramente transformados, e se não se investe nos sujeitos que vivem nesses cotidianos, nada será realmente transformado. Creemos que essa mudança se tornaria possível se investisse mais em conformar novas subjetividades, com a proposta cotidiana de se poder colocar no lugar do outro, mesmo que por instantes, de se ser capaz de criticar procedimentos "científicos" que podem ser agressivos ou desumanos. Creemos que uma das mudanças fundamentais passa por alterar o plano subjetivo dos médicos apontando para a conformação de sujeitos menos alheias à dor do outro, mais atentos às suas necessidades.

Passa, também, por abrir espaços para outras concepções, outras abordagens da saúde-doença, outras terapias que também atuam junto à parte das necessidades não expressas das populações e que em algumas circunstâncias tem uma boa efetividade. CAMPOS, coloca

no seu último trabalho : "[...]seria mais adequado, como tratamento da hipertensão, os que combinassem tecnologias medicamentosas potentes para reduzir índices pressóricos, com ações voltadas para aumentar a capacidade das pessoas de escutar e de lidar com o próprio corpo, com eventuais patologias e com as condições externas que as agravam ou que lhes protegem: serviços de saúde, tensão e nervosismo no trabalho, obesidade, tabagismo etc.

Isso exigiria de cada equipe de saúde uma abordagem mais integral e holística de cada caso, levando-as a superar, na prática, o mecanicismo biologicista e reducionista que vem sustentando teoricamente a degradação da clínica." (CAMPOS, 1994, p. 51).

Consideramos interessante esta nova visão deste autor que possibilita abrir espaços para visões do processo saúde-doença fundamentadas em outros paradigmas e que, como ele diz, permitiriam, com um devido estudo, superar a visão positivista atual da clínica e da saúde pública.

Um pouco para contradizer o anterior queremos agora entrar em alguns outros autores, que para a experiência de implementação dos SILOS em São Paulo foram muito importantes. Neste caso destacam-se as principais idéias, sobre este, tema de MENDES, E.V.

Para começar ele conceitua a crise em saúde como o esgotamento de um paradigma sem a consolidação de um outro que substitua o anterior. Dessa forma os paradigmas organizacionais esgotaram-se e ainda não foi possível estabelecer um outro. Para ele, a construção de um novo paradigma, que denomina de estratégico-descentralizado, exige o exercício de definição de um

modelo assistencial informado pelos princípios do SUS: integralidade, eqüidade, direito a informação, base epidemiológica e participação comunitária. Para isso, a implantação desse modelo assistencial deve-se fazer com base territorial, que busque impactar favoravelmente os níveis de saúde da população, sendo esta a proposta dos distritos sanitários entendidos como processo sociais de mudança das práticas sanitárias no interior do SUS (MENDES,E.V, 1992a, p. 101).

Sendo que para ele " [...] o distrito sanitário corresponde em nosso País, ao que, internacionalmente, como consequência da Resolução XV, da XXXIII Reunião do Conselho Diretivo da Organização Panamericana da Saúde, em 20 de setembro de 1988, denominou-se de Sistemas Locais de Saúde: SILOS." (MENDES,E.V, 1993, p. 93).

Os distritos sanitários, para este autor são a via de uma real municipalização, onde exista transferência de gestão e uma mudança do paradigma assistencial. Além disso, os distritos sanitários mais que entes políticos, jurídicos, são processos sociais de transformação das práticas sanitárias, que se dá na singularidade de cada espaço local.

Tais distritos, na grande maioria do Brasil, é entendido como uma divisão topográfico-burocrática, em que se toma um território e o divide em fatias, e nomeia-se um gerente, reproduzindo as formas administrativas e os modelos gerenciais, predominantes no país. Um outro modo, é tomar o distrito como um espaço de processos sociais, de transformação radical das práticas sanitárias que imigram de um modelo hegemônico pela clínica à um modelo

hegemonizado pela epidemiologia. Espaço em que se estabelecem relações entre instituições de saúde pública e privadas reorientadas de acordo com os princípios de equidade, democratização e de outros grupos sociais com suas necessidades, suas representações delimitadas por um território. Ele divide os territórios em: primeiro, território distrito, correspondente à área de abrangência do distrito sanitário, e que corresponde a uma lógica político-administrativa; segundo, o território área, que corresponde a área de abrangência de cada unidade ambulatorial, de atenção à demanda, e terceiro, o território micro-área, já que os territórios não são homogêneos, e sendo que os problemas se distribuem de forma assimétrica no espaço, se faz necessário estudar a micro-área. E, finalmente, o território moradia, que é aquele da micro-unidade social, onde as pessoas vivem. E como a proposta é de mudar o modelo para uma hegemonização da epidemiologia, nesses territórios moradia se deveriam descobrir grupos homogêneos do ponto de vista econômico-social e como esses grupos se localizam no espaço. Para isso, o instrumento já não é mais a geografia e sim a epidemiologia, obviamente que esse é o território objeto da vigilância a saúde (MENDES, E.V, 1992b, p. 70). Mas, este território moradia se institue no espaço da micro-unidade social (familiar), como "locus" para o desencadeamento das ações de intervenção sobre algumas causas dos problemas e seus efeitos.

De outro lado, na perspectiva de saúde, um distrito sanitário só tem sentido na medida em que ele impacte problemas, sendo que problema se definiria como a formulação para um ator social de uma

discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma aceita ou criada por referência, definição de problema em parte tomada do planejamento estratégico situacional de Matus. Sendo que os problemas são identificados por atores sociais, que representariam, o mundo desde sua perspectiva social, política e /ou técnico científica. Assim, neste processo de distritalização procura-se trabalhar com um enfoque por problemas, sendo que a interface entre território e problema é o processo de desvendamento do território, transformando-o de paisagem em campo problemático. Isto é, esquadrihar o território, entendê-lo na sua essência, explicando-o como lugar de grupos portadores de determinadas necessidades, demandas, representações, singularizadas naquele lugar, é o que permite transitar de paisagem para problema.

Enfatiza a importância de construir um perfil de saúde-doença de um grupo populacional que resulte das suas condições objetivas de existência, do conjunto de processos que reproduzem a forma particular de inserção deste grupo no processo de produção social em um momento histórico e em um espaço de tempo determinado.

Os problemas, para este outro dividiriam-se em problemas terminais e intermediários, sendo que os primeiros se definiriam segundo um padrão epidemiológico de uma dada população, expressos em indicadores de morbi-mortalidade, enquanto que os problemas intermediários poderiam ser considerados como aqueles existentes no âmbito do sistema de serviços de saúde que devem ser resolvidos para que se possa intervir sobre os problemas terminais, sendo estes últimos os problemas principais em um dado distrito

sanitário.

Outro conceito chave que orienta a organização dos distritos é o de enfrentamento dos problemas do distrito pelas práticas sanitárias, entendidas como o conjunto de processos de trabalho, que enfrentam os problemas contínuos e respondem aos problemas de índole ocasional.

Essa vigilância à saúde intervêm sobre determinantes e condicionantes dos problemas incorpora ações de caráter individual ou coletivo, sendo prioritária em relação à atenção à demanda. Em resumo: "[...] não se pode pensar essa proposta de vigilância à saúde descontextualizada de um território de problemas e processos de trabalho em saúde, porque a vigilância à saúde que aqui se propugna, não pode concretizar-se sem os problemas de enfrentamento contínuo e deve, necessariamente articular em operações os processos de trabalho em saúde estruturados pelo modelo sanitário." (MENDES, E.V, 1993, p. 159). Estas seriam algumas das colocações que este autor nos traz em relação a os SILOS, mas seria interessante tentar refletir um pouco sobre isto.

A transformação dos Serviços Nacionais de Saúde e a resposta que se deve construir à crise, pela via da implementação dos SILOS, e com isto, segue sendo um enfoque de modificação das grandes estruturas.

Perguntamos então, será que a epidemiologia, mesmo a versão mais inovadora, a epidemiologia social, dá conta das necessidades que os atores de um determinado território expressam?, ou indo mais fundo, será que dá conta das necessidades, que ao fazer da paisagem

um problema, surgem?. Porque, aí, nos deparamos com os problemas que não passam pela peneira já conhecida, das pessoas que consultam um serviço de saúde. Como saber quais são os problemas terminais?, será que isso é fazer da paisagem um problema?, ou isso é impor à paisagem um ou vários problemas, desde uma estreita ótica, a da epidemiologia, ao colocarmos a definição de problema como o das necessidades das populações?.

Queremos começar aclarando que, transladar o modelo de práticas de saúde de um modelo hegemônico pela clínica para um hegemônico pela epidemiologia, mais do que um avanço é um retrocesso. A epidemiologia não avançou o suficiente para dar conta das necessidades "reais" das populações. Esse conjunto de necessidades expressas e não expressas, aquelas que um bom clínico pode as vezes "intuir" e que o próprio paciente representa.

Queremos dizer que essa colocação está firmemente arraigada num conceito de saúde-doença claramente biologicista, que pretende entender a realidade por apenas um pequeno marco de análise, qual seja a epidemiologia. Porque não pensar em transformar a clínica, porque não pensar em fazer também da clínica um instrumento poderoso para atingir os reais problemas de saúde das populações, e não somente a via para concluir um diagnóstico fechado previamente catalogado?. Acreditamos que a via de transformação para o paradigma é a incorporação à clínica de uma semiologia moderna que abandone conceber o homem como meramente biológico; e que o social, o mental, não sejam só enfeites que se colocam ou se tiram dependendo de quanto o "quadro" seja ou não mais semelhante

ou diferente ao já descrito num livro. Para nós, não deve-se abandonar a clínica, é ela que deve ser transformada. Dela podem surgir novos dados, nela pode-se encontrar a riqueza cotidiana que cada paciente contém. Porque, mesmo que os territórios sejam convertidos em territórios moradia, perguntamos como desde a epidemiologia se abordariam as reais necessidades de uma família nordestina, numa favela de São Paulo, que concebem, pela alta incidência de diarreia no seu local de origem, esta doença como normal?. Que valor epidemiológico vai ter esse dado?. Entendemos que o paradigma só será mudado quando deixe de abordar o ser humano como portador de aflições exclusivamente biológicas, é possa entender que os seres adoecem também pelas suas representações, como há muito tempo Freud magistralmente explicou e teorizou.

Creemos que a via de transformação da clínica passa por construir uma nova semiologia, mas de acordo com a semiótica e a linguística atual, que permita ler no corpo de um paciente parte de sua história, que sua forma de andar pela vida nos sejam dados sobre o que realmente está lhe acontecendo e não meramente dar um rótulo.

Entretanto, não se deveria limitar ao que está acontecendo com o paciente. A clínica deveria procurar entender a frase: "Onde há um sujeito psíquico, em todas as atividades humanas, há transferência" (BAREMBLITT, 1991, apud CAMPOS, 1992a, p. 186). Queremos dizer, que a clínica deveria incorporar elementos que garantissem ao médico uma permanente reflexão sobre os processos interiores que a "dor" e a realidade dos pacientes gera nele.



Porque não se pode desconhecer que a relação clínica acontece num claro encontro de subjetividades, e que só a área mental possui elementos para essa reflexão. Consideramos que estes deveriam ser incorporados à prática cotidiana da clínica.

De outro lado, passa também por entender que: " [...] a tecnologia está nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo humano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos. É isto que faz a clínica e a epidemiologia na área médica.", É interessante ver que todas as opções tecnológicas em saúde procuram ler-nos, por tanto para elas somos linguagem, e seria interessante ver como cada um trabalha com esta linguagem e constitui seu campo tecnológico, mais pesado ou mais leve"(MERHY, 1993b, p.5).

Queremos dizer que a renovação do paradigma da clínica poderá criar necessidades para a epidemiologia se transformar, que também podem passar pela necessidade de incorporar outras tecnologias em saúde diferentes das do campo da medicina alopática.

Creemos que é muito estreito o campo de visão da epidemiologia atual para captar as necessidades das populações. É interessante colocar aqui o que Gastão W.de Souza Campos fala a respeito:"[...] muitos a partir destes referenciais (Foucault, Jean Clavereul) passaram a repudiar a clínica em sua essência, propondo sua substituição por inúmeros programas inspirados na Saúde Pública e na Epidemiologia. E que seria no fundo, a tão moderna alternativa da Vigilância à Saúde, hoje apresentada como uma panacéia, como via

para a construção de uma tal de "saúde cidadã", senão uma reedição empobrecida destas parcialidades ?"(CAMPOS, 1994, p. 36).

Alguns grupos na Colômbia inquietos com este problema das necessidades reais de saúde expressas e não expressas nos serviços de saúde conseguiram criar um marco mais amplo para a transformação da paisagem em problema, mas a metodologia não foi a Epidemiologia, foi a história. No levantamento da história dos bairros de cobertura dos postos de saúde de um território determinado em Bogotá, conseguiram entender a dinâmica real dessas populações, desde a constituição do espaço até pessoas que trabalhavam com outros tipos de representações de saúde-doença procurados pelas populações. Permitindo trabalhar com mulheres parteiras, com massageadores curadores, e com as diferentes formas das pessoas enfrentar problemas de grande incidência, diarreias, infecções respiratórias, urinárias, desde outras "terapêuticas". Tudo isso na reconstrução oral das histórias de construção dos bairros, por meio de entrevistas com os moradores, recuperando o uso da fonte oral para a construção histórica (CASTRO, PEDRAZA, 1989, p. 13). cremos que a história é muito mais eficiente para desvendar as necessidades reais das populações, quando queremos falar de saúde e não somente de doença. Como coloca QUEVEDO, Emilio num dos seus trabalhos com relação a este tema: "[...] la historia del sujeto en su colectividad, en medio de los complejos fenómenos sociales, económicos, políticos y culturales de la sociedad a la cual pertenece, comenzaría a jugar un papel trascendental en el proceso semiológico médico, intentando ir más allá de la historia natural

de la enfermedad para profundizar en la historia del sujeto socio-histórico que se enferma. En otras palabras, intentar la construcción de una nueva semiología médica que reinterprete el orden biológico desde la complejidad del desorden social que lo transgrede, en cada uno de los sujetos, pero también en las colectividades humanas." (QUEVEDO, 1990). E agrega HERNANDEZ, Mario neste sentido:" [...] esto implica nuevos procesos de comunicación con los sujetos y las colectividades, en los que la transformación de la mirada médica sería inevitable; es decir, se trataría de momentos de mutua exploración y mutua transformación en el encuentro médico-paciente, hacia la mejor interpretación y superación de la realidad de enfermar. Así ,la participación del paciente y de las colectividades sería central, ya no para cumplir con indicaciones, ni para someterse a las propuestas del saber científico, sino para la búsqueda de alternativas conjuntas frente a un malestar valorado, desde diferentes perspectivas, como enfermedad." (HERNANDEZ, 1990). E para concluir:" [...] a importancia de reconstituir a historia "desde abajo", reside em la posibilidad de descubrir la lógica de la acción e interpretación de la realidad que tienen los propios protagonistas. A la luz de una observación cuidadosa de la vida cotidiana, de su historia y de su memoria colectiva, será posible impulsar nuevas formas de organización popular que recojan esta compleja experiencia vital y planteen propuestas políticas que los incorpore como sujetos sociales, al reconocerse personajes responsables de un pasado, de una experiencia. En la elaboración y diagnóstico sobre la realidad

que hacen instituciones , partidos, gremios, organizaciones, es fundamental reconocer el rol que juega la investigación histórica desde los actores sociales. es decir, la manera como los individuos interiorizan, procesan e interpretan la realidad." (BLONDET, 1990, p. 87).

Este é um tema a ser trabalhado, que esta sendo construido e que achamos interessante colocar aqui, para entender que as vias de aproximação à realidade da saúde-doença das populações nem sempre são a epidemiologia ou a clínica, e que na incorporação de outras metodologias, também poderia estar a luz no fundo do túnel que estamos procurando.

Seguindo com os autores, e para finalizar, queremos colocar algumas das principais idéias com relação à reforma da crise da saúde que Emerson Elias Merhy traz a esta discussão. Ao longo dos seus trabalhos encontramos várias colocações de crise, mas escolhemos algumas que ao nosso parecer são mais relevantes: "Não bastasse a profunda crise do Estado no Brasil, que por si só já é suficiente para gerar uma enormidade de problemas nas instituições de saúde, convivemos com uma ordem de outros problemas que também alteram intensamente a capacidade dos serviços de saúde em cumprirem o seu papel de instrumentos a serviço da vida individual e coletivas. Ao lado da falta de dinheiro[...]da intensa campanha neoliberal para desmoralizar qualquer ação competente por parte do setor público;[...] convivemos com uma profunda crise de falta de eficácia e efetividade dos serviços de saúde." e segue, "[...]inúmeros são os exemplos que mostram a desumanização

dos serviços em relação a clientela; a falta de cumplicidade dos trabalhadores da saúde com o sofrimento dos usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde; a intensa desigualdade no atendimento à clientela entre os diferentes estratos econômico-sociais, reafirmando a existência de tipos diferenciados de cidadanias; o privilegiamento dos sujeitos que mais pagam, no acesso do que melhor se tem no setor saúde; o baixo impacto das ações de saúde nos principais problemas da população e a pouca contribuição para a melhoria da qualidade da vida das pessoas inclusive muitas vezes ocorrendo o contrário, uma piora dos indicadores que revelam o aumento de doenças evitáveis e erradicáveis[...]. Este quadro tem estado presente cotidianamente na vida das instituições de saúde, no Brasil, e tem se expressado não só na total insegurança da clientela no tipo de atendimento do qual muitas vezes está sendo vítima, mas também na profunda crise de realização do conjunto dos trabalhadores do setor saúde(...). Percebemos que se não alteramos 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 , não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde. Assim, temos como um dos grandes desafios a busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e construir uma relação do trabalhador com os usuários, efetivos e potenciais, do sistema de atenção à saúde" (MERHY, 1993a).

Já nesta colocação estamos entendendo que ao contrário da OPAS o das colocações de MENDES, Eugênio e de alguma forma

GONÇALVES, Ricardo , este autor sem desconhecer os problemas macro-estruturais, opta conscientemente por trabalhar e pesquisar os cotidianos de trabalho em saúde, os relacionamentos, a gestão, o planejamento, com um objetivo claro, a partir dos sujeitos que neles trabalham , "[...] na construção de uma outra maneira de assumirmos o compromisso que temos cotidianamente diante do cuidado à saúde. Temos que colocar todas as opções tecnológicas de que dispomos em termos de conhecimento a serviço do usuário" (MERHY, 1993a).

Aqui, queremos aclarar o que o autor entende por tecnologia em saúde. Ele discorda da colocação da tecnologia como algo sempre novo e instrumental, para ele são procederes eficazes de determinados saberes conforme finalidades pré-definidas. Deste modo, a medicina oriental é tão tecnológica quanto a ocidental alopática, já que além de desenvolver uma leitura sobre a saúde-doença, cria processos específicos de trabalho para intervir nessas dimensões, trabalhando com um campo tecnológico mais pesado ou mais leve, na busca de uma finalidade básica que é a "cura".

Permitindo pensar assim, no que significa constituir as pessoas como linguagem e as suas relações intersubjetivas como fonte de riqueza para a construção de procederes tecnológicos eficazes em saúde, e a vantagem de contaminar a medicina e a epidemiologia com esta dimensão, ajudando à produção de sujeitos autônomos.

Compreendemos como importante esta colocação, já que ela permite incorporar aos serviços outras tecnologias que em várias

ocasiões tem algo a dizer com relação a um processo saúde-doença de um ou de vários indivíduos. Como cremos que a medicina e os serviços de saúde não podem se fechar ao conhecimento da clínica e da epidemiologia e que devem-se abrir à visão da história e, em geral, das ciências sociais como fonte de conhecimento das populações, também dentro dos serviços outras formas de abordar a saúde-doença devem fazer parte das opções tecnológicas que uma pessoa pode ter. Estamos falando do que MERHY denomina como campo tecnológico mais leve, e que recebe também outras denominações mais comuns; como por exemplo, medicinas alternativas. Escutar conscientemente o que esses outros saberes tecnológicos nos falam pode ser uma das vias de transformação da clínica e da epidemiologia, como de fato serve para a produção de sujeitos mais autônomos com relação a transformação de suas queixas. Mas este tema complexo, vale um real aprofundamento que não estamos em condições de fazer, e que não seria o objeto desta dissertação, mas que entendemos como muito interessante de ser analisado em outros estudos.

Nessa construção de transformar o cotidiano dos serviços e montar um projeto de ação, aponta a necessidade dos atores partirem da capacidade de "escutar os ruídos" desse cotidiano, não em atitude passiva, mas sim problematizando-os."[...] escutando os ruídos que os problemas colocados pelos diferentes atores em peleja apresentam, conforme os projetos em disputa e o nosso recorte da realidade" (MERHY, 1994, p. 117). Levantando, assim, algumas questões centrais para melhorar o desenho tecno-assistencial dos

serviços de saúde, e que sintetiza nos seguintes itens: acesso, acolhimento, vínculo, resolutividade e autonomia.

Quanto ao acesso: descreve vários itens, entre os quais fala do tratamento humanizado da demanda, procurando-se dar respostas a todos os demandantes, discriminando urgências, entre outras.

Coloca que na verdade a reflexão que o coordenador de uma unidade de saúde

precisa provocar é a de ,como conseguir dar resposta ao sofrimento e à ampla dimensão dos problemas de saúde, na sua área de abrangência, com o que dispõe, criando soluções tecnológicas e se responsabilizando por isto?. Aponta como necessário, neste redesenhar o modelo de atenção à saúde, uma segunda questão, que se relaciona com o vínculo, que se deve construir com a população desse território, refletindo sobre a responsabilidade que a equipe tem com cada usuário da sua área de abrangência e com os tipos de problemas que eles apresentam. Para se criar vínculos deve-se ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizemos com a sua demanda, permitindo a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador, que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. Esta relação do vínculo passa por uma outra categoria que o autor aponta, e que é a questão do acolhimento, como relação humanizada, e de compromisso com o portador de sofrimento e, finalmente, a resolutividade, que não se limitaria a ter uma conduta apropriada, mas a de usar tudo que se dispõe para eliminar o sofrimento e no limite as causas reais de produção do problema do paciente. Dentro disto, permite construir

uma abordagem da atenção integral dos problemas de saúde (MERHY, 1994, p. 138).

Creemos que estas questões levantadas por MERHY, aparentemente fáceis, são uma das bases para a construção de sujeitos que se coloquem diante da vida e da morte de uma forma diferente, mais compromissada. Em geral, vemos que os discursos dos trabalhadores são diferentes da prática e seria interessante refletir como no cotidiano estão trabalhando, individualmente e no coletivo de trabalho ao nível das instituições de saúde.

Discutir o processo de trabalho torna-se fundamental, identificando-se quais são os papéis dos diversos profissionais, em relação ao projeto construído, e comprometendo-se com certas responsabilidades em torno de resultados definidos coletivamente, no espaço público dos serviços. O pano de fundo está dado pelo projeto de governo que orientou o projeto de discussão e pelos coordenadores dos espaços de gestão. A conversa deverá ser permanente visando trabalhar criativa e cotidianamente o projeto. "Dessa forma cada um se apropria do seu trabalho de modo coletivo, torna-se responsável pelo produto final e pelos resultados, torna-se agente e sujeito. Todos são capazes de criar, de dar respostas positivas, quando estimulados e valorizados amplamente e não só economicamente" (MERHY, 1994, P. 140). Em resumo, o que MERHY aponta é que não basta aumentar os recursos num sistema de saúde, se não se modificar o modo de gerir os serviços e de se trabalhar em saúde. Esse gerir está intimamente relacionado para ele com o modelo tecno-assistencial, que se apoiam numa

dimensão assistencial e numa outra tecnológica, para expressar-se como um projeto de política, articulado a determinadas forças em disputas sociais. Considera que os modelos tecno-assistenciais são projetos de políticas que contém a possibilidade: "[...] a gestão democrática (co-gestão entre usuários organizados, prestadores de serviços e governo); da saúde como direito de cidadania e o serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva" (MERHY, 1993B).

Para ele a organização do trabalhador coletivo dentro de um espaço público se faz no processo de criar uma co-gestão das ações de saúde a partir da participação paritária entre governo, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde, nos Conselhos Municipal e Locais. De outro lado, a organização de colegiados de gestão nas instituições, que permitissem dentro de estratégias governamentais construir um processo cotidiano de gestão dos serviços.

Encontramos a abordagem deste autor é muito importante já que abarca desde a configuração do sujeito dentro do serviço, discutindo questões tão importantes como acolhimento, vínculo, e outras já mencionadas, que se tornam vitais na reforma do modelo tecno-assistencial. Se realmente se incorporassem estas questões, conscientemente acreditamos que mesmo um serviço com poucos recursos daria um atendimento aos usuários muito diferente. Ele além de dar ênfase nos sujeitos também trabalha com modos coletivos de gestão, (colegiado de governo), com um projeto claro de saúde, e o levantamento dos problemas tanto de usuários quanto dos

trabalhadores em saúde. cremos que é uma abordagem muito rica, da qual só colocamos alguns dos pontos, e que configura tanto usuários mais autônomos na forma de enfrentar sua doença quanto trabalhadores de saúde mais autônomos e mais conscientes e compromissados com o trabalho (Ver MERHY, E, 1993, Atuar em Saúde).

## CAPÍTULO II

### CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO 1989-1992.

#### 1. A REFORMA SANITÁRIA COMO EIXO TRANSFORMADOR DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.

Para entender o processo de implementação dos SILOS em São Paulo, e especificamente entender os atores e o que significa o Sistema Único de Saúde, se faz necessário rever um pouco da história da reforma sanitária como ponto transformador das políticas de saúde no Brasil. Acreditamos que não acrescentaremos nada novo a esta história, mas consideramos importante dar uma idéia global do que foi esse processo e a conjuntura em que se deu.

Desde 1964 até a década de 80 o Brasil viveu, um longo período de governos militares, nos quais muitos dos mecanismos democráticos de representação política foram abolidos e substituídos por um processo decisório centralizado (TRIXEIRA, S.F, MENDONÇA, 1989, P. 201).

Na década de 80 inicia-se a alteração deste processo: "A reorganização do país em direção à um estado de direito, desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa. A partir das eleições de 1982 as negociações entre as forças mais conservadoras

e moderadas politicamente se sucederam, na busca da ampliação da 'abertura democrática'. Estas negociações, colocaram em plano secundário, quase excluídos, mesmo do processo de discussão os sindicatos e partidos de esquerda, recém saídos da clandestinidade"(MADEL, 1991, p. 28).

Os governos militares, em associação com os capitais transnacionais e nacionais, alcançaram um grande êxito econômico, que gerou formas de articulação entre a burocracia pública, civil e militar, e a privada, defendendo os interesses privados dentro do próprio aparelho estatal. No caso da assistência médica, aprofundou-se um processo de privatização da política pública.

Na década de 70 a organização do sistema de saúde estendeu a cobertura médico-previdenciária, que já vinha sendo criada desde a década de 30, atendendo as populações trabalhadoras urbanas, porém estendendo-se inclusive para parte dos trabalhadores rurais. Esta atenção orientou-se em termos de lucratividade, propiciando um processo de empresariamento da medicina, através da contratação de prestadores de serviços de saúde privados, pagos com os recursos previdenciários.

O modelo de atenção reorienta a política nacional de saúde para uma prática médica curativa - individual, viabilizando um complexo médico industrial com a crescente expansão da base tecnológica na rede de serviços e o alto consumo dos medicamentos (TEIXEIRA,S.F, MENDONÇA, 1989, p. 200 - 4).

" A necessidade de estender a assistência médica individual, a custos baixos, a maioria da população brasileira, passou a ser

uma das linhas mestras da política de saúde oficial. Ao mesmo tempo, diante de alarmantes crescimentos de problemas coletivos, como o incremento da mortalidade infantil nos grandes centros urbanos, tornou-se inadiável a superação da incapacidade da Saúde Pública de controlar os principais problemas coletivos de saúde"(CAMPOS, 1991, p.90).

Implementou-se uma série de medidas objetivando tornar as ações de saúde mais abrangentes, racionais e modernas, sem que com isso se alterasse o padrão privatista curativo. Começou neste período uma preocupação com a extensão dos programas materno-infantis, cobertura vacinal, controle de TBC, hanseníase, influenciados pelos preceitos da Medicina Comunitária e pelas recomendações da OMS, relativas ao desenvolvimento da APS

É neste contexto, meados dos anos 70, que surge o Movimento Sanitário, "principal ator na condução das medidas reformadoras" (TEIXEIRA, S.F, MENDONÇA, 1989, p. 204), tendo como base para o seu surgimento três vertentes, derivadas da introdução do pensamento médico-social : o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); os movimentos de médicos residentes e de renovação acadêmica; e a academia. Este movimento adquire organicidade quando é fundada uma rede de sujeitos com uma matriz discursiva que trabalha com os conceitos de saúde/doença como processo social, historicidade do processo e de determinação social da organização da assistência. "Como conceitos estratégicos o movimento sanitário adotará a partir dessa abordagem médico-social a prática política e a consciência sanitária como parte da

consciência social na procura, a partir dessa prática, de uma transformação social" (SCOREL, 1987, p. 333 apud CECILIO, 1994, p. 15).

O Movimento Sanitário não se limitou à teorizar. Foram criadas alternativas à prática dominante nos serviços de saúde, através do desenvolvimento de projetos de "Medicina Comunitária".

Do mesmo modo foram desenvolvidos projetos experimentais em regiões mais pobres, por meio de convênios de Secretarias de Saúde com organismos internacionais, mas permanecendo à margem do sistema de saúde, onde predominava a política de privatização já referida.

Política e ideologicamente o Movimento Sanitário se inspirou na experiência italiana (TEXEIRA, MENDONÇA, 1989, p. 205). Nesta vertente intelectual, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, que passou a editar a Revista Saúde em Debate, 1976.

Esta é uma instituição que apoiou o processo de divulgação, discussão e politização da proposta de reorganização Sanitária do Sistema de Saúde em nível nacional.

Mas o Movimento Sanitário se desdobrou em distintas intervenções, sendo que a maior parte delas não teve a capacidade de ampliar suas bases de apoio, de forma a abranger os principais interessados na mudança da política de saúde: a população, que apresentava um baixo nível de organização e participação política. Embora carecendo de um apoio substancial por parte dos usuários, não abriu mão de sua estratégia de politização da discussão da saúde, ao lado da organização de um bloco de forças oposicionistas

em torno de um projeto reformador, além da ocupação progressiva dos espaços políticos que foram se tornando disponíveis (TEIXEIRA, S.F, MENDOÇA, 1989, p. 216).

"Pela fragilidade de articulação do movimento sanitário com o conjunto das classes populares, uma certa ênfase na vocação "congênita" que o Movimento Sanitário teria de ocupar espaços institucionais, de fazer "entrismo", até como parte do processo de construção de sua identidade e organicidade. Algo como se o Movimento encontrasse sua organicidade, e construísse sua identidade, no processo mesmo de ocupar espaços institucionais disponíveis e fazer aí exercícios de contra-hegemonia" (CECILIO, 1994, p. 16).

A reformulação do sistema de saúde, com o objetivo de fortalecer o setor público na prestação do cuidado médico, moveu-se em três direções básicas: politização da questão saúde, alteração da norma constitucional e mudança do arcabouço e das práticas institucionais.

A convocação pelo Ministério da Saúde à realização da VIII Conferência, reforçou a politização da discussão sobre a saúde. O evento em nível nacional foi um trabalho de organização, em todas as unidades federadas, dos profissionais de saúde, intelectuais, sindicatos e centrais de trabalhadores, movimentos populares e partidos políticos. Estas forças sociais fizeram-se representar no plenário da Conferência, garantindo à proposta elaborada no relatório final a legitimidade e o apoio político a "um verdadeiro programa para a reforma sanitária", na medida em que resultou de um

exaustivo debate em torno das demandas específicas das diferentes forças sociais presentes (TEIXEIRA, S.F, MENDONÇA, 1989, p. 219).

É assim, que durante esse período da chamada Nova República, pode-se assinalar dois eventos importantes na área da saúde: a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília 1986, reunindo cerca de 4000 pessoas para discutir a "reforma sanitária" a ser implantada pelo governo, e a instalação da Assembléia Nacional Constituinte, um ano após, que deveria incluir os princípios fundamentais da reforma sanitária

na nova Constituição Brasileira, finalmente sancionada em 1988. As discussões se centraram sobre questões fundamentais como:

- a- As finalidades;
- b- As diretrizes;
- c- Os métodos que deveriam nortear a reforma sanitária; e,
- d- Sobre as estratégias e táticas políticas a serem assumidas para assegurar a irreversibilidade das conquistas da reforma.

Foi sobre esses pontos mais gerais que se manifestaram grande parte das divergências, mas também sobre outros mais específicos, concernentes a conteúdos dos programas, diretrizes e prioridades a atingir com a reforma (MADEL, 1991, p. 31).

Entre os pontos mais específicos destacam-se: a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor:

- a- Saúde como direito : Na reforma sanitária se definiu saúde em seu sentido mais abrangente, como a resultante das condições gerais

de vida, no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, e não como um conceito abstrato.

Direito à saúde significaria a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção de saúde, em todos os seus níveis.

Contudo, esse direito não se materializaria simplesmente por sua inscrição formal no texto constitucional, mas na necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios de efetivá-las.

O conceito é amplo, envolvendo, por exemplo a noção de direito como conquista social, emergindo a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir: trabalho digno, alimentação, moradia, educação, meio ambiente adequado, transporte seguro, repouso, lazer, participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, direito a liberdade, acesso universal e igualitário aos serviços em todos os níveis.

E para cumprir com estas responsabilidades básicas do direito à saúde, o Estado teria que adotar políticas sociais e econômicas que propiciassem melhores condições de vida, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, e descentralizado aos serviços em todos os níveis (TEIXEIRA, S.F, MENDONÇA, 1989, p. 218).

Este é um aspecto fundamental da VIII Conferência, a

definição do princípio do "Direito à saúde como dever do Estado" consagrado no relatório final, que põe em evidência a demanda da sociedade pela universalização da atenção à saúde e pela constituição de uma base estatal para o Sistema de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 3-4).

**b-Reformulação do Sistema de Saúde:**

- A unificação institucional dos Serviços de Saúde: Este é um dos pontos específicos que estava sempre no centro das discussões, desde o início da década de 80. Ele trata da unificação das instituições e serviços de cuidado médico em um só ministério, o da saúde, que deveria ser evidentemente, o responsável, o gestor e executor da reforma sanitária, assim como em de toda a política de saúde futura.

Abria-se, portanto, a possibilidade de superação de um modelo dicotômico entre saúde pública e atenção médica curativa, por meio de um modelo integrado de medicina preventiva e cuidados médicos individuais previdenciários, possível somente na medida em que existisse integração entre as instituições ligadas aos Ministérios, da Saúde e da Previdência Social.

Deve-se sublinhar que a unificação institucional objetivava a superação da repetição, competição de programas e a possibilidade de controlar financeiramente serviços e programas de saúde. E, finalmente, a retomada pelo Estado na direção da política de atenção médica previdenciária.

Mas, todas essas possibilidades concretas de mudança

Institucional confrontavam-se com velhas resistências instaladas nos aparelhos estatais, e com grandes interesses econômicos e sociais.

Apesar de todos os obstáculos, venceu a tendência para a unificação dos serviços de saúde em torno do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) na Previdência Social a partir de 1987 e, com a nova Constituição a proposição do SUS (Sistema Único de Saúde).

- A descentralização dos Serviços de Saúde: Prevaleceu a visão de descentralização institucional como desconcentração efetiva do poder nas instituições de saúde. Como consequência dessa visão, pode-se observar o crescimento de uma percepção social na necessidade de "transparência de decisões" no setor público.

Deve ser citada a reivindicação por parte dos profissionais da área de saúde, de uma transferência efetiva de responsabilidades, com poder de decisão, para Estados, Municípios e Distritos; ao contrário da tendência centralizadora historicamente dominante desde o início do século, fortalecendo assim o papel dos Estados e Municípios.

Assim, a descentralização institucional em saúde, teria a possibilidade de superar a concepção puramente geopolítica do processo, superando a tendência a limitar a descentralização aos aspectos meramente executivos da política institucional.

Nesse sentido, é que "o projeto de reforma sanitária propunha em 1986, baseada na experiência das Ações Integradas de Saúde, de 1983, a existência de 'conselhos municipais', e

'interinstitucionais' de gestão e na avaliação dos serviços de saúde. Em termos de discurso institucional pode-se dizer que se trata de um fato político novo, original na história das políticas de saúde.

Esses fatos, aliados à orientação de tomar como base experiências piloto locais (ao invés de partir de uma norma central niveladora e imperativa, como é habitual nas políticas sociais brasileiras), resultaram no tema da descentralização no contexto da conjuntura atual de transformações políticas no Brasil:

- A participação popular nos serviços de saúde: "O que é importante observar, é que foi a busca por parte do Movimento Sanitário, da superação da categoria 'participação comunitária', herdada dos discursos desenvolvimentistas e populistas, pela qual se tinha como projeto a adesão da clientela aos programas destinados à população alvo. Programas elaborados por uma tecnoburocracia. Nesse sentido, a participação popular, reivindicada pelo movimento da reforma sanitária, propunha medidas concretas a serem tomadas pelo Estado no sentido de garantir a democratização das decisões, nos níveis do planejamento, da gestão, da execução e da avaliação dos serviços e programas de saúde. Mas, este projeto de participação defrontou-se com obstáculos, como orientações políticas divergentes, e a tendência secular à centralização e à concentração do poder institucional." (MADEL, 1991, p. 31).

Este avanço na mobilização social pela definição de um programa detalhado e aprofundado para a reforma sanitária, apontado pela VIII Conferência se reproduziu durante os trabalhos

da Assembléia Nacional Constituinte .

No âmbito da elaboração da Constituição, de novo, se enfrentaram vários interesses do setor saúde, basicamente os grupos ligados ao setor privado empresarial e suas representações e as forças renovadoras que se congregaram na Plenária das Entidades de Saúde em torno da defesa de uma emenda popular.

Esta plenária conseguiu que o novo texto constitucional atendesse uma boa parte das reivindicações do Movimento Sanitário. Assim, se garantiu a constituição do Sistema Único de Saúde, cujas ações e serviços foram prioritariamente públicos e extensivos à toda população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Vale a pena refletir sobre o que foi colocado até agora, e neste sentido resgataremos alguns elementos de análise colocados por outros autores.

O conceito da teoria de construção da reforma sanitária refere-se a um "[...] processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material concretizou-se na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado [...]" (CAMPOS, 1988a, p. 10).

Setores expressivos da reforma sanitária adotaram a concepção de transformação a partir do Estado, ou seja, de reformas "por cima" por intermédio do aparelho Estatal, descuidando-se das articulações com as forças sociais potencialmente impulsionadoras das mudanças, e com a elaboração de

novas propostas em torno de modificações no modo de produção de serviços de saúde.

A discussão dos modelos assistenciais alternativos ou das correções necessárias ao adequado funcionamento do modelo atual de atendimento no Brasil foi superficialmente tratada.

Não se discutiu o modelo assistencial decidindo-se, portanto, pela manutenção do modo de produção de serviços de saúde existentes, possibilitando quando muito, correções técnicas e administrativas.

De fato, é evidente a ênfase dada a dois pontos principais, o da descentralização e o da unificação, ambos voltados mais para a reorganização da estrutura do sistema, ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde -SUDS- e, para a integração/unificação interinstitucional, que denota o caráter marcadamente administrativo da reforma sanitária oficial.

Freqüentemente, a descentralização é referida como sinônimo de democratização. A dedução automática é que, uma vez instaurado o processo de descentralização, garantiria-se a gestão democrática do sistema, baseada na grande eficácia atribuída à gestão colegiada e à administração municipal.

Em relação a esse poder local também difundem-se falácias, como por exemplo, que é inquestionável que o poder local expressa-se por representatividade e legitimidade das lideranças locais e maior acessibilidade da população aos seus líderes.

Esse raciocínio oculta graves contradições sociais, que também se expressam na parcela municipal do aparelho de Estado.

Esse pressuposto da maior representatividade das lideranças locais ou do poder executivo municipal não é sempre verdadeiro. Também não é necessariamente verdade que o controle social é mais viável a nível local.

Essas simplificações tendem a "ocultar" o peso decisivo que a lógica de mercado e os interesses privados têm no modo como se articulam a distribuição e alocação dos recursos, a produção e o consumo de serviços, e até mesmo o perfil de intervenção do Estado no mercado de saúde.

Assim, são propostas soluções que não alteram a lógica de mercado. Ao contrário, infelizmente parece cada vez mais óbvio que a dinâmica do mercado, do não funcionamento das instituições públicas, tende a se reproduzir na maioria dos estados onde vêm se implantando os SUDS.

Outra das preocupações da reforma sanitária oficial é exercer um maior controle do setor privado a partir do público, objetivando que o setor privado siga a lógica de reprodução e de desenvolvimento do setor público.

Nesse sentido, pretendiam subordinar os hospitais privados a um contrato público, nada conseguindo, a não ser a sua inclusão no texto constitucional.

O convênio favorece a lógica de contrato privado, representando uma capitulação do SUDS frente aos interesses liberais e privatistas. Porém, não se conseguiu transformar as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos em instituições públicas unificadas ao Sistema de Saúde. Pelo contrário, vem ocorrendo uma

penetração progressiva do interesse privado no interior do aparelho estatal de saúde, que cada vez mais deixaria de ser público.

Essa hegemonia do padrão medicalizante de serviços, centrado na assistência médica individual, na valorização excessiva da "produtividade" e no atendimento curativo da demanda, terminou por transferir para as redes básicas municipais o modelo assistencial de "pronto atendimento", o que nem de longe se aproxima do conceito de integralidade das ações de saúde, tão presente no discurso oficial.

"Não cogitamos que a resolução dos problemas listados seja simples e nem que todas as respostas estejam prontas. Discordamos contudo, do tratamento que lhes têm sido dado pelo pensamento oficial, que não as considera essenciais ao desenvolvimento do processo de reforma, ou até os apresenta como vantagens do sistema vigente. Assim, é negada a necessidade da construção de um movimento de contra-hegemonia capaz de viabilizar saídas para essas contradições." (CAMPOS, 1988b, p. 179).

Em resumo, existe uma polarização com relação ao Movimento Sanitário: uma visão que a partir dos espaços institucionais se teria um grande potencial contra-hegemônico, que é amplamente criticada; e, outra que defendia reformas que atacassem e denunciasses as limitações impostas pela configuração capitalista dos serviços de saúde, e que criasse mecanismos de superação através do empenho em criar uma real consciência sanitária, com os setores da sociedade civil mais interessados nessa reforma e uma cristalização em novos atores sociais, portadores da reforma.

Assim sendo, a primeira se configurou como "uma prática reformista" que "[...] omitia a denúncia, preconizava a dialética do possível [...]", o "[...] agir racional - com respeito - a fins. Isso levou a uma nova *praxis*, que urge ser superada. " (GALLO, 1991, p. 27).

Para nós é interessante, especificamente na construção do projeto SILOS em São Paulo, afirmar que o Movimento gerou a possibilidade de construção de um projeto emancipador comum, capaz de aglutinar todos os projetos dotados de intencionalidade contra-hegemônica (GALLO, 1991, p.30, apud CECILIO, 1994, p. 17), que acreditamos estar presente na conjuntura 1989-1992 em São Paulo, lugar que identificou os princípios da Reforma Sanitária com os norteadores da organização dos SILOS.

## 2. SÃO PAULO 1989-1992. A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO.

As alterações decorrentes da reforma sanitária, transformaram a função e o papel das Secretarias Estaduais, das regiões ou distritos de saúde e dos municípios. Houve ampliação de parcela do poder destas instâncias, aumento da quantidade de recursos financeiros e maior possibilidade de influência na definição das políticas regionais e locais de saúde.

Unido a isto, vitórias eleitorais conduziram agrupamentos progressistas a vários governos locais, criando-se condições excepcionalmente favoráveis à reforma sanitária. Um exemplo foi a

Prefeitura de São Paulo, na conjuntura 1989-1992, com um governo de esquerda, do Partido dos Trabalhadores (PT).

Nessa conjuntura política, uma vez ganha a eleição, a Secretaria de Saúde de São Paulo inicia um período de transformação. A administração petista é herdeira de uma larga história de administrações conservadoras, com exceção do período 83-85 em que a Secretaria teve um médico Sanitarista: José de Silva Guedes, Professor de Saúde Pública da Santa Casa de São Paulo, que tentou romper com essa história do conservadorismo, mas suas propostas não tiveram continuidade no período 85-88.

Desde o início desta administração, a diretriz fundamental de reestruturação dos serviços se baseava no conceito de Sistemas Locais de Saúde, denominado por eles de Distritos de Saúde.

Mas, como é que esta política dos SILOS é concebida e a que concepção de crise ela respondeu? É a essa pergunta que tentaremos dar resposta, mas para isso encontramos necessário situarmos o que é a cidade de São Paulo, neste período.

### 2.1. Dados Gerais.

São Paulo é o principal município da Região Metropolitana denominada Grande São Paulo. Com seus 1504.4 Km<sup>2</sup> o município abrange 19% do total da área regional, com uma população de 9.480.427 habitantes, em 1991, sendo 4.574.327 homens e 4.906.100 mulheres, com taxa de crescimento anual de 3.7%, e taxa de urbanização de 98% para 1980. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1989a, p.

3).

" Sabe-se que o município desfruta de uma renda per capita muito mais elevada e de índices de concentração de renda mais reduzidos que a média do país. Isto decorre do crescimento econômico ocorrido durante tantas décadas, e poderia implicar qualidade de vida privilegiada para a população Paulistana, quando confrontada com a de outros municípios e regiões do Brasil, no entanto, apenas uma parcela reduzida dos moradores usufrui de tal privilégio" (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1990a, p. 17).

Município marcado por enormes desigualdades sociais e demográficas, que determinam padrões desiguais de morbimortalidade. Os estudos de morbimortalidade dividem o município em: Zona central, Intermediária e Periférica. A Zona Central compreende 14 sub-distritos de melhor qualidade de vida, englobando as camadas de renda mais alta. Área intermediária, reúne os 15 sub-distritos mais antigos da cidade, com forte crescimento vertical nas edificações. A terceira zona, o anel periférico, envolve 19 sub-distritos e 7 distritos com certo grau de homogeneidade. Tem altas taxas de crescimento populacional concentrando a maioria da população do município, apresenta sérios problemas relacionados com infra-estrutura, sendo em sua maioria favelas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1989, p. 2). Em 1973, existiam 71.840 habitantes morando nestas condições, comparado com 1987 quando moravam 812.767 favelados com um incremento de 1031% isto como consequência direta do salário às condições de trabalho e o preço

da terra urbana (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1991, p. 91 ).

Entre 1970 e 1989, deu-se uma intensa redução média dos níveis salariais e a elevação dos preços da terra a níveis sem precedentes, especialmente a partir do ano de 1970. Além do alto crescimento populacional que de 5.924.615 habitantes em 1970 passou para 8.600.825 habitantes em 1980 e 9.480.427 habitantes em 1991, provocando a redução da área desocupada do município, e o encarecimento dos terrenos ( SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1990a, p. 19 ).

As áreas habitadas pela população mais pobre são as que mais crescem demograficamente, sendo que possuem as piores condições de saneamento básico, os níveis mais reduzidos de escolarização e os mais elevados de morbi-mortalidade infantil, o pior transporte coletivo, com média de traslado de três horas ao dia, os sistemas de drenagem e coleta de lixo mais deficientes e a maior carência de iluminação pública. Parcial ou totalmente possuem as características acima descritas os sub-distritos de Capela de Socorro, Santo Amaro, Jaguaré, Itaquera e Guaianazes, entre outros. Nessas áreas, mais de 50% das famílias residentes em 1989, tinham salários mensais inferior a cinco salários mínimos, indicando níveis muito elevados de pobreza.

A nível de ensino, o primeiro grau é obrigatório por lei e básico pelo conteúdo. Cerca de 82% dos estudantes matriculados em 1987, foram nas escolas públicas. A distribuição de matrículas pelos distritos e sub-distritos indica um déficit persistente de

salas de aula nas áreas onde moram os mais pobres, além de um crescimento no total de matrículas de 1980-88 de 13.6% contra 67.4% da rede particular de ensino ( SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, SEMPLA, 1990, p. 7 ).

Há outras dimensões da questão urbana que contribuem para tornar mais angustiante a existência das famílias de trabalhadores pobres. Uma delas diz respeito às condições de saneamento básico, cuja oferta e qualidade também são determinantes nas condições de saúde da família.

De 1950 até 1970, as ligações de água domiciliar apenas acompanhou o crescimento demográfico do município de São Paulo. No entanto, para 1980 o atendimento acabou privilegiando a população residente nas regiões centrais, e em sub-distritos periféricos como o caso da Capela do Socorro que apresentava apenas 53.4% de domicílios atendidos pela rede de água. Mais preocupante mostra-se a evolução da rede de esgoto. Os dados em 1984 indicavam que naquele ano, 60% dos domicílios eram servidos por rede de esgoto e cerca de 19% dotados de fossa séptica.

O restante contava com fossas negras ou esgotos a céu aberto, sendo que esses dados não evoluíram significativamente até 1988, conforme as informações da SABESP- Saneamento Básico do Estado de São Paulo ( SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1990a, p. 29 ).

Numa abordagem sucinta, colocamos alguns dos aspectos mais relevantes para a caracterização das condições de vida da população paulistana que vive de baixos salários e que mora em bairros

afastados das áreas centrais da cidade.

## 2.2. Situação de saúde da população.

Pelo esboçado nas páginas anteriores, a parcela maior da população do Município de São Paulo mora em condições precárias de vida. Em comparação com alguns dos países industrializados os habitantes de São Paulo vivem pouco. A esperança de vida ao nascer, calculada em 1985 era de 63.7 para os homens e 72.9 para mulheres ( PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1991, p. 29 ).

Segundo os últimos dados de mortalidade disponíveis em 1984, 45% dos óbitos ocorreram em pessoas com menos de 50 anos de idade e das 224.000 crianças nascidas nesse ano, cerca de 11.000 morreram antes de completar um ano de vida ( SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE DE SÃO PAULO, 1989 ). As afecções originadas no período perinatal respondem por cerca de 46% dos óbitos, as doenças evitáveis por vacinação tem sido responsáveis por reduzida parcela dos óbitos de menores de um ano. Em 1985 registram-se valores 2.2 vezes maiores de morte por pneumonia e 1.6 vezes por enterites na Administração Regional de Saúde 5-ARS 5- (Itaquera-Guaianazes) do que no centro da cidade. Para o sarampo o valor foi de 4 vezes ( SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1990a, 17 ). Pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da USP divulgaram dados recentes sobre as doenças prevalentes na faixa de menores de 5 anos:

- Mais de 35% tinham algum grau de anemia;
- Mais de 25% dos menores de 5 anos eram desnutridos (SECRETARIA

MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1990a, p. 21).

Chama a atenção o fato de que o percentual de desnutridos encontrado é praticamente o mesmo que há 10 anos. Isto significa também a existência de uma população da ordem de 400.000 crianças carentes de alimentação adequada (SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1989). Vale ressaltar que a mortalidade infantil não atinge níveis idênticos em todo território municipal, variando conforme se modificam os padrões sócioeconômicos no espaço urbano. Por exemplo, 49.2 por mil nascidos vivos em Itaquera (ARS 5) e de 25.2 por mil - Butantã (ARS 2). (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1990a, p. 22).

As condições desgastantes do trabalho e a insegurança social presentes na vida da cidade, deixam suas marcas no perfil de mortalidade da população adulta de São Paulo. Verifica-se que para 1985, as cinco principais causas de morte são as mesmas para a população entre 5 e 49 anos, ocorrendo, porém, com intensidades diferentes em áreas distintas. Dessa forma, os homicídios, os acidentes de veículos a motor e demais acidentes configuram as três principais causas de morte neste grupo etário, seguidas de causas não definidas e os tumores malignos, predominando nas regiões de população mais pobre. Há também diferenças por sexo, comportamento condicionado pelos acidentes entre homens, e pelas complicações da gravidez entre as mulheres, com um coeficiente de natimortalidade para 1979 de 16.44 /oo que em 1986 foi para 9.97/oo. Nas idades mais avançadas, são as doenças degenerativas as que determinam as possíveis modificações da mortalidade.

Finalmente, mesmo que a mortalidade tenha declinado nos últimos anos, no município de São Paulo, ela evidencia um duplo comportamento. Nas primeiras idades, ainda há níveis muito elevados de mortalidade em vários bairros, sendo que uma parcela considerável dos óbitos deve-se às doenças infecciosas e parasitárias e às doenças do aparelho respiratório, situação característica de regiões menos desenvolvidas, e por outro lado, registrou-se, fundamentalmente nas idades mais avançadas, 50 e mais, uma proporção elevada de óbitos devido às doenças crônico-degenerativas, doenças cerebro-vasculares, situação característica de áreas mais desenvolvidas, ou de pouca assistência a os portadores de doenças crônico degenerativas ( SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1990a, p. 25 ).

Esta realidade de morbi-mortalidade brasileira é o que Cristina Possas denomina como "Heterogeneidade Estrutural de Saúde no Brasil", marcado pela persistência de padrões característicos do "atraso" sobrepostos à consolidação de padrões característicos da "modernidade", destacando sua diferença com relação aos países centrais, onde tal transição se deu a partir da superação dos padrões do atraso. Neste sentido, o conceito de perfil epidemiológico fundamentado no conceito de classe social é problemático para a realidade social no Brasil. Ela propõe e desenvolve o conceito de padrão epidemiológico que integra os padrões de morbidade e mortalidade característicos de distintos grupos populacionais submetidos a condições de vida e trabalho comuns, que podem-se diferenciar dentro de uma mesma classe social.

"Em outras palavras, a dicotomia ao nível dos determinantes dos padrões epidemiológicos referidos não se reproduz como dicotomia epidemiológica, isto é, na forma de segmentos diferenciados da população abrangida, sendo ela própria em seu conjunto portadora desta heterogeneidade". E interessante notar que este conceito de Heterogeneidade estrutural também poderia questionar o recurso da territorialização defendida como ponto principal da implementação dos SILOS, já que se tomamos para a análise epidemiológica os determinantes referidos por classe social não levando em conta que as pessoas que moram num dado território têm inserções de trabalho muito diferentes, o que faz que possam adoecer dentro de uma mesma classe social, num mesmo território, por doenças muito diferentes em virtude do trabalho.

"Essas conclusões tem implicações muito importantes para a formulação de uma política de saúde compatível com tal complexidade, e põe em relevo distorções decorrentes da dicotomia institucional do Sistema de Saúde Brasileiro, em que as estruturas da Saúde Pública estão voltadas basicamente aos excluídos, ou em relação intermitente com o mercado de trabalho e as estruturas de assistência médica curativa aos trabalhadores vinculados à Previdência Social. Em síntese, a complexidade anotada da questão saúde exige soluções mais ousadas e criativas que as dos países centrais, onde os padrões do atraso já não constituem um problema significativo. É nesse contexto que a reforma sanitária procurou responder às exigências estruturais acima descritas." (POSSAS, 1989, p. 11).

### 2.3. Os atores e a sua leitura da crise: construindo as propostas.

O Partido dos Trabalhadores, PT, ganha em 1988 a eleição para a Prefeitura da cidade de São Paulo no período de 1989-1992, e com isto ingressa, na Secretaria Municipal de Saúde, atores que tinham participado direta e ativamente do movimento da reforma sanitária.<sup>2</sup>

Estes tinham, junto com outros grupos, trabalhado uma série de propostas no começo da campanha eleitoral para a reorganização da Secretaria de Higiene e Saúde de São Paulo, como era chamada nesse momento que foi criada em 1945 sob o nome de Secretaria de Cultura e Higiene (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1985, p. 85), e que até 1947 realizava exclusivamente ações de higiene, basicamente voltadas ao meio. Só em 1950 se introduz a assistência médica, criando-se um Departamento de Assistência à Infância e Maternidade, e em 1955 a Divisão de Pronto Socorro Municipal. Sofre nos anos seguintes uma série de modificações, sendo que o PT recebe uma Secretaria com concepções que dicotomizam as ações em : curativas , Superintendência Médico Hospitalar de Urgência ( MEC ), e preventivas, Departamento de Saúde da Comunidade (DSC), descentralizado em cinco divisões regionais e o Departamento de Pronto Socorro e Apoio Técnico, contando desde 1984 com o

---

<sup>2</sup> O seu primeiro Secretário, Eduardo Jorge Lima Alves Sobrinho, era deputado federal(PT) na época da constituinte, tendo participado ativamente na elaboração da legislação (hoje vigente) do SUS.

reconhecimento dos conselhos de saúde da população. (SECRETARIA MUNICIPAL DE HIGIENE E SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO, 1985, P. 11).

Em relação aos serviços, São Paulo tinha grande predominância de atendimento de consultas por parte do setor privado (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1989, p. 5). No total da produção de atendimento do período, o setor privado concorreu com cerca de 66% contra 33% do setor público, diferenciados assim: Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS) 9.15%, Secretaria Estadual de Saúde 4.85%, Secretaria de Higiene e Saúde 13.6%, Universidades 5.42 %, Filantrópicos 12.4% , Boletins de Atendimento de Urgência 23.47%, Convênio Empresa 28.56% e Serviço de Indústria e Comércio 0.58%.

A desarticulação existente entre os serviços públicos, e também entre estes com o setor privado, causava o rebaixamento da resolutividade na assistência à saúde, superposição de serviços com multiplicação de consultas, obrigando à população a deslocamentos de longas distâncias em busca de atendimento. Além de que, desde 1987, já havia um déficit de 133 unidades na rede ambulatorial. A situação da rede hospitalar pública era também muito grave, mostrando defasagem de leitos, particularmente nas regiões periféricas. Em 1986, dos 177 hospitais do Município, 32 pertenciam ao setor público.

Ressalta-se também a desorganização do sistema de atendimento de urgência. O sistema de resgate de ambulâncias apresentava cerca de 1/3 da frota desativada. Além da falta de medicamentos básicos, baixos salários, falta de comida nos hospitais, desativação de

leitos hospitalares (SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE, 1989).

"Apesar do aumento de unidades de saúde ocorrido nos últimos anos, ainda existe uma grande parcela da população do município que se encontra desassistida [...] principalmente na periferia [...] A ociosidade dos ambulatórios públicos contrasta com uma superprodução dos ambulatórios contratados [...] O número aproximado de consultas de urgência realizadas pela rede privada em Dezembro de 1987 é de 680000 consultas/mês, contra 175.000/mês na Secretaria de Higiene e Saúde. A porcentagem média de ociosidade dos equipamentos de saúde da Prefeitura era de aproximadamente 70%. A média de atendimentos ambulatoriais foi de 175.000/mês contra 580.000 atendimentos/mês, possíveis." (PARTIDO DOS TRABALHADORES, 1988).

Com relação aos trabalhadores, a Secretaria de Higiene e Saúde não apresentava na época, "[...]uma política de recursos humanos coerente, o que acarreta vários problemas tais como: clientelismo político no recrutamento e seleção de pessoal; crescente evasão de agentes prestadores de serviços da área de saúde do setor público para o setor privado ou para áreas de produção de bens; inexistência de política de desenvolvimento de pessoal (plano de cargos e carreira) e salarial que contemple todos os funcionários" (SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE, 1989).

A política da administração anterior, reforçava o clientelismo e o corporativismo dos trabalhadores, agrupados em dezenas de entidades representativas. Existia uma desvinculação entre administração de pessoal e desenvolvimento. Tinha-se um núcleo de

desenvolvimento, no nível central, e unidades de desenvolvimento nas administrações descentralizadas que funcionavam sem uma política que as congregasse. Esta visão dava privilégio ao atendimento hospitalar desvinculado do atendimento básico e do alheamento dos trabalhadores e da população no planejamento e na utilização dos recursos municipais de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992).

Estes dados anotados, são parte da realidade que o PT analisa em 1988, quando por meio de plenárias deu origem a uma proposta inicial de Programa de Governo. Um dos atores desse momento fala a respeito: "[...]isso foi em 88, julho [...] A gente foi aglutinando um grupo de saúde [...] tinha pessoal ligado à instituição, como militantes, quanto pessoal militante em áreas específicas, grupos sindicais, movimentos populares [...] a gente recebeu contribuição até de pessoal que estava em órgãos de pesquisa que encaminharam propostas para a gente sem dar nome. Naquela época ainda se estava num processo de democratização [...] com isso deu para a gente fazer esse documento" (Entrevistada 1, 1992).

É claro que estas propostas são parte da leitura que sujeitos da área da saúde faziam da "crise", e que encontravam nessa conjuntura uma forma de viabilizar tais propostas, ainda com certos temores como é colocado pela (entrevistada 1). "[...] encaminharam propostas sem dar nome[...]", mas sentiam que estavam encontrando um espaço de construção de uma reforma.

As propostas gerais contempladas neste documento de campanha permite-nos ler, nas entrelinhas, quais eram os principais temas

que formularam como "críticos" e que deviam encontrar formas de ser viabilizados e transformados. Eles foram agrupados da seguinte forma:

-FINANCEIROS: Aumento da utilização dos recursos financeiros, colocando a saúde como prioridade, reconhecendo-se a necessidade de ampliação do orçamento a ela destinada, e utilizando melhor dos recursos existentes.

-SERVIÇOS: Aumento da cobertura de Saúde da população, com a extensão da rede básica de serviços; aumento da resolutividade, e criação de mecanismos de referência e contra-referência; e, universalização da clientela incluindo os Previdenciários, adultos e outras faixas etárias não cobertas pelo setor público.

-MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS: descentralização e municipalização, com ampliação da competência legal expressa na lei do Sistema Nacional de Saúde, e com transferência dos recursos, aumento da participação do município na arrecadação de tributos ou repasse das verbas de outras origens; que na passagem de serviços da área estadual para a municipal sejam respeitados os direitos dos funcionários; e, criar canais de participação popular, considerando que a municipalização não garante por si só, maior relacionamento usuário/serviço público.

-INTERSETORIALIDADE: intersetorialidade, já que os problemas de saúde não podem ser resolvidos no âmbito estrito dos serviços de saúde.

E, como resposta aos problemas dos serviços, o documento propõe: a viabilização de reformas através de programas a serem

desenvolvidos pelo governo petista. Estes programas foram agrupados em: Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Deficientes (físicos, mentais e sensoriais) e Saúde Bucal, entre outros (PARTIDO DOS TRABALHADORES, 1988).

Dando continuação a este tema a (entrevistada 1) diz: "Em 1989, no início da gestão, foram formados grupos que se dividiram por áreas[...], mulher, recursos humanos[...] tinha um grupo de participação popular, tinha um de atenção à saúde[...] pessoas do município foram dando elementos de como era a estrutura aqui dentro, ...tudo isto foi uma construção coletiva, foi todo um processo de discussão.. tinha gente da rede, do movimento sindical." (entrevistada 1).

Uma vez dentro da Secretaria, este grupo de trabalho elaborou uma série de prioridades , que esclarecem obviamente como foi se configurando um campo de problematização da realidade da saúde no Município de São Paulo, em linhas gerais, e os conceitos de saúde-doença, assim esboços de modelo tecno-assistencial, como projetos políticos para o setor.

Deste grupo de trabalho, surgiram as seguintes propostas governamentais que retomam pontos já colocados na campanha e aprofundam outros:

- A saúde como resultante de um conjunto de condições associados ao trabalho, habitação, alimentação, transporte, educação, renda, meio ambiente, liberdade, lazer, acesso aos serviços de atenção à saúde;
- a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido

mediante políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doenças e de outros agravos;

- a necessidade do desenvolvimento de mecanismos e meios que contemplem o exercício da cidadania. Aponta-se assim para a participação popular na formulação das políticas e no controle dos serviços assistenciais;

- a busca da apreensão da realidade de saúde através de indicadores sociais e epidemiológicos. O objetivo é reduzir os desníveis existentes nas condições de saúde do município. Para tal propunha-se desenvolver planos integrados de ação que contemplassem as especificidades dos vários níveis envolvidos. Ou seja, agir com Secretarias de outras áreas: trânsito, ambiental, entre outras;

- atenção integral a saúde, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE, 1989).

Quanto ao Modelo de Atenção à Saúde, na rede de serviços, deveria-se contemplar:

- o desenvolvimento de ações programáticas, através de Centros de Referência Regionais ou Municipais e das Unidades de Saúde, segundo as necessidades das populações. Estando em fase de estudo:

- saúde da criança com projeto "vida", destinado à assistência integral à saúde do adolescente. Atendimento a deficientes em 7 clínicas de saúde escolar;

- saúde mental, projeto "hospital-dia";

- implantação de Centros de Convivência e Cooperativas;

- projeto "Lares Abrigados", para pacientes crônicos psiquiátricos;
- programa de Educação Popular em Saúde Mental;
- saúde da Mulher com planejamento familiar e assistência à saúde da mulher;
- saúde bucal com implantação do sistema de vigilância da fluoretação das águas, definição do programa municipal de saúde bucal, expansão da rede pública prestadora de serviços, expansão da cobertura, mudança do modelo assistencial, desenvolvimento de ações preventivas e educativas de massa;
- saúde do trabalhador com instalação de Centros de Referência e Organização de Centros de Convivência e Reabilitação; adequação e modernização do controle de intoxicações;
- assistência a emergências com regionalização da assistência a politraumatizados;
- Dar continuidade ao Programa de Prevenção à AIDS, em conjunto com as Secretarias de Educação, Cultura, Transportes, Esportes e Bem-Estar Social, objetivando atingir tanto ao funcionário público, como o conjunto da população;
- A atuação da rede hospitalar, de emergência e ambulatorial, no sentido de evitar descontinuidade do funcionamento e recuperar a capacidade instalada, com a conclusão dos Hospitais Ermelino Matarazzo, Campo Limpo (PS). Reforma de outros hospitais, e transferência do Estado de 27 Postos de Assistência Médica -PAMS- e de dois hospitais de 220 leitos;
- Implantação do terceiro turno de atendimento em 20 PAMS, e

implantação do atendimento nos fins de semana em algumas UBS; e,  
- implantação de uma Rede Piloto de Produção de Medicamentos para baratear custos (PARTIDO DOS TRABALHADORES, 1989).

É interessante observar que o conceito de saúde extrapola o meramente orgânico, colocando-a como compromisso intersetorial, com participação popular, e como direito social. Cremos que esta conceituação de saúde-doença, expressa nestes documentos, é reflexo dos atores que tinham formação na sua grande maioria como sanitaristas, e das áreas de Medicina Social, onde estes questionamentos são de vital importância, e por sua histórica presença no movimento sanitário de São Paulo.

Trabalhando este conceito de saúde eles propõem o desenvolvimento de ações programáticas, criando uma série de programas que pretendem dar conta do que é entendido como necessidades de saúde da população. Nele podemos inferir os pontos que precisam ser reformulados, no sentido de que adquiram maior força: atividades preventivas, atendimento às crianças, atenção aos adolescentes, cuidados ao doente mental, propondo hospitais dia, sendo que colocar essa proposta já implica um certo grau de desospitalização e de criar condições para a cidadanização do "doente mental", assistência aos politraumatizados, numa cidade em que um dos graves problemas é a violência.

Por outro lado, nos documentos que trabalhamos, especialmente nas fontes primárias consultadas nos diferentes departamentos e bibliotecas da SMS-SP, já mencionadas na introdução, estes atores propõem a implementação de programas, não se faz menção se a

demanda espontânea será reprimida ou não. Porém, em entrevista realizada a (entrevistada 2, 1992), sobre este aspecto assinalava-se que a demanda espontânea não foi reprimida, embora, inicialmente, tenha se dado uma importância grande à implementação de programas, fato que posteriormente foi modificado, como veremos mais adiante.

Outra proposta importante, a ser assinalada, é a que se faz em relação a necessidade de municipalização das unidades estaduais, e do Município, algumas vezes dentro de áreas territoriais muito próximas e com leituras e intervenções sobre a realidade muito variadas; considerando-se este um dos passos vitais para a construção do Sistema Único de Saúde. Problema que como veremos mais adiante não conseguiu ser viabilizado completamente e que criou grandes dificuldades à proposta de territorialização, já que dentro de um mesmo território existiam, até o fim da gestão, unidades municipais e estaduais em permanente e variados conflitos tecno-assistenciais.

Estas leituras dos problemas e suas soluções de forma esquematizada no texto parecem-nos interessantes já que deixam delineado que a via da democratização é a descentralização. Porém, é colocada a necessidade de haver recursos humanos capacitados para viabilizarem essas propostas, junto com a participação popular. Também, deixa sugerido a necessidade de sair do campo corporativista médico e abordar os problemas de assistência de uma forma interdisciplinar. Isso requer um grande esforço de trabalho com as equipes, já que a história de assistência dessas unidades

claramente era hegemônica pela direção médica. Posteriormente, esta foi uma das grandes vitórias, que ao visitar várias das unidades nos encontrávamos com educadoras em saúde, assistentes sociais, e outros profissionais de áreas diferentes na direção dessas unidades<sup>3</sup>.

Outro ponto importante foi o das Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada para a atenção. Isso implicava em que se investisse em dar uma excelente qualidade de atenção e cobertura às necessidades da população, ao mesmo tempo implicava em mecanismos de referência e contra-referência com hospitais, para garantir a resolução de problemas mais complexos, e obviamente contar com hospitais que garantissem tal atendimento, sendo esta uma idéia essencial na adequada utilização dos diferentes níveis tecnológicos de atenção.

#### 2.4. Vislumbrando a viabilização das propostas.

Estes novos dirigentes pretenderam, então, construir um novo modelo de atenção à saúde, mas para isto era necessário começar por uma reforma institucional que quebrasse com a lógica desintegrada de ações curativas (Superintendência Médico Hospitalar) e preventivas (Departamento de Saúde da Comunidade).

O novo modelo institucional teria que contemplar : "A articulação intersetorial e o processo de democratização, entendido

---

<sup>3</sup> Apesar de que hoje há uma lei municipal que legitimou o contrário.

como a descentralização administrativa, e a participação popular, são as diretrizes mais marcantes que essa administração quer implementar. Para isso seria necessário recurso humano preparado para dar boa qualidade à assistência prestada e para as novas tarefas. Postula-se que as UBS devem funcionar como portas de entrada da população na rede de serviços de saúde, garantindo o encaminhamento a procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais complexos. Isso exigiria mudanças nas mentalidades e nas práticas administrativas e a abordagem da questão saúde do ponto de vista transdisciplinar e a intervenção através de ações coletivas realizadas por equipes multidisciplinares." (SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE, 1989).

#### 2.4.1. Descentralização. Via da reforma institucional?

O eixo principal dessa reforma administrativa era a descentralização, que é colocada pelos dirigentes da Secretaria como uma das prioridades na construção do SUS, e que já tinha sido proposta anteriormente no Plano Diretor da Secretaria de Higiene e Saúde em 1985 (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1985), só que limitada a uma descentralização meramente geográfica, mais semelhante a uma regionalização.

"No início da gestão já houve uma proposta de regionalização, implantada quase que imediatamente [...] ou se implantava de cara ou não se mudava [...] assim, foram para um projeto de decreto que abriu as dez Regiões de Saúde. Isso deu a possibilidade de

trabalhar em forma descentralizada desde o começo" (Entrevistada 1).

Portanto, foi proposta a divisão da cidade inicialmente em 10 regiões, cada uma delas integrando postos de saúde, unidades básicas e hospitais em sua área de comando unificado e descentralizado (SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE DE SÃO PAULO, 1989).

A proposta denominada Distritos de Saúde, corresponde à idéia da OPAS de Sistemas Locais de Saúde, que é definida como: "[...] a resposta social a ser dada pela organização dos serviços às necessidades de saúde da população. Seu território deverá ser produto da dinâmica onde tensionam-se as forças sociais, não apenas marcado por limites administrativos [...] sendo a natureza das necessidades que define a hierarquização correta em função da resolutividade dos serviços" (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1990)

Para dar viabilização legal e efetiva a essa política em 6 de Abril de 1989 foi publicado o decreto Nº 27724 pelo qual: "A Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (SHS), passa a denominar-se Secretaria Municipal de Saúde", além disto o decreto dispõe: "A Secretaria Municipal de Saúde fica reestruturada na conformidade deste decreto". Basicamente se reorganiza a SMS em 10 Administrações Regionais de Saúde e 29 distritos de Saúde, devidamente alocados dentro de cada uma das ARS. O artigo sexto, do decreto, especifica a estrutura das ARS, além do novo organograma geral da SMS (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1989). Por meio deste decreto se reestrutura a SMS-SP e se acaba legalmente com a divisão de

Departamento de Saúde da Comunidade (DSC) e de Superintendência Médico Hospitalar de Urgência -MEC. Assim, foram estruturados o Centro de Recursos Humanos -CRH-; e posteriormente o Centro de formação dos trabalhadores da saúde, CEFOR, o Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação -CEPI-; e, o Centro de Organização a Atenção a Saúde -COAS-, composto pelas assessorias de: Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, Cidadania e Saúde, Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992).

Desta forma, a Secretaria foi configurada com um órgão máximo de deliberação, com 50% de representação da sociedade civil, 25% dos trabalhadores e produtores de serviços de saúde e 25% do poder público, que tomou posse na II Conferência Municipal de Saúde em 1991; em seguida o Secretário, e os Conselhos Técnicos e de Planejamento e o Conselho Técnico-Administrativo, do qual dependem: o CEFOR, o CEPI e o COAS. Em seguida as dez Administrações Regionais de Saúde, das quais dependem 32 Distritos de Saúde (DS), e estas por sua vez comandam as Unidades de Saúde.

Os primeiros D.S. que são criados em 1990 são os de: Campo Limpo e de Ermelino Matarazzo (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1990); posteriormente criam-se os do: Butantã, Vila Matilde, Sapopemba. Todos foram aprovados em lei.

No Diário Oficial do Município (DOM), de 16 de Janeiro de 1991, é publicada a lei pela qual: "[...] se institui a divisão geográfica da área de São Paulo em Distritos". Nesta lei se

estabelecem os limites geográficos para 96 distritos administrativos (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1991). "A gente pegou os 96 distritos e refez as nossas divisões.. alguns distritos terminaram pegando outras ARS..os nossos distritos todos se readequaram" (Entrevistada 2).

Assim, o Distrito constaria de uma área de 250.000 habitantes aproximadamente, com Hospital Geral, servindo cerca de 10 a 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que o D.S seria a base organizacional e de planejamento de todas as ações desenvolvidas a seu nível, sob gerência única com autonomia orçamentária e administrativa. Todas as ações desenvolvidas seriam planejadas, implantadas e acompanhadas no nível distrital, tendo este a capacidade de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da área, chegando a 90% de resolutividade. O distrito articula-se com outros serviços de maior complexidade, localizados dentro ou fora da área geográfica para referir problemas de saúde que necessitem de tecnologia não disponível no seu nível. Este apoio seria garantido através de instrumentos formais estabelecidos entre as instituições públicas ou privadas.

De outro lado, como os determinantes dos problemas extrapolam os espaços microlocalizados e ao próprio setor saúde, propõe-se a criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS), que se encarregariam da articulação intersetorial, coordenação dos DS da área em acompanhamento, avaliação, controle físico e financeiro, elaboração de análises epidemiológicos na área de abrangência das ARS e elaboração de propostas para as equipes distritais.

Executando concursos para a área de recursos humanos, garantiria-se o processo de distritalização intersetorial em sua área de abrangência, implementando a participação-gestão democrática nos serviços (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1991).

As ARS, também coordenariam a Vigilância Epidemiológica e Sanitária das unidades, além do planejamento e a gerência e formação de RH para as unidades (SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1990b). A visão de planejamento proposta seria de um processo contínuo e democrático que se vai consolidando em etapas sucessivas, sendo base da programação descentralizada da atenção integral à saúde, do qual trataremos mais adiante. Antes, porém, vale falar alguma coisa sobre os recursos humanos, considerados vitais para este processo de mudança.

#### **2.4.2. Recursos Humanos: a aposta de viabilização da reforma.**

Já comentamos no item anterior, parte da ampla reforma institucional realizada na SMS-SP, mas vale assinalar que no interior dos principais setores da Secretaria também foi necessário se implementar amplas reformas institucionais. Ao nível central, iniciou-se, em 1989, a formação de um órgão colegiado, composto pelos responsáveis de RH nas Administrações Regionais de Saúde, implantando-se, assim, a estrutura de RH descentralizada. Para que pudesse ser construída uma nova política para o trabalhador de

saúde, houve a extinção das antigas estruturas de desenvolvimento de pessoal existentes: NUDEPE e UDEPES (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992). "Quando a gente chegou aqui, existia uma estrutura centralizada, NUDEPE, que só trabalhava a questão de desenvolvimento, pegava também parte da seleção [...] e tinha as UDEPES, Unidades de Desenvolvimento de Pessoal [...] Se tinha de um lado a Atenção a Saúde Pública e de outro lado à Atenção Hospitalar [...] então existiam as UDEPES de Hospital e as UDEPES de atenção a Comunidade [...] aí a gente achou que se tinha que quebrar essa estrutura e criar uma nova [...] não foi um processo de um, foi um processo que envolveu muita gente [...] Se juntou pessoal da Superintendência Hospitalar e do DEC [...] Assim os primeiros dois anos foram trabalhar a junção da estrutura da máquina, e formar gente, formar as pessoas que tinham experiência e interesse em RH, se formou um colegiado com 10 coordenadores, um por região [...] isso foi logo depois do decreto de distritalização, primeiro semestre de 89 [...] esse grupo foi de direção e de aprendizagem [...] trazendo problemas das regiões e fazendo juntos [...] nesse momento já existiam alguns distritos sendo constituídos [...] assim foram sendo constituídos os grupos de RH por distritos [...] isso foi variando dependendo da organização do lugar, a coisa acontecia melhor ou pior [...] Tudo isso deu a base para fazer os concursos, já que a gente sabia que cargos existiam, quantos eram concursados, quantos não, quantos cargos deviam ser criados e quantos não..." (Entrevistada 1).

Assim, no ano 1989, tinha-se 24.400 trabalhadores de saúde,

71,46% admitidos e 28,54% efetivos. Precisava-se diversificar os trabalhadores e proporcionar a um grande número deles, condições de efetivação. Foi em busca desse objetivo que em 1989, a SMS-SP, realizou concursos de ingressos. Assim, as posses que no primeiro momento foram operacionalizadas a nível central, gradativamente passaram a ser executadas em forma descentralizada (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1992). "Tentando romper com o clientelismo e o corporativismo" (Entrevistada 1). pess.). No entanto, houve necessidade de criar novos cargos para diversas categorias profissionais, sendo criados 30.063 novos cargos, para efetivar o quadro já existente e ampliando o quadro efetivo. Esta foi uma das medidas mais ricas que existiu dentro da Secretaria, já que pela contratação por concurso as pessoas viabilizaram direitos longamente desejados, depois de anos de instabilidade; de outro lado foram contratadas pessoas de áreas diferentes à médica, que ampliaram a visão da realidade, dentro das equipes.

Os recursos humanos se constituíram no problema central da SMS-SP para a implementação dos Distritos de Saúde, e da viabilização do SUS. Neste sentido, em 1990, é criado o Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde, CEFOR, com o objetivo de apoiar a realização de ações descentralizadas de formação e desenvolvimento de trabalhadores da Saúde.

Em termos gerais, o RH trabalha com uma política que estaria centrada nos princípios de profissionalização, participação e humanização e na necessidade de "[...] se produzirem mudanças nas mentalidades e nas ações". (entrevistada 1) Por profissionalização,

entende-se que todas as funções do trabalho em saúde devem ser estudadas, dimensionadas e definidas do ponto de vista técnico e desenvolvimento social como capacitação que valorizaria as equipes locais.

Entende-se por participação a instauração de um princípio de relação de transferência mútua de interesses e necessidades com a população. Como humanização entende-se a implantação de uma postura de respeito e dignidade no trabalho.

Em relação ao trabalhador da área de saúde propõe-se resgatar "[...] a consciência de seu valor, não só pela remuneração [...], mas também de sua importância profissional compromissada com o bom atendimento à população nos Serviços Públicos Municipais [...], a humanização através do resgate das relações de vida e a possibilidade da humanização do cotidiano da atuação profissional: trabalhador/trabalhador, trabalhador/população [...]" (Entrevistada 1).

O início da implantação da proposta na área de Recursos Humanos da SMS deu-se através do dimensionamento do pessoal existente em 1989, já que a situação existente no início era de uma inadequada distribuição e de um déficit geral, na maioria das unidades. Mesmo havendo déficit geral, existia excesso de especialidades, havendo falta de lógica nos critérios de alocação dos Recursos Humanos. "Isso fazia que algumas categorias tivessem privilégios em relação a outras, e também que as regiões centrais fossem privilegiadas perante as periféricas. Portanto numa primeira etapa se estabeleceram parâmetros, como as Tabelas de Lotação de

Pessoal (TLP), possibilitando dimensionar as necessidades e características das unidades de prestação dos serviços, a criação de cargos e o processo de remoção geral dos trabalhadores da saúde. Portanto, numa primeira etapa, se nomearam novos funcionários para as regiões mais periféricas" (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992).

Posteriormente, se fez remoção geral, na qual todos os servidores deveriam ser removidos para ocupar as vagas da TLP, sendo que todas as unidades seriam colocadas para escolha dos servidores, de acordo com critérios de classificação: o tempo de serviço, efetivos de concursos anteriores ao último em vigência, efetivos do último concurso, respeitando a classificação do mesmo.

"A remoção foi aceita pela grande maioria, ela não foi aceita pelos médicos [...] aí a gente resolveu a peleja [...] o Sindicato dos Médicos resistia ao fato de que a jornada de 24 horas passasse a duas de 12 horas, já que assim eram obrigados a dedicar esse tempo e cumprir um horário [...] então quiseram impedir a remoção, com isso, você começa a quebrar a hegemonia médica" (Entrevistada 1).

Até setembro de 1992, tinham sido completados os processos de remoção de 51 categorias e especialidades, tendo escolhido vagas aproximadamente 16.000 servidores da SMS-SP. Numa segunda etapa, foram realizadas 17000 nomeações. Colocou-se que, para dar continuidade a este trabalho, deveria-se estimular e realizar um diagnóstico claro da composição das categorias profissionais da saúde, consolidando a descentralização e a implementação do plano de cargos, carreiras e salários assim como o contrato coletivo de

trabalho, com relação direta da instituição com o trabalhador, na avaliação dos serviços.

Estas medidas implantadas (TLP, remoção), são muito difíceis de serem avaliadas. De forma geral, as pessoas que coordenavam D.S, ou mesmo alguns dos trabalhadores nos serviços, pensavam que as reformas no interior das equipes locais tinham avançado na discussão e implementação de novos rumos já trabalhados com o COAS, que trabalharemos adiante, e que tinham conseguido fortalecer novos processos de gestão no interior dos grupos e que, em grande medida, a remoção fez com que esse trabalho fosse "por água abaixo".

O setor de RH foi incoerente com o processo geral, que estava-se dando na Secretaria, de formação de sujeitos e de respeito pelo local, além de ter uma grande incoerência com a política explicitada pela entrevistada 1: o resgate de uma atitude "profissional comprometida com o bom atendimento à população nos Serviços Públicos Municipais[...] a humanização através do resgate das relações de vida e a possibilidade de humanização do cotidiano da atuação profissional: trabalhador/trabalhador, trabalhador/população[...]" (Entrevistada 1).

Foi uma política geral, indiscriminada, em que não se conhecia o processo no interior de cada uma destas equipes locais, para saber onde era realmente necessário e onde não para romper com uma certa "burocracia". Como um todo, esta política foi incoerente com o processo global que estava sendo implantado.

Mais uma vez queremos realçar a importância da configuração histórica das localidades, já que se este trabalho fosse feito,

como já citamos (QUEVEDO, 1990; HERNANDEZ, 1990), não se teria implementado indiscriminadamente esta política, porque o local e suas construções teriam fornecido elementos suficientes para saber discriminar que locais precisavam ou não desta política de remoção.

Acreditamos que também com a categoria médica se agiu com falta de "negociação", já que tentando quebrar a hegemonia médica, não se ganharam possíveis sujeitos que defendessem a política, que defendessem o projeto da Secretaria por achá-lo interessante e não apenas lesivo aos seus interesses, como foi a interpretação da categoria, sem discriminar que tipo de hegemonia médica queria-se quebrar, para não confundir com quebrar qualquer médico.

Este tipo de política merece uma séria avaliação, para que não se repita acriticamente este procedimento em outras experiências de reforma dos serviços de saúde. Cremos que seria necessário uma pesquisa, dentro das equipes, para saber realmente se a medida conseguiu atingir o propósito para o qual foi elaborada e implementada, e se verdadeiramente rompeu com os anéis burocráticos e com o corporativismo médico, ou se as raízes destes problemas estariam em outras questões não levantadas ainda.

Queremos, no entanto, colocar que esta nossa visão pode ser parcial, uma que tivemos um acesso limitado a algumas equipes, tendo em conta o enorme universo de equipes existentes.

#### **2.4.3. Prosseguindo a democratização: a participação popular e as conferências de saúde.**

Outro dos grandes pilares perseguidos por essa administração foi a participação popular: "[...] por participação popular entende-se a instauração de um princípio de relação de transferência mútua: interesses, necessidades e identidades da população, dos trabalhadores e da administração que devem ser explicitados, pois não se entende participação como uma adesão, mas como um processo de gestão e construção desses interesses, necessidades e identidades envolvidos" (SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE DE SÃO PAULO, 1989).

Propõe que essa participação ocorra localmente, nas Comissões Gestoras, e a nível municipal, no Conselho Municipal de Saúde. A composição dos conselhos gestores foi previamente estabelecida, sendo que no nível central existiria uma Plenária de Entidades e Movimentos, interessados na questão de saúde no Município de São Paulo, que se constituiriam no espaço de participação para qualquer entidade ou movimento que queira contribuir para solucionar os problemas de saúde do município. Esta plenária contava, em 1989, com 64 instituições cadastradas participantes e, em 1992, contava com 230.

A consolidação destes níveis democráticos de gestão do Sistema Único de Saúde desempenha um papel fundamental no sentido de garantir que realmente o sistema esteja a serviço da população. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1989).

Como já mencionamos anteriormente, o órgão máximo de deliberação é o Conselho Municipal de Saúde, com composição da sociedade civil, trabalhadores e produtores de serviços e do poder

público, e que tomou posse na II Conferência Municipal de Saúde em 1991.

As Conferências Municipais de Saúde se constituíram como a forma institucional de controle social na saúde, e como expressão dessa conquista social (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992b, p. 2), historicamente construída em São Paulo, desde a formação dos Conselhos Populares de Saúde em 1978. Em 1989, foi realizado o primeiro encontro Municipal de Saúde com 300 participantes, e em 1990 a I Conferência Municipal de Saúde, com 1200 participantes, reunindo movimentos populares, sindicatos, associações de doentes e deficientes, pastoral de saúde e partidos políticos, representantes dos trabalhadores municipais, estaduais e federais, além de representantes do poder público. As prioridades colocadas foram: municipalização, fortalecimento do setor público, aceleração na implantação dos D.S. e a criação de um sistema de informação à população e aos funcionários das unidades .

Quanto à municipalização deliberou-se que deveria ser criada uma comissão composta de técnicos da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), representantes de Movimentos populares e trabalhadores de Saúde, com o objetivo de estabelecer os parâmetros de operacionalização dos recursos.

Em relação ao setor hospitalar reforçou-se a necessidade da municipalização imediata e a implementação do modelo de hospital aberto (todo paciente internado poderá ter um acompanhante ao seu lado durante as 24 horas do dia) em todos os hospitais da rede municipal.

Com relação aos recursos humanos (RH), introduziu-se a política de isonomia salarial e de horários, formação e reciclagem dos trabalhadores. Destaca-se a abordagem da violência em todos os níveis da sociedade e das condições violentas de vida, que foi um dos eixos orientadores propostos como estratégia para 1991, através de ações integradas intra e intersetorialmente (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1990d). É, assim, que segundo os preceitos do SUS e na concepção do processo saúde-doença enquanto socialmente determinado, "a SMS identifica o problema das condições violentas de vida como o eixo aglutinador para a ação do governo municipal, através de intervenções articuladas dos diversos setores que o compõem" (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1990b).

"Entendemos por violência uma realização determinada das relações de força tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais. Em lugar de tomarmos a violência como violação e transgressão de normas, regras e leis, preferimos considerá-la sob dois ângulos. Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata de um ser humano não como um sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência" (CHAUÍ, apud SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1990b).

Sob este ponto de vista, este problema é colocado como uma das tarefas da administração municipal. Além de buscar um avanço ao nível da consciência social, procura-se intervir diretamente no espaço administrativo, oferecendo respostas através de políticas públicas que se contraponham às condições violentas de vida.

No Distrito Sanitário, deveria-se dividir este problema nas suas dimensões técnico, política e administrativa, através de intervenções próprias do setor saúde e intersetoriais. Isto se traduziria na organização dos serviços de saúde segundo a lógica do enfrentamento da violência na rede ambulatorial e hospitalar, com adequada tecnologia a cada nível do sistema. Sendo a natureza das necessidades quem define a hierarquização correta em função da resolutividade dos serviços (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1990c).

Em 1992 realizou-se a II Conferência Municipal de Saúde contando com a participação de 1700 pessoas, esta conferência tinha preocupação de dar continuidade e aprofundar as deliberações da I Conferência sobre a municipalização dos serviços de Saúde e implantação do SUS no município. A II Conferência Municipal de Saúde - CMSSP - teve como tema central os "Distritos de Saúde: Construindo o SUS", distribuído no temário: Reorganização das ações e do trabalho em saúde, trabalhadores de saúde, financiamento, e controle social. As deliberações da II CMSSP segundo o temário estabelecido foram:

- municipalização integral dos serviços, imediata, com garantia de repasse dos recursos do Governo Estadual e Federal, com

gerenciamento único da SMS;

- reorganização do trabalho e das ações em saúde;

- fortalecimento dos DS com previsão de recursos para dotá-los de infraestrutura administrativa mínima, com autonomia de gerenciamento, planejamento e RH, e se manifestava pela necessidade de criação do Código de Saúde Municipal que estabelecesse princípios sanitários e epidemiológicos com integração de todas as ações e serviços sob a coordenação da SMS;

- recuperação da rede hospitalar, implementação de hospitais abertos, constituição de políticas de desospitalização (no sentido de limitar tempo de internação) e garantia de retaguarda hospitalar para o conjunto das UBS;

- com relação à saúde mental: que cada DS, considerando a realidade local, implante a criação de uma rede alternativa extra-hospitalar; e,

- garantia aos portadores de deficiências de participação na definição das políticas de saúde, bem como garantia de atendimento integral.

Também considerou-se a saúde da mulher, da criança, do idoso, do trabalhador, prevenção de AIDS e a proposta de inclusão das práticas alternativas e " [...] demais práticas corporais não alopáticas, a fim de garantir à população o direito de escolha e o livre acesso ao método terapêutico de sua preferência" (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1991b). Por decisão tomada nesta II Conferência e a partir da Plenária Municipal de Saúde, foi constituído o Comitê de Defesa da Municipalização.

Em 1992, realizou-se a III Conferência Municipal de Saúde, tendo como tema base a "Implantação do SUS no município de São Paulo" e as diretrizes para o próximo período.

Dentro dos temas colocados, para o próximo período estariam:

- dar continuidade à readequação do perfil da Secretaria, tradicionalmente voltada para a atenção médico-individual;
- assumir integralmente por parte do Município, o seu papel de gestor do SUS, inclusive a relação com o setor privado;
- promover o desenvolvimento gerencial, a modernização administrativa e completar o processo de descentralização;
- democratizar o acesso aos serviços e a gestão, ampliando e consolidando os mecanismos de controle social sobre a Secretaria e incentivando a participação popular (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992).

Sabemos que com relação à participação popular, a Secretaria teve também a criação do Conselho de Orientação do Fundo Municipal de Saúde (FUMDES) com representação dos trabalhadores e dos movimentos populares para fiscalizar e controlar todos os recursos repassados à SMS-SP, para orientar sua aplicação.

#### 2.4.4. A reforma inacabada: a municipalização.

De outro lado, desde o começo da administração a proposta de municipalização dos serviços de saúde era considerada necessária para a efetivação do comando único no município. Assim, as estratégias formuladas foram:

- a- Iniciar a discussão nas áreas em que a municipalização pudesse caminhar imediatamente;
- b- Promover a discussão da situação dos Recursos Humanos(RH) subordinados administrativamente à rede municipalizada de serviços, mas vinculados aos diferentes níveis do poder público (municipal, estadual e eventualmente federal);
- c- Criar um Fundo Municipal de Saúde que pudesse captar fundos e alocá-los no sistema de saúde (Secretaria DE HIGIENE E SAÚDE, 1989).

As diretrizes propostas pelo Movimento de Reforma Sanitária balizaram a orientação de que os serviços deveriam se municipalizar em São Paulo. Esse processo deveria atingir: os Centros de Saúde, os Laboratórios de análises clínicas, os Ambulatórios de Saúde Mental, o Pronto Atendimento Médico (PAM) do INAMPS estadualizado, os Hospitais Gerais, os Hospitais Psiquiátricos, a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária e, o Controle de Serviços Privados de Saúde. A proposta era de que a transferência destas três últimas deveria se dar por passos consecutivos, concomitante à transferência dos equipamentos. Este processo seria coordenado por comissões inter-institucionais, técnicos do nível central e diretórios regionais da Secretaria Estadual. Desta forma, foram selecionados os serviços que participariam da primeira fase de implantação, já que cumpriam com estes requisitos: experiências anteriores de integração entre serviços municipais e estaduais, possibilidade para integração entre serviços de complexidade distintas e, existência de movimentos organizados da população que

poderiam auxiliar no período de transição.

A SMS propôs como estratégia de ação a divisão do processo em fases consecutivas, considerando em cada fase as áreas geográficas das ARS e dos SUDS regionais. Foi apresentado um cronograma de implantação que iniciar-se-ia por 3 SUDS-R e incorporação a cada 2 meses, de modo a consolidar o processo em um período de 8 meses. A transferência das atividades relativas a Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Controle da Rede Contratada se daria também em fases consecutivas e concomitantes às transferências dos equipamentos, coordenada por comissões inter-institucionais. Na verdade este Plano Municipal de Saúde, de Maio de 1989, se constituiu na primeira proposta de municipalização apresentada pela SMS-SP para futura implementação (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1989).

Em Maio de 1990, a Prefeitura do Município de São Paulo formulou o Plano Trienal de Saúde em que se fez um diagnóstico da situação de saúde da população, dos serviços, e do modelo de atenção à Saúde. Fica evidente que a SMS tem responsabilidade administrativa legada pelo voto popular, enfatizando-se novamente a gestão democrática, a participação popular e a municipalização (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1989).

Em Agosto de 1990 a SMS publica um novo estudo sobre a municipalização como estratégia para a implantação do Sistema Único de Saúde, o que implicará em modificações profundas em todo o aparato político institucional, "[...] requisitando uma ampla discussão da sociedade, principal beneficiária do sistema". Este

documento retoma o Plano Municipal de Saúde de Maio de 1989, e coloca que a Secretaria Estadual de Saúde condicionou sua resposta àquela proposta à necessidade de estudos mais aprofundados em razão da falta de recursos financeiros por parte do SUDS-SP. Propôs-se uma comissão paritária que coordenaria 9 grupos de trabalho para analisar a proposta da SMS e instituir planos de operacionalização. Em 15 dias apresentavam as suas conclusões concordando com a metodologia proposta e estabelecendo mecanismos que avançariam em direção ao SUS municipal.

De Agosto de 1989 a Julho de 1990, usuários, trabalhadores de saúde, técnicos e dirigentes do setor pressionaram para que os entendimentos fossem retomados oficialmente. Posteriormente, em reunião envolvendo os Secretários da Saúde do Município e do Estado, elaborou-se uma proposta que previa a municipalização em etapas consecutivas de acordo com a complexidade dos equipamentos. Numa primeira etapa deveriam se municipalizar as UBS, os ambulatórios e os laboratórios, numa segunda os cinco PAMS do INPS e numa terceira os Hospitais.

Assim, com a proposta elaborada pela SMS e com a estratégia de regionalização e consolidação dos Distritos de Saúde, "[...] corre-se portanto, o risco de se promover a prefeiturização da rede básica de saúde e não um plano de Municipalização que viabilize o SUS na cidade de São Paulo". Quanto a os aspectos técnico-gerenciais, a proposta faz poucas referências. As UBS são classificadas segundo a produção potencial de consultas, e não a real. O número de funcionários necessários nas UBS está subestimado

e inferior ao quadro de pessoal que opera com a SMS, usando os parâmetros do Estado como critérios exclusivos para definir as necessidades dos serviços. Essa municipalização proposta traria um aumento de despesas de aproximadamente 325 milhões de dólares ao Município.

Diante destas questões, a SMS propôs ao INPS a instalação de uma comissão paritária, envolvendo o Ministério da Saúde e as duas Secretarias com o objetivo de esclarecer questões, tais como:

- As propostas levam a consolidação do SUDS ou do SUS?
- Como garantir na municipalização a regionalização e hierarquização ?
- Qual o desenho de competências entre a União e o Município no gerenciamento, operação e no financiamento após e durante a municipalização?
- Qual a melhor estratégia a ser adotada? Por etapas? Ou por regiões?

Neste documento, desconsidera-se a imprescindível municipalização de hospitais gerais para que se pudesse constituir os DS sob um comando único e com mecanismos de referência e contra-referência eficazes.

Algumas regiões, que incorporassem serviços de diferentes níveis de complexidade, contribuiriam para testar modelos gerenciais e mecanismos de referência e contra-referência. A alternativa proposta neste documento volta àquela de 1989, que apontava que a primeira etapa deveria ocorrer com a transferência de: 188 UBS, 8 ambulatórios de especialidades estaduais, 11 PAMS

estadualizados, 15 ambulatórios de saúde mental, 13 laboratórios de análises clínicas, 15 consultórios de médicos de família, 1 pronto socorro, o Hospital de Heliópolis, o Psiquiátrico de Barra Funda, o do Ipiranga, o Geral de Sapopemba, e o Complexo Hospitalar do Mandaqui. Desta forma, "[...] a Transferência dos Hospitais citados facilitaria a implantação dos Distritos de Saúde de Mandaqui, Ipiranga e, Sapopemba,". O documento também contempla os custos dos equipamentos hospitalares, e a transferência das atividades de controle e execução de ações ligadas a Vigilância Epidemiológica e Sanitária, em recursos tecnológicos, humanos, materiais e financeiros que contribuem para a realização de tais atividades (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1990d).

Nesse mesmo ano, em 4 de janeiro de 1990, é criado por lei no. 10830, para captação de recursos para o FUMDES, com a finalidade de receber diretamente recursos financeiros de instituições públicas ou privadas. Este fundo seria gerenciado por um Conselho de Orientação, formado por 1 representante da SMS, 1 da Secretaria de finanças, 1 do Conselho Municipal de Saúde, 1 da Câmara Municipal, 1 do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais, como já colocado anteriormente.

Os recursos que compõem o FUMDES são provenientes de convênios com o governo federal para atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares. Esses recursos equivalem a 20% do orçamento da Secretaria. Em 1991 o FUMDES arrecadou 13.5 bilhões de cruzeiros, e foram aplicadas e utilizadas 12.5 bilhões em : aquisição de medicamentos e materiais médico-hospitalares, reformas

de unidades e construção de outras, pagamento de salários, aquisição de materiais permanentes (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992e).

Em 1992, o Secretário Municipal de Saúde, Carlos Neder, recoloca estas propostas de municipalização feitas em 1989. Até esse momento, a SMS tinha assumido cerca de 20 unidades, entre elas o Pronto Socorro de Sapopemba, sem o apoio financeiro do Tesouro Estadual. "Participamos e apoiamos a manifestação organizada pelos movimentos populares de saúde e entidades sindicais por entendermos que a municipalização é um preceito constitucional inerente ao SUS, imprescindível para a melhoria da qualidade dos serviços e a racionalização do sistema".

O processo de municipalização para esse momento envolvia 217 UBS, 17 hospitais, 25 ambulatórios de especialidades, as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica e a Saúde do Trabalhador, gerenciados pelo governo Estadual; "[...] a transferência dessas unidades significaria um avanço para a organização dos serviços de saúde na cidade de São Paulo. Como a municipalização é o caminho para a consolidação do sistema único de saúde, está com a palavra o Governo de Estado". Também se propôs a municipalização imediata de 30 unidades de saúde, sem exigência de recursos financeiros, sem êxito (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1992d).

Em 11 de setembro de 1992, é assinado o convênio de municipalização de 36 unidades, entre elas o Pronto Socorro e Ambulatório de Especialidades de Sapopemba. A municipalização integral significaria receber cerca de 270 Unidades Básicas de

Saúde, 25 Ambulatórios de Especialidades e 17 Hospitais Gerais, com cerca de 25000 funcionários, "[...] demandando equiparação salarial com o município, além da contratação de pessoal para cobrir o déficit de 70% do quadro atual da rede Estadual. Por tanto, exigindo a participação dos Governos Federal, Estadual e Municipal no seu financiamento" (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1992f).

Para nós, foi muito importante assistir à III Conferência Municipal de Saúde, e ser partícipe de um momento em que trabalhadores, movimentos populares organizados e usuários dos serviços expressavam abertamente suas idéias. Consideramos que são momentos de comprovação do poder democratizante de serviços públicos, com projetos mais abertos para as populações.

Agora queremos dar ênfase especial ao trabalho realizado pelas equipes do CEFOR, COAS e Cooperação Italiana, já que estes se encarregaram de dar corpo teórico e prático ao processo de "distritalização", tanto na definição dos Distritos Sanitários como unidades gestoras, quanto em relação ao seu perfil técnico-assistencial.

#### **2.5. Tentativa de resumir os êxitos do trabalho da Secretaria Municipal de Saúde 1989-1992.**

Após três anos e meio de intenso trabalho, a SMS-SP, deu passos importantes para a concretização do SUS em São Paulo, compromisso assumido pelo Governo Municipal, pelos funcionários e usuários, que poderíamos citar assim:

- descentralização da estrutura da Secretaria;
- democratização das relações de poder e controle social;
- realização das Conferências Municipais de Saúde;
- implantação do Conselho Municipal de Saúde, e dos Conselhos Gestores, que de 1989 a 1991 cresceram em mais de 50%;
- criação do Conselho de Orientação do Fundo Municipal de Saúde;
- implementação da Plenária Municipal com cerca de 230 entidades e movimentos cadastrados, e os conselhos populares em número de 60;
- valorização dos trabalhadores da Saúde;
- houve um rico investimento na política de recursos humanos, com a criação de 30.821 cargos e a realização de 84 concursos públicos para diversas categorias profissionais, acrescentando 16.000 funcionários para a Secretaria e efetivando os admitidos em concursos; em 1989, dos 23.550 trabalhadores, aproximadamente 30% eram efetivos em comparação com 1992 quando de 41880 os efetivos estavam por volta de 86%; foram realizados os concursos, instituiu-se a GASS (Gratificação de Apoio aos Servidores da Saúde) e equiparação salarial; além das políticas já discutidas de remoção e TLP e da criação do CEFOR;
- evolução do orçamento na saúde: o percentual de orçamento destinado à saúde aumentou de 8.6%, em 1988, para 13.8%, em 1991, atingindo 15.4%, fato inédito na história do município; ressalta-se também que o Governo Municipal investiu entre 1989-1992 o montante de 48.1% do orçamento na área social, contra 33.8% no governo

anterior;

- abertura de 6 serviços de Ambulatório especializados, 3 ambulatórios especializados isolados, 5 laboratórios, 6 centros de referência em Saúde do trabalhador, 11 hospitais-dia em Saúde Mental, 11 Centros de Convivência, dois Centros de Referência Infantil e um Centro de orientação a AIDS;

- abertura de 64 novas unidades de saúde, entre elas 5 hospitais (Campo Limpo, Ermelino Matarazzo, Jd Sarah, Jd Iva, Vila Nhocuné), e 4 prontos socorros; o investimento em obras foi feito com recursos próprios, tendo a SMS assumido 80% dos gastos totais na sua edificação e aquisição de equipamentos necessários, adquirindo telecomandos, tomógrafos, ultra-som e outros, além de garantir medicamentos e insumos nos serviços existentes;

- foram ampliados e reformados 179 unidades de saúde;

- houve mudança no enfoque das ações da Secretaria; se democratizou o acesso aos hospitais, implantando o Hospital Aberto, com mães e acompanhantes durante as 24 horas, com direito a acomodação e refeição, executando ações educativas voltadas para esses acompanhantes, além da implementação de unidades de triagem (UOT) com profissionais médicos, e grupos de orientação e resposta (GORD) a demanda nas unidades básicas de saúde;

- municipalização: desde 1989 se apresentou ao Governo de Estado várias propostas de municipalização que esbarraram na falta de vontade política do Estado em descentralizar, pelo receio de fortalecer o município enquanto dirigente do Sistema e na omissão em participar do financiamento do SUS. Mesmo assim se assumiram 36

unidades entre elas um pronto socorro e ambulatório de especialidades de Sapopemba, sem contrapartida financeira do Estado.

A municipalização integral implicava receber 270 unidades básicas de saúde, 25 ambulatórios de especialidades, 17 hospitais gerais, e cerca de 25.000 funcionários, demandando equiparação salarial com o Município (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992c). Para melhor visualização da evolução da SMS-SP no período de gestão estudado (1989-92) observe as tabelas comparativas abaixo:

*Tabela 1. Número de equipamentos adquiridos.(S.M.S-SP, 1991f)*

---

PRINCIPAIS EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS A PARTIR DE 1991

---

TAC	02
EQUIPAMENTO DE RX	05
LABORATÓRIOS	04
AMBULATÓRIOS	117

---

Tabela 2. Percentagem do orçamento investida em saúde, Número de equipamentos físicos, dados de produção e recursos humanos, SMS-SP, em em 1988 e 1991. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1991f)

DADOS FÍSICOS/PRODUÇÃO/RH	1988	1991
% DE ORÇAMENTO PARA SAÚDE	11.1	16.3
-----		
Nº DE UNIDADES		
-----		
HOSPITAIS	9	14
PRONTO SOCORRO	9	12
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	119	139
CRST (CENTRO DE REFERENCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR)	-	05
CECCOS (CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVA)	-	10
HOSPITAIS DIA	-	05
COA/DST-AIDS (CENTRO DE ORIENTAÇÃO DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS)		02
-----		
-----		
DADOS DE PRODUÇÃO	1988	1991
-----		
LEITOS PLANEJADOS	1703	2666
-----		

continuação

---

LEITOS OPERACIONAIS	1286	2014
TAXA DE OCUPAÇÃO %	72.3	80.2
MEDIA DE PERMANÊNCIA	7.8	7.1
CONSULTA DE EMERGÊNCIAS	3 143789	3456148
CONSULTAS AMBULATORIAIS	2 659725	3327870
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	361411	538614
INTERNAÇÕES/COM HSPM	45728	73891

---

RECURSOS HUMANOS

---

CARGOS CRIADOS PARA SMS	-	30821
PESSOAL EXISTENTE	23469	33336
% EFETIVOS	28.7	63.7

---

Tabela 3. Quadro comparativo das unidades de saúde da SMS-SP, no período de 1988-91. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1991f)

SNS	1988	1989	1990	1991
UBS	119	137	138	139
HOSPITAL GERAL	05	05	07	07
HOSPITAL ESP	03	03	03	03
MINI HOSPITAL	-	-	03	03
PRONTO SOCORRO	07	07	07	07
MINI P.S	01	02	03	05
PRONTO ATENDIMENTO	11	11	09	08
CRST	-	02	06	06
CRTA	-	-	01	02
LAB	02	02	04	05
AMB ESP	-	-	02	04
CENTROS CONVIVÊNCIA	-	02	07	10
CRI	-	-	-	01
HOSPITAL DIA	-	-	04	06
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>171</b>	<b>194</b>	<b>206</b>

## CAPÍTULO III

A NECESSIDADE DE TRABALHO CONJUNTO, NUM CENÁRIO DE DISPUTAS:  
CENTRO DE ORGANIZAÇÃO A ATENÇÃO À SAÚDE (COAS)/ COOPERAÇÃO  
ITALIANA CENTRO DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE (CEFOR)  
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA, PESQUISA, INFORMAÇÃO (CEPI).

A administração do PT desde o início de sua gestão, caracterizou-se pelas reformas a muitos níveis. Como já apontamos anteriormente, iniciou-se com uma ampla reforma institucional que refletia uma forma diferente de organizar uma Secretaria de Saúde. Nesse processo de proposta de reforma institucional participaram diferentes sujeitos, com diferentes visões e finalmente, como já apontamos foi elaborado um projeto de reforma a ser viabilizado, com o propósito claro de configurar o SUS municipal.

Encontramos que no caminho de viabilização desse projeto, as diferentes visões sobre os problemas a serem enfrentados na SMS-SP foram tecendo uma rica composição de forças, com consensos e disputas. É assim que identificamos dois grandes núcleos formuladores, amplamente reformadores das políticas de saúde: o COAS/ Cooperação Italiana e o CEFOR, e digamos que com um processo menos reformador, o CEPI. Não queremos com isto desconhecer, e tentaremos colocar neste capítulo, as diferentes visões que o CEFOR e o COAS tinham e que configuravam-se como diferentes

propósitos, métodos e organização sobre alguns tópicos que determinavam também um campo de disputa.

Como já indicamos anteriormente a SMS-SP encontrou como eixo norteador da reforma em saúde a construção dos SILOS, denominados em São Paulo como: Distritos de saúde (DS).

Para entender o processo de construção original e enriquecedor dos DS em São Paulo, deve-se procurar compreender os elementos teórico-metodológicos introduzidos pelo COAS com assessoria da Cooperação Italiana, e o CEFOR.

Nesse processo de construção, diversas leituras sobre os temas e a sua implementação foram realizadas. Tentaremos desvendá-las e discuti-las, retomando o marco teórico dos autores brasileiros (GONÇALVES, SCHRAIBER, MENDES, CAMPOS, MERHY ) já referido previamente.

Em fevereiro de 1990, depois de ser criado o COAS, três técnicos da SMS participaram de um curso de gerenciamento de Sistemas Locais de Saúde em Salvador, Bahia, sob a orientação da Cooperação Italiana no Brasil. Assim, em setembro do mesmo ano, a convite do Secretário Adjunto da SMS, houve um encontro de representantes da Cooperação Italiana, e técnicos do nível central da SMS- SP, para capacitar gerentes distritais. Em dezembro do mesmo ano, discutem-se os principais pontos de uma carta de intenções entre a Cooperação Italiana e a SMS-SP, envolvendo a prestação de consultorias no processo de implantação dos Distritos de Saúde.

Assim, em dezembro deste ano, representantes da Cooperação Italiana e representantes do CEPI, COAS, e do CEFOR, analisam os principais pontos para dar início a um plano conjunto de reorganização dos Serviços de saúde.

Em 22 de Janeiro de 1991, é assinada a carta de intenções pelo Secretário Municipal de Saúde e pelo Coordenador dos projetos da Cooperação Italiana no Brasil.

A proposta de desenvolvimento gerencial contemplava os seguintes temas: sistema de informação, planejamento e programação local de saúde, gerência físico-financeira, vigilância à saúde, organização e avaliação dos serviços. Os Distritos escolhidos para uma primeira fase de trabalho foram: Itaquera, Brasilândia e Campo Limpo. Esta primeira fase de concentração nestes Distritos contava com a assessoria da Cooperação Italiana, baseada em uma oficina de trabalho de uma semana de duração, que levanta os problemas locais e selecionando o pessoal que viria a ser, posteriormente, multiplicador.

Num segundo momento, ocorreria a capacitação das equipes dirigentes das ARS e dos DS que não participaram do primeiro encontro, para completar o processo de capacitação e implementação dos módulos em todos os Distritos de Saúde em oito meses (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1990e).

Outros pontos estavam contidos na Carta de Intenções firmada. Foram eles: promover a integração da SMS, através do Centro de Recursos Humanos/CEFOR, com o Centro de Documentação

sobre Sistemas Locais de Saúde e oferecer condições para ida à Itália, em estágios de curta duração, de funcionários da SMS-SP para complementar as atividades de assessoria (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1991c).

Assim, o COAS, junto com a Cooperação Italiana no Brasil e o CEFOR, desenvolveram numerosos programas de capacitação. Vários deles foram organizados como oficinas de trabalho com os gerentes e trabalhadores dos serviços locais. Os temas mais relevantes que foram trabalhados na via da implementação dos Sistemas Locais de Saúde, foram, em 1990: Planejamento Situacional em Saúde, Territorialização e Sistemas de Informação. Outros temas foram trabalhados pelo COAS, como: as necessidades de saúde das comunidades, detecção de focos para melhoramento de áreas urbanas de baixa renda, apoio às atividades de reorganização dos serviços, hospital aberto, saúde mental, vigilância à saúde, entre outros.

Porém, pela importância dos temas, que se constituíram em eixo de um novo *modelo tecno-assistencial* em São Paulo, vamos nos deter um pouco mais na discussão em torno da territorialização, sistema de informação e planejamento situacional, que foram as ferramentas básicas fornecidas por estas oficinas de trabalho para operar a construção dos SILOS no município.

#### - TERRITORIALIZAÇÃO

É realizado entre março e abril nos DS de Itaquera e Campo Limpo, oficinas de trabalho sob a coordenação da Dra. Carmen

Unglert.

O conceito de territorialização que estas oficinas de trabalho tentaram passar aos DS tem algumas modificações importantes com relação ao que já colocamos em linhas gerais de territorialização e SILOS.

O primeiro deles seria que este grupo trabalha com o conceito de território como um cenário político-operativo que se dá em interação população-serviços, sendo um espaço estabelecido por atores sociais. Representam, portanto, muito mais que uma superfície geográfica, tendo dentro dele perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que se expressa em permanente construção.

Este passo de territorialização para eles é de extrema importância já que permite a caracterização das populações e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde das populações.

Enfatizam a necessidade de estudar a acessibilidade sobre diversas abordagens, tais como: a geográfica, a cultural, a econômica e a funcional. Para a construção de uma base territorial deve-se, segundo eles, respeitar:

- os limites geográficos dos censos;
- as barreiras geográficas, tais vias de acesso, dificuldade para se deslocar, etc., que determinam a acessibilidade;
- a organização espontânea da comunidade que deve ser estudada e considerada;
- O fluxo espontâneo da população a procura de serviços de

saúde, traduzido como pesquisa à demanda;

Parte-se da idéia de que este trabalho terá um reflexo na cobertura, transcendendo os limites tradicionais de uma simples proporção numérica. Isto implica em que exista uma dinâmica na qual intervenham necessidades e aspirações das populações expressas pela demanda aos serviços (UNGLERT, 1987, p.439).

É interessante ter uma proposta que respeite a história das populações e que estuda a acessibilidade aos serviços a partir dessas múltiplas visões. Porém, discordamos que este trabalho venha garantir a definição da cobertura proposta, já que para nós as necessidades de saúde não se limitam ao marco das necessidades expressas nos serviços. Consideramos que estas extrapolam as que são expressas nos serviços passando por necessidades que não são expressas, por representações de saúde-doença culturalmente determinadas, que nem sempre poderiam ser catalogadas como convenientes para os serviços de saúde, por não entrarem dentro do conjunto previamente estabelecido de possíveis necessidades que a clínica faz.

A partir de experiências vivenciadas no nível local, sistematiza-se e operacionaliza-se o processo de territorialização da seguinte forma: elaboração de um mapa base, utilizando os limites geográficos dos setores censitários, respeito à distribuição por conglomerados previamente estabelecidos pela população, identificação de barreiras geográficas, que é um dos mais interessantes, já que contempla barreiras naturais e barreiras

criadas pelo homem, como ruas, barreiras de fluxo de população, acessibilidade de ônibus. Enfim, desta maneira, faz-se o mapeamento (UNGLERT, 1991).

De outro lado entendemos que esta proposta de territorialização entende a saúde-doença como um problema de "riscos", de predisposições externas que fazem com que um as pessoas adoeçam ou não. cremos que está presente aqui um conceito puramente epidemiológico, que se, por um lado, permite um maior conhecimento de uma área de cobertura considerada enquanto conjunto de dados sócioeconômicos, por outro lado, coloca sempre a gênese da doença em algo externo que afeta a um ser orgânico.

É importante, aqui, resgatar o conceito de *heterogeneidade estrutural* (POSSAS, 1989), para se entender como a visão acima referida, trata-se de um conceito restrito de saúde-doença. Até mesmo epidemiologicamente falando, apresenta problemas. Uma vez que, a partir do que Cristina POSSAS trabalha, sujeitos de uma mesma classe social podem estar sujeitos a "riscos" diferentes dependendo de sua inserção laboral. Então, emerge a questão: como mapear esse dados num território, se os "riscos" muitas vezes estão fora dele?

Dando continuação ao tema das oficinas de trabalho...

Após a realização das mesmas, alguns "nós" críticos, que antecederiam qualquer vislumbrar do que se havia trabalhado teoricamente, foram apontados pelos participantes, tais como: a indefinição das áreas geográficas/territoriais dos Distritos de Saúde e o não delimitação

e reconhecimento das áreas de abrangência das UBS, incluindo as das unidades estaduais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992g).

Neste momento começa o trabalho de normatização dos territórios e dividem-se os distritos em:

- território-distrito, delimitado com base em critérios político-administrativos;

- território-área de abrangência de cada unidade ambulatorial, definido através de critérios de barreira geográfica, usados pela geografia humana já mencionados;

- território-microárea, ou área de vigilância à saúde, delimitado com base à lógica das áreas homogêneas de risco, segundo critérios sócioeconômicos e epidemiológicos; e,

- o território-domicílio, entendido como momento privilegiado de operacionalização das ações de vigilância à saúde.

Estes territórios passam a ser incluídos dentro do sistema de informação, denominado de *Blade Runner*.

O objetivo desta territorialização é: "a apropriação do território pelos distintos atores sociais, sendo que, no entanto, o objeto escolhido pode variar na dependência de cada realidade local. Em alguns casos, essa apropriação se deu através do estudo da mortalidade infantil. O objeto portanto é fruto de uma opção tomada por grupos que estejam motivados para analisá-lo, ante uma realidade" (UNGLERT, 1993, p. 225).

A existência de uma base territorial no processo de implantação de distritos sanitários possibilita:

- a concepção de saúde-doença enquanto processo social;
- a orientação para problemas, que serão identificados e tratados em referência a uma população em um espaço determinado;
- a determinação do impacto sobre os níveis de saúde da população;
- o planejamento local através da apropriação do processo pelos profissionais da área;
- o estabelecimento de responsabilidades entre os recursos de saúde e a população; e,
- a implantação de um modelo assistencial regionalizado, voltado para formas hegemônicas de retorno social e de demanda coletiva (UNGLERT, 1991, p. 235).

Estas oficinas de trabalho capacitaram técnicos das ARS e em seguida dos Distritos Sanitários (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992g), sendo que os técnicos que assimilassem satisfatoriamente os conceitos participariam de uma outra oficina para formação de multiplicadores.

Multiplicador, que mais que um "repassador" de experiências e conhecimentos, deveriam desenvolver habilidades técnicas e pedagógicas que possibilitem a reorientação das ações, estimulando a formação de grupos de trabalho dentro das localidades. Este multiplicador se encarregaria também de mapear o seu Distrito de Saúde, segundo o interesse das equipes em aprender o instrumental em desenvolvimento e segundo as condições técnicas existentes nos distritos para tal implementação. Também se responsabilizaria por contactar supervisões periódicas com técnicos do CEFOR, COAS E CEPI (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, COOPERAÇÃO ITALIANA, 1991e).

Esta proposta de territorialização está claramente unida com o sistema de informações e o sistema de planejamento local como veremos posteriormente.

Este trabalho multiplicador, identificava os "nós" críticos, que nas Oficinas de trabalho foram detectados, da seguinte forma: os distritos sanitários inicialmente ainda que legalizados, tinham uma grande indefinição geográfica; além disso, os assistentes a nível local, consideravam excessivo o conteúdo teórico, denotando em algumas ocasiões o insuficiente conhecimento técnico dos participantes; a prevista dificuldade de incorporação do processo no cotidiano de trabalho, dada a escassez de recursos humanos para viabilizar estas propostas com o trabalho ao nível local, entre outros problemas assinalados.

Vale a pena decantar para não perder a riqueza deste material. A primeira questão a ser melhor trabalhada, que cruza por nossa cabeça, trata-se do que se concebe como território. Mesmo entendendo que esta proposta avança consideravelmente, de forma inovadora, também sentimos que o território, concebido nesses "moldes", trata-se de um território externo. Parece que o território segue sendo geográfico em alguma medida. Por que?

Consideramos que os serviços também fazem parte do território e que exatamente os "nós" críticos assinalados pelos participantes estão traçando dois territórios não contemplados: o território interno dos serviços, e o território interno das pessoas e dos relacionamentos.

Pode parecer um tanto bizarro, porém julgamos que é necessário ressaltar que é exatamente nestes pontos que as políticas esbarram em dificuldades de implementação. Gostaríamos de lembrar a discussão que (CAMPOS, 1992a, 1992b, 1994) faz com relação à produção de sujeitos que sejam capazes de viabilizar as transformações concretas no sistema público, sendo capazes de transformar o cotidiano, de romper com os micropoderes, que tenham uma atitude de permanente questionamentos, sujeitos que sintam o *desejo* e a *necessidade de autogerir* o dia a dia, e de questioná-lo permanentemente.

Mais que barreiras geográficas, que de fato existem, estão presentes dentro dos serviços enormes barreiras "humanas", que obstaculizam o atendimento dos usuários. Barreiras de compromisso, de vínculo e de acolhimento, para retomar um pouco os questionamentos de Emerson Elias MERRY (1993B). Pode-se perguntar: para que teorizar sobre o vínculo, o compromisso e o acolhimento?; porque os espaços interiores devem ser liberados das "barreiras" institucionalmente estabelecidas?; e, ainda: Onde se deve investir?; numa mais profunda e minuciosa divisão do território, até atingir o território moradia como propõe Eugênio V. MENDES (1992b)?; como é usada essa informação, além de realizar vigilâncias à saúde?

Acreditamos que a riqueza de informação, que o território pode oferecer, extrapola a tentativa de resolução dos problemas pelo privilegiamento da epidemiologia, como propõe Ricardo Bruno Mendes GONÇALVES (1986), e a implementação de programas.

Ademais, no que muda a compreensão da realidade do usuário este processo de territorialização ?

Chegamos a conclusão de que para quem se encarrega de colher os dados nas populações - método de estimativa rápida - consegue-se, ao nível local, quebrar com o espaço territorial do centro de assistência e adentrar na comunidade a procura de "realidade". Este método permite coletar informações básicas através de informantes chave, pessoas das populações, das escolas, comerciantes, farmacêuticos, líderes comunitários que podem dar informações dos territórios, e sobre suas necessidades. Portanto, trata-se de dados eminentemente qualitativos e de acordo com a realidade de cada localidade (ANNET, RIFKIN, 1988).

Colocam-se outras questões: isto muda a compreensão das queixas dos usuários a os serviços?; muda a forma de aproximação à sua dor?

Creemos que se neste processo, a equipe se comprometesse como um todo, se avançaria na compreensão de algumas das queixas. Porém, sabemos que a coleta de informação quase sempre é feita pelos profissionais que trabalham dentro dos serviços, mas que especificamente não realizam atenção. Então a afirmação que a territorialização possibilita a concepção de saúde-doença como processo social é interessante mas não corresponde a realidade.

Qualquer transformação, que se pretenda concreta, para nós está relacionada com uma visão diferente da clínica, que se envolva real e efetivamente na compreensão das queixas dos pacientes, e em seus aspectos sociais.

Mais uma vez queremos realçar a importância da construção das histórias locais, já que finalmente este tipo de metodologia sendo mais específica, levanta dados, que poderiam servir para entender processos de conformação de necessidades das populações, processos de criação e apropriação dos espaços. Acreditamos que tudo isto faz parte de uma territorialização mais dinâmica. Por outro lado, entendemos que este tipo de instrumentos que exigem transformações nas mentalidades debate-se com processos de cristalização muito profundos que também cremos deveriam ser suficientemente estudados.

O monitoramento deste processo de territorialização e levantamento de informação foi realizado pelos assessores do COAS, junto com trabalhadores dos serviços.

Como vimos a implementação da territorialização está intimamente ligada ao sistema de informações.

#### **-SISTEMAS LOCAIS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.**

Tinha-se como objetivo principal oferecer aos participantes das oficinas de trabalho sobre este tema, a divisão do território do distrito em áreas de abrangência e homogêneas de risco, estabelecendo fundamentos teóricos e metodológicos que permitissem as seguintes reflexões básicas:

-que por meio do sistema de informações local se tenha a capacidade de identificar os problemas mais relevantes de cada contexto local;

- que forneçam o suporte ao gerenciamento local;
- que levem à democratização do atendimento à saúde, e a transparência institucional, por meio da participação dos profissionais dos serviços e da população.

A ideia básica é romper com a centralização dos dados e as grandes limitações que se têm no acesso a estes. Tais como: dados eminentemente medicalizantes, coleta excessiva de dados de pouca utilidade, enfim, informações médicas e não são de saúde, as quais dificultam a construção de articulações com outros setores, por exemplo: saneamento básico, aglomeração habitacional, etc.

Outro ponto importante é a inexistência de participação da comunidade na geração e no uso das informações (TASCA, 1993, p. 276).

Assim, se propõe coletar informação demográfica, sócioeconômica e epidemiológica, identificando as fontes de dados existentes, revisando os instrumentos de coleta, além de coleta de informações através de visitas no terreno, (técnica de estimativa rápida), consulta de fontes oficiais, construção de dados a serem introduzidos no computador, e escolha destes para visualização nos mapas, tendo que ser trabalhados com profissionais da área de informática.

Os dados têm importância na medida que:

- se orientam aos problemas e refletem a situação de uma área determinada;
- levam à construção de indicadores ou eles mesmos representam indicadores;

- permitam comparar diversos territórios entre si;
- possibilitem influenciar as ações de gerência do distrito ou das unidades ambulatoriais;
- sejam confiáveis, desde que possuam um *bom senso* de objetividade;
- possam ser localizados numa das divisões ou num ponto geográfico determinado.

Estes dados são organizados num sistema computadorizado denominado "Blade Runner", nome inspirado no filme homônimo, no qual se usa um aparelho que permite aumentar consideravelmente detalhes da tela. Graças a este instrumento, consegue-se perceber diferenças fundamentais, porém invisíveis em tamanho normal. No distrito sanitário, o "Blade Runner" confere poder discriminatório às informações.

Os principais elementos inovadores deste sistema são:

- a participação da comunidade na geração dos dados;
- a inclusão de dados sócioeconômicos ;
- de recursos vindos da sociedade civil ( conselhos, sindicatos, movimentos populares, organizações comunitárias, etc);
- a distribuição espacial das informações no território do distrito sanitário através da visualização nos mapas; e,
- a divisão do território em áreas progressivamente menores.

Este processo de coleta de dados e visualização permite esclarecer quando as situações de risco e os recursos estão distribuídos de forma heterogênea e também as razões dessa distribuição; possibilita dividir o distrito sanitário em áreas internamente homogêneas (microáreas), nas quais a população estaria

sujeita a riscos semelhantes; levantar os principais problemas que causam a baixa qualidade das informações geradas no nível periférico, especificamente nas unidades básicas de saúde; sugerir propostas concretas de mudança de processamento e fluxo de informações do nível central ao local; e da possibilidade de construir pontes com instâncias comunitárias e instituições públicas (TASCA, 1993, p. 287).

Este tema como já mencionamos acima foi abordado durante os vários momentos das oficinas de trabalho. Nestas oficinas identificamos alguns "nós" críticos.

Ressurge a queixa entre os participantes de excesso de conteúdo em relação ao tempo de trabalho. Soma-se a isto um conhecimento teórico insuficiente dos participantes e ausência de reconhecimento de necessidade de um sistema local de informações. Um dado emergente é o insuficiente envolvimento do CEPI na fase inicial estabelecendo um paralelismo do sistema local com o sistema central de informação.

Os nós relatados pelos distritos, durante a implementação do sistema já indicavam insuficiente acompanhamento por parte da Secretaria e da cooperação italiana e desarticulação entre oficinas de sistema de informação e as de planejamento.

Este trabalho foi completamente desenvolvido em dois distritos de saúde (Itaquera e Campo limpo). Nos demais, houve falta de microcomputadores e de apoio aos trinta e um distritos de saúde forma equitativa e simultânea na construção deste sistema de informação (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992g).

Queremos retomar uma das dificuldades encontradas na implementação deste sistema de informação que nos dá um dado de incoerência interessante com relação a "insuficiente envolvimento do CEPI no momento inicial e conseqüente paralelismo do sistema local com o sistema central de informação". Para isso é necessário entender que o CEPI, é o coordenador das atividades de vigilância em saúde e sistema de informações da Secretaria, cumprindo com a assessoria do Secretário, elaborando as análises epidemiológicas do município e mantendo relação com outros níveis do sistema de saúde - federal e estadual- (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1991c).

No trabalho de campo, os trabalhadores do serviço referiam sentirem-se pressionados por diversas *linhas de força*. O CEPI, defendendo um sistema de informação centralizado, e o COAS - Cooperação Italiana, com a defesa de um sistema de informações que privilegie o local e suas necessidades. Entendemos que as instituições têm trabalhos historicamente construídos, no entanto, também acreditamos que esta disputa de informações, no início da implantação, dificultou e criou graves conflitos no interior dos grupos de trabalho, que já tinham uma carga inusitada de trabalho, e que além disto não conseguiam optar entre estes "projetos em disputa".

Sabemos que foram incorporados, em 1992, alguns elementos conceitualizados como vigilância sanitária à saúde, aceitando que a informação devia ser centralizada na UBS. Na ocasião, o CEPI faz uma proposta de implantação do sistema local de informações para outros distritos de saúde diferentes de Campo Limpo e Itaquera,

levando em conta a experiência desenvolvida em tais locais pela Cooperação Italiana (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992h). Houve, ainda que no final da gestão, uma solução de compromisso.

A nosso ver, antes de implementar uma política desta índole, deveriam ter havido negociações, tanto no que diz respeito à viabilidade quanto à cooperação.

Além disso, a proposta e os métodos não foram trabalhados ou encontraram processos cristalizados que não permitiram uma reforma institucional no interior do CEPI.

Entendemos que existe uma grande diferença de concepção entre essas duas propostas o que demandaria um tempo maior para avaliar criticamente os resultados.

Neste tema de sistema de informação, uma vez mais acreditamos que o problema das informações situa-se fora dos serviços, e que as informações que o cotidiano da assistência, e dos processos de gestão não são o suficientemente incorporadas. Aqui nos perguntamos: é o sistema de informações que muda os serviços, ou são as mudanças ao interior dos serviços, a gestão, a qualidade da assistência, que têm a capacidade de mudar os sistemas de informação?

Novamente queremos trazer o olhar do "exterior" para o "interior". Porém, sem ser este o motivo de formação de recursos humanos, o CEFOR contribui profundamente na construção das bases de uma mudança, ao investir nos sujeitos que trabalhavam nesses locais. Infelizmente o processo foi curto, e não permitiu avaliar nessa conjuntura de governo os alcances de tal investimento.

#### -PLANEJAMENTO SITUACIONAL LOCAL

Este tema foi desenvolvido pela Dra. Carmen Fontes Teixeira, e implementado pelos assessores do COAS. Este tema também foi trabalhado em oficinas. Assumiu-se o enfoque situacional para a intervenção nos problemas de saúde da população, desenhando uma proposta metodológica de planejamento estratégico situacional, com os momentos já conhecidos de análise da situação de saúde, desenho de uma situação objetivo, desenho de estratégias de ação e finalmente organização do sistema de gerência estratégica do D.S, que corresponderia ao acompanhamento da execução e ao controle gerencial dos resultados alcançados.

Os objetivos desta metodologia seriam os de identificar os grupos populacionais existentes no distrito, junto com o sistema de informações, descrevendo os problemas de saúde encontrados. Tais problemas deveriam ser priorizados, assim como as explicações e identificação dos fatores determinantes nos vários planos da realidade sócio-sanitária, e as intervenções necessárias para sua resolução. As variações do método clássico de planejamento situacional, segundo Carmen TEIXEIRA (1993), estão dadas na priorização dos problemas baseada nos seguintes critérios:

- impacto na situação de saúde dos grupos populacionais;
- ser potencialmente epidêmico;
- disponibilidade de tecnologia para abordá-lo; e,
- custo da intervenção.

A cada um dos critérios se atribuem valores em um processo de pontuação que permita estabelecer prioridades de acordo com o total de pontos alcançados. Da seguinte maneira:

Escala	0	1	2	3
Critérios				
Impacto	baixo	significativo	alto	muito alto
Potencial de		(sig)		
epidemia	não há	mínima	(sig)	alta
Disponibilidade				
de tecnologia	mínima	moderada	(sig)	alta
custo	m. alto	(sig)	moderada	baixo

Nos demais aspectos, segue o mesmo desenho metodológico de identificação de cenários possíveis, segundo variáveis controladas e não controladas, elaboração dos objetivos de impacto, análise de coerência interna e externa, desenho de estratégias, com análise de direcionalidade e viabilidade (TEIXEIRA, C. 1993, p. 237)

Queremos também neste tema relatar os "nós" críticos que foram identificados nas oficinas de trabalho, que nos dão alguns elementos para discussão. Estes nós foram relatados assim:

- dificuldade na compreensão de um planejamento estratégico reduzido à elaboração de matrizes;
- não utilização de conceitos desenvolvidos nas oficinas de trabalho de territorialização e sistema de informações;
- não incorporação no cotidiano dos elementos de planejamento

estratégico; e,

- indefinição dos momentos de planejamento e programação no âmbito gerencial das unidades básicas de saúde. Além de uma grande inexistência de uma dinâmica de equipe gerencial que se reflete na precariedade do repasse de informações.

É claro como uma das principais queixas em todas as oficinas de trabalho é a da não incorporação dos problemas do âmbito local, do cotidiano de trabalho, e aqui é interessante novamente lembrar da reflexão previamente colocada por CAMPOS (1994) a respeito, e que especificamente neste tema de planejamento acreditamos enfaticamente que é um enorme problema de coerência.

Entendemos que o planejamento estratégico situacional foi criado para desvendar problemas existentes, com uma visão muito ampla. Esta forma de apresentar um PPS como é denominado por TEIXEIRA, Carmen (1993) é uma redução dos problemas, já que eles se limitam a problemas especificamente epidemiológicos, descartando os problemas de saúde.

Queremos dizer com isto, que pode ser mais importante num contexto local um problema de gestão que um problema de fila num ambulatório, por exemplo. Restringindo-se desta forma a um marco muito estreito que anula a capacidade dos sujeitos de *escutar os ruídos do cotidiano*, "colocados pelos diferentes atores em peleja apresentam, conforme os projetos em disputa e o nosso recorte da realidade" (MERHY, 1994, p. 135).

Por outro lado, cremos que este tipo de planejamento tem uma série de problemas conceptuais sérios, já que parece que tecnologia

é entendida como instrumento, sem contar com outros tipos de tecnologia, isso em virtude do conceito de problema como algo nitidamente epidemiológico.

Nesta abordagem o planejamento estratégico é despolitizado, contrariando diversas abordagens, como o mais recente trabalho publicado de Luiz Carlos O. CECILIO (1994). Tal despolitização produz um inevitável empobrecimento, já que não permite o diálogo com outras perspectivas existentes nos diferentes espaços dos distritos de saúde. Além disso, não coloca o planejamento como ferramenta de identificação dos problemas que dificultam a implementação de um projeto de governo, tanto no interior das equipes dos serviços, como no interior das equipes dirigentes. Esta visão só permite pensar os problemas que podem ser epidemiologicamente pensados e construídos, deixando obviamente de fora as necessidades dos usuários, trabalhadores, enfim, as possibilidades de transformar a fundo as realidades em saúde das localidades.

Fizemos um levantamento dos principais eixos teóricos para a implementação dos D.S. trabalhados pelo COAS, junto com a Cooperação Italiana. Consideramos que apesar da discussão apontada, estes eixos por si só avançam na sua construção além das propostas da OPAS nos mesmos temas.

Encontramos que além destes temas propostos e trabalhados na SMS-SP, a implementação dos D.S. também teve investimentos enormes com relação a recursos humanos, processo que para nós permitiu a construção de sujeitos com uma melhor capacidade de questionar os

seus processos de trabalho.

Uma das queixas que os trabalhadores faziam desde o início da gestão e que foram recolhidas, transformadas e viabilizadas, foi a de desenvolvimento de pessoal, capacitação, reciclagem, formação de pessoal de nível médio.

Inicia-se então a coordenação de uma política de desenvolvimento, vinculada aos RH da SMS-SP, tendo como objetivo o apoio à realização de ações descentralizadas de formação e desenvolvimento, multimeios e conselho de ensino, realizando diversas capacitações em desenvolvimento gerencial, saúde educação, projeto larga escala.

Esta atividade de formação e desenvolvimento teve como ponto estratégico os cursos de aprimoramento e especialização, articulados com universidades, com apoio dos Distritos de Saúde, orientado pelo COAS e a Cooperação Italiana.

O departamento de Recursos Humanos por sua vez, encarregou-se da formação geral e qualificação dos trabalhadores de nível médio e elementar. Capacitação de pessoal operacional, porteiro, caldeireiro, cozinheiro (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992a), por meio do projeto larga escala, que permite integrar criticamente o ensino ao trabalho, com carácter problematizador, e que estimula a mudança de concepções, práticas e posturas no interior dos serviços, contribuindo neste sentido a sua reorganização, a partir da realidade e das necessidades locais.

Por outro lado, encarregou-se de abrir, também, convênios com diversas instituições para realização de cursos de especialização

em saúde pública, saúde mental, saúde do trabalhador, aprimoramento em epidemiologia, estatística em saúde para nível médio, e capacitação para coordenadores do projeto Hospital Aberto e Análise Institucional, com o Instituto de Psicologia da USP (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992a) .

Portanto, o CEFOR encarregou-se de investir em sujeitos, em sua formação, sendo que os depoimentos das pessoas beneficiadas eram muito interessantes. Neste sentido, foi um grande avanço, de enorme riqueza, de grande democratização já que se estabeleceram cursos para as mais variadas categorias.

Além de criar um centro de documentação, que foi muito importante na elaboração desta pesquisa, possibilitando a divulgação de alguns dos materiais produzidos nos serviços.

O COAS, por sua vez, encarregou-se de assessorar a implementação dos D.S e de monitorar no local os conteúdos das Oficinas de Trabalho, a curto, médio e longo prazo.

Assessorar o desenvolvimento dos programas da mulher, saúde mental, AIDS e saúde do trabalhador, diferenciando estes dois tradicionais programas do Ministério da saúde, pela sua inserção nos movimentos organizados, sendo que "são os programas as bases de relação com os movimentos organizados e são eles, portanto, que dão os conteúdos políticos às práticas desenvolvidas pela instituição" ( 1991)\*.

Estes conseguiram desenvolver:

-Saúde da mulher, implantação do Comitê de prevenção da

Mortalidade Materna, serviço de aborto legal no hospital Jabaquara, atenção a mulher e criança vítima de violência sexual;

- Saúde da criança: estabelecimento da hierarquização de berçários, visando redução na mortalidade neonatal, e ações coletivas em escolas e creches;

-Saúde do trabalhador, criação de 6 centros de referência;

-Saúde mental, trabalho integrado e alternativo de hospitalização, com clara política antimanicomial, e criação de hospitais-dia;

-Saúde dos idosos e deficientes, eliminando as barreiras arquitetônicas, descentralizando a reabilitação, com alocação de profissionais voltados para estes cuidados;

- Atendimento a AIDS, com abertura de leitos, unidades de referência e ações educativas;

- Práticas alternativas, implantando o atendimento de acupuntura, prática de tai-chi-chuan e oficialização do atendimento em Homeopatia; e,

- Criação de projetos, tais como: Rubéola, Hepatite B.

Foi evidente na Feira da Saúde, realizada em São Paulo em Agosto de 1992, esta dicotomia - programa x problema - onde o trabalho de alguns distritos, especificamente de Campo Limpo e Itaquera optaram pelos problemas, e os outros expunham na Feira os trabalhos relacionados com programas.

Consideramos que este foi um trabalho de enorme dedicação nas diferentes assessorias, e de grande compromisso com o projeto

implantado na Secretaria. Para nós foi muito interessante e marcante a especial relação de compromisso dos integrantes do COAS com o trabalho, e a procura de opções mais satisfatórias para o desenvolvimento do processo de implementação dos D.S, em São Paulo.

Queremos dizer que neste ponto, que o trabalho do COAS, junto com a Cooperação Italiana, foi um trabalho de conquistar espaços e os sujeitos no sentido de proporcionar os elementos necessários para um desenvolvimento da gestão local, mas também de um trabalho permanente de monitoramento e de discussões, trabalhando os problemas que iam surgindo com a implantação do novo modelo assistencial. Apesar de ter quebrado anéis burocráticos instalados em alguns casos, esse trabalho quebrou com processos de transformação locais, gerados pelos mesmas equipes, na maior parte das vezes. Acreditamos que se investiu muito neste sentido por parte do COAS e da Cooperação Italiana, e que as políticas de RH, apesar de visarem o rompimento desses anéis burocráticos, foram incoerentes com o processo geral, que estava-se dando na Secretaria, de formação de sujeitos e de respeito pelo local, além de ter uma grande incoerência com a política de RH, explicitada pela (entrevistada 1) como o resgate de uma atitude "[...]profissional compromissada com o bom atendimento à população nos Serviços Públicos Municipais [...] a humanização através do resgate das relações de vida e a possibilidade da humanização do cotidiano da atuação profissional: trabalhador/trabalhador, trabalhador/população [...]" (Entrevistada 1).

Consideramos também, que o levantar problemas extrapola fórmulas, que o serviço também é um espaço territorial onde deveriam ser interrogadas as "barreiras humanas", para usar um termo da geografia, que refere-se àquelas que são colocadas cotidianamente aos usuários, pelos trabalhadores da saúde nos serviços.

E que também é o local o lugar privilegiado para se entender que da transformação dos sujeitos depende a mudança micro e macroestrutural dos serviços; e que a educação permanente, não a de fórmulas educativas, mas sim a de uma permanente reflexão sobre os problemas e a forma de abordá-los, é para nós não apenas um desafio, mas uma importante via de transformação desses espaços.

Em termos gerais e para concluir gostaríamos de fazer um fechamento geral. Tendo em vista que o projeto SILOS é configurado como um pacote tecnológico, entendemos que dependendo da conjuntura onde ele seja implementado configura-se como um projeto mas ou menos democratizante. Queremos dizer que essa implementação depende da natureza das instituições, dos atores, diferenciando-se portanto amplamente da proposta APS. Em São Paulo encontrou um campo rico em diversos aspectos, encontrou um governo que privilegiava o social e que investiu seriamente na construção de um SILOS democrático. Em outras palavras, encontrou Governo, encontrou um projeto e serviu para implementar uma ampla reforma institucional. Mas especificamente encontrou ATORES que dispuseram-se a trabalhar e defender uma proposta elaborada por eles mesmos. Para nós este é

um dado importante, que apesar das disputas, que toda organização tem, gerou ao mesmo tempo grandes avanços.

Sem dúvida, a proposta SILOS em São Paulo se configurou como um interessante caminho ao SUS, uma vez que implementou um novo modelo tecno-assistencial. Investiu na eqüidade do acesso, na qualidade dos serviços. Incorporou novas concepções (saúde coletiva, práticas alternativas de saúde), em todos os níveis, das Unidades Básicas de Saúde aos Hospitais, passando por diferentes instituições. De outro lado, aumentou consideravelmente os gastos municipais com saúde, o que se refletiu na ampliação e melhoramento da estrutura já existente (hospitais, PS, UB, emergências), assim como gerou programas completamente inovadores como o do Hospital aberto.

Por outro lado, não podemos considerar que foi totalmente um caminho para o SUS, já que não conseguiu, apesar do trabalho de negociação ampla realizado, a conformação de um gestor único, em virtude de que a municipalização foi muito limitada.

No entanto, entendemos que este projeto foi muito interessante porque investiu em sujeitos, porque criou, permanentemente, em meio as disputas existentes, uma reflexão sobre a necessidade de repensar as práticas em saúde, e o compromisso adquirido com a saúde das populações.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ALARID, J. 1990. Bases para la programación en los sistemas locales de salud. In *Sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*, 1st ed., vol. 519, ed. J. M. Paganini, and R. Capote. Washington: OPAS.
- ANNET, H., and RIFKIN. 1988. "Diretrizes para estimativa rápida visando avaliar as necessidades de saúde da comunidade". Mimeo.
- ARANGO, Y. 1990. El subsistema de personal en los sistemas locales de salud. In *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*, 1st ed., vol. 519, ed. J. M. Paganini, and R. Capote. Washington: OPAS.
- BARRENECHEA, J. J. 1987. *Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. Salud para todos en el año 2000*, 1st ed. Medellín: Universidad de Antioquia.
- BELMARTINO, S. 1990. Políticas neoliberales en salud. La discusión de una alternativa. *Divulgação Saúde para o debate* 2:33-37.

- BLONDET, C. 1990. *Aportes para una historia popular*, 1st ed., vol. 1. Bogotá: Dimensión Educativa.
- BORJA, J. 1981. Movimientos urbanos y cambio político. *Revista mexicana de Sociología* XLII:1341-1369.
- BRAVO, A. 1974. Regionalización : organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rural y urbana. *Boletín de la OPS*.
- CAMPOS, G. W. 1988a. Tréplica. O debate necessário à construção de uma teória sobre a reforma sanitária. *Saúde em Debate* 23:7-12.
- . 1988b. A reforma sanitária necessária. In *Reforma Sanitária Itália e Brasil*, 1st ed., ed. G. Berlinguer, S. Teixeira, and G. W. Campos. São Paulo: HUCITEC.
- . 1991. Os sanitaristas enquanto intelectuais da democratização dos serviços de saúde. In *A saúde pública e a defesa da vida*, 1st ed. São Paulo: Hucitec.
- . 1991a. Crítica às noções que fundamentam o método de programação em saúde. In *A saúde pública e a defesa da vida*, 1st ed., vol. 1. São Paulo: HUCITEC.

- . 1991b. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. In *A saúde pública e a defesa da vida*, 1st ed., vol. 1. São Paulo: HUCITEC.
- . 1992a. *Reforma da reforma*, 1st ed. São Paulo: HUCITEC.
- . 1992b. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. .
- . 1992c. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate* 37:16-19.
- . 1994. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: *Inventando a mudança na saúde*, 1st ed., vol. 1. São Paulo: HUCITEC.
- CAMPOS, Y. 1989. *Elementos para la participación comunitária*. Calí: CEREC.
- CASTRO, B., and Z. PEDRAZA. 1989. El uso de la fuente oral para la recuperación histórica. *Cuadernos de cultura y bellas artes* 11:13-18.

- CASTRO, M. H. G. 1992. Conflito e interesses na implementação da reforma política da saúde. *Saúde em Debate* 35:21-23.
- CECILIO, L. C. O. 1994. *Inventando a mudança na saúde*, 1st ed. São Paulo: Hucitec.
- CENDES/OPAS. 1965. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. *OPS/OMS.Publicación Científica* 111.
- CEPAL, ILPES, and FLACSO. 1989 "Estrategias alternativas para América del Sur". La Paz.
- DONNANGELO, M. C. F. 1979. *Saúde e sociedade*, 1st ed. São Paulo: Duas Cidades.
- FERREIRA, M. A. 1992. Entre a norma institucional e a ação coletiva: uma arqueologia da participação popular em saúde. Doutorado Thesis. Universidade Estadual de Campinas.
- FUENZALIDA, H. 1990. Los sistemas locales de salud. Organización, regionalización y principios generales. In *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*, 1st ed., vol. 519, ed. J. M. Paganini, and R. Capote. Washington: OPAS.

GALLO, E. 1991. Razão e planejamento. Algumas indicações críticas para uma práxis emancipadora. Mestrado Thesis. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

GONÇALVES, R. 1984. *Medicina e historia*, 1st ed., vol. 1. México: Siglo XXI.

---. 1986. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Doutor Thesis. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina Preventiva.

GONÇALVES, R., and L. SCHRAIBER. 1990. *Seis teses sobre ação programática em saúde*, 1st ed. São Paulo: HUCITEC.

HADDAD, J. 1990. Desarrollo de la fuerza de trabajo para los SILOS. In *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*.

---. 1990. El desarrollo de los recursos humanos en las americas. In *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*, 1st ed., vol. 519, ed. J. M. Paganini, and R. Capote. Washington: OPAS.

HERNANDEZ, M. 1990. Historia, ciencias sociales y educación médica. Bogotá, 1990, mimeo.

- KALMANOVITZ, S. 1988. *Economía y Nación*, 1st ed. Bogotá: Siglo XXI.
- LOPEZ, D., and A. ROMERO. 1990. Consideraciones conceptuales y metodológicas de la programación en los sistemas locales de salud, 1st ed., vol. 519, ed. J. M. Paganini, and R. Capote. Washington: OPAS.
- LOPEZ, J. 1993. Revolución en la salud. El primer COMPES social aprobó un sistema de medicina prepagada para la población más pobre del país. *Revista Semana* 566:40-42.
- MADEL, L. 1991. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática", anos 80. *Saúde em Debate* 32:27-32.
- MARSET, C. P. 1990. Las políticas neoliberales en salud. *Divulgação em saúde para debate* 2:29-32.
- MEJIA, A. 1984. *Recursos Humanos. Foro Salud*, 1st ed., vol. 1. México: Siglo XXI.
- MENDES, E.V. 1990. Importancia de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de la Salud. In *Los Sistemas Nacionales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*, 1st ed., vol. 519, ed. J. M. Paganini, and R. Capote. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

- MENDES, E. V. 1992a. Municipalização, o sistema único de saúde e o papel das secretarias estaduais de saúde. *Caderno da nona. Descentralizando e democratizando o conhecimento* 2:101-109.
- . 1992b. A descentralização como processo social. In *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. Cooperação Italiana em Saúde*, 1st ed., vol. 1. São Paulo: HUCITEC.
- . 1993. Distritos Sanitários: conceitos chave. In *Distritos Sanitários. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, 1st ed., vol. 1, ed. Eugênio Vilaça Mendes (org). Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.
- . 1993a. O processo social de distritalização da saúde. In *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, 1st ed., vol. 1. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.
- MERHY, E., CECILIO, L.C.O. 1991. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em Debate* 32:83-90
- MERHY, E. 1993a. "A gestão do cotidiano das unidades de saúde e a montagem do sistema colegiado de gestão na construção de uma política em defesa da vida". In: *Atuar em saúde*. Mimeo.

---. 1993b. " Atuar em Saúde " : mimeo.

---. 1994. 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 na busca da qualidade das ações de saúde). In *Inventando a mudança na saúde*, 1st ed., vol. 1. São Paulo: HUCITEC.

MINAYO, M. C. 1992. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*, 1st ed. Rio de Janeiro: Abrasco.

Ministério da saúde. 1986. VIII Conferência Nacional de Saúde. *Boletín Informativo* 4:17-21.

MOTTA, F. 1973. *Teoria geral da administração*, 1st ed. São Paulo: Pionera.

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. 1989." Decreto numero 27.724 de 6 de Abril de 1989. LEX 1989.L III.Janeiro a Junho " Legislação do Município de São Paulo.

---.1990. Diário Oficial do Município. Ano 35, nº 131, 18 de Julho de 1990.

---.1991. Diário Oficial do Município. 16 de Janeiro de 1991.

NOVAES, H. 1990. Sistemas Locales de salud. Un medio para la regionalización de los servicios de salud. In *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*, 1st ed., vol. 519, ed. J. M. Paganini, and R. Capote. Washington: OPAS.

---, 1990. *Ações integradas nos sistemas locais de saúde - SILOS. Análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina*, 1st ed. São Paulo: Pionera.

OBREGON, S., and L. MONTILVA. 1990. La planificación situacional en los sistemas locales de salud. In *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*, 1st ed., vol. 519, ed. J. M. Paganini, and R. Capote. Washington: OPAS.

OMS. 1977. Crónica de la Organización Mundial de la Salud. *OMS* 31: 548-556.

OMS/UNICEF. 1978. *Atención primaria en salud. Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata*. Ginebra: OMS/UNICEF.

OPAS. 1988a. "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de

salud. Organización Panamericana de la Salud". Documento CD 33/14, Resolución XV-XXXIII del Comité Directivo. Washington, D.C, 30 de Septiembre de 1988.

- .1988b " Taller sobre SILOS en los países del área andina".  
Santa Cruz, Bolivia, 15-19 de Agosto de 1988.
- .1988c." El desarrollo y fortalecimiento de los SILOS".  
Washington, D.C. Documento oficial 225, resolución XV de 1988.
- . 1989a. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Talleres subregionales, experiencias y conclusiones*, Serie HSD. SILOS 1 ed. Washington: OPAS.
- . 1990. *Las condiciones de salud en las Américas*, vol. I-II. Publicación Científica Nº 524 .Washington.: OPAS.
- . 1991. *Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS. Los SILOS en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Resolución XV-XXXIII. Consejo directivo. Informe de progreso. In Serie HSD. SILOS 10.* Washington: OPAS.
- , 1992a. *Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS. La administración estratégica*, vol. Série HSD. SILOS 2. Washington: OPS.

---. 1992b. *Los servicios de laboratorio*, Serie HSD SILOS 2 ed.  
Washington: OPS.

OPS/OMS. 1964. Reunión de ministros de Salud. Grupo de estudio.  
*OPS/OMS.Documento Oficial* 51:93-94.

---. 1973. *Plan decenal de las américas. Informe final de la  
tercera reunión de ministros de salud de las américas*, vol.  
*Documento Oficial* 118. Santiago de Chile, 2-9 de Octubre de  
1972: OPS/OMS.

OSZLACK, O., and H. BONEO. 1990. Descentralización de los sistemas  
de salud. El estado y la salud. In *Los sistemas Locales de  
Salud. Conceptos, métodos, experiencias*, 1st ed., vol. 519,  
ed. J. M. Paganini, and R. Capote. Washington: OPAS.

PAGANINI, J.M. 1990. Programación en los sistemas locales de salud.  
In *Los Sistemas locales de salud. Conceptos, métodos,  
experiencias*, 1st ed., vol. 519, ed. J. M. Paganini, and R.  
Capote. Washington: OPAS.

---, 1990a. Introducción. In *Los Sistemas Locales de Salud.  
Conceptos, métodos, experiencias*, 1st ed., vol. 519,  
ed. J. M. Paganini, and R. Capote. Washington: OPS.

- . 1990b. Prefacio. In *Ações integradas nos sistemas locais de saúde-Silos. Análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina*, 1st ed. São Paulo: Pionera.
- PAGANINI, J. M., and A. D. CHORNY. 1990. Los sistemas locales de salud: desafíos para la década de los noventa. In *Sistemas Locales de Salud (SILOS)*, vol. 109, N° 5-6. Washington: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.
- PALMA, E., and D. RUFIAN. 1990. La desconcentración administrativa y las prestaciones sociales. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 109, N° 5-6:449-462.
- PANERAI, R. B., and J. PEÑA. 1990. *Evaluación de tecnologías en salud. Metodologías para países en desarrollo*. Washington: OPAS.
- PARTIDO DOS TRABALHADORES. 1988. "Programa de governo em saúde. Campanha para a prefeitura de São Paulo, do Partido dos Trabalhadores". Mimeo.
- POSSAS, C. 1989. *epidemiologia e sociedade*, 1st ed. São Paulo: HUCITEC.
- PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO. 1985. *A Secretaria de Higiene e Saúde da cidade de São Paulo. História e memórias*, 1st ed.,

vol. 1. São Paulo: Secretária Municipal de Cultura.

---, 1991. *São Paulo, crise e mudança. 1990-1991*, 1st ed., vol. 1.  
São Paulo: Brasiliense.

QUEVEDO, E. 1990. " El processo salud enfermedad: Hacia una clínica  
y una epidemiologia no positivista". *mimeo*.

RODRIGUEZ, N. 1990. Contribución al análisis situacional en los  
sistemas Locales de salud. In *Los sistemas locales de salud.  
Conceptos, métodos, experiencias*, 1st ed., vol. 519.  
Washington: OPAS.

ROSENTHAL, G. 1989. Balance preliminar de la economía de América  
latina y el Caribe. Presentación al secretario general de la  
CEPAL. *Notas Economía y Desarrollo* 485-488:1-10.

ROSTOW, W. W. 1962. *The stages of economic growth*, 1st ed.  
Cambridge: Cambridge, University Press.

SECRETARIA DE SAÚDE E HIGIENE DE SÃO PAULO. 1989. " Saúde São  
Paulo. Documento nº 1, Fevereiro de 1989". *Mimeo*

SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO-SEMPA, and EQUIPE DE ESTUDOS  
POPULACIONAIS-DECOR. 1990 " Estimativas populacionais por  
distrito e sundistrito 1986-1990. Estimativa de renda

segundo relatorio em andamento". Mimeo.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. 1989a. "Plano Municipal de saúde de São Paulo ", Mimeo.

---, 1990a." Diagnóstico Socioeconômico e de saúde do Município de São Paulo. Centro de Vigilância epidemiológica, pesquisa e informação-CEPI". mimeo.

---, 1990b" Distritalização no município de São Paulo, estratégia para a implantação do SUS. Mimeo.

---, 1990c " I conferência municipal de saúde de São Paulo. Resoluções". 24-26 de Agosto de 1990.

---,.1990d " Estudo sobre a municipalização". Agosto de 1990. mimeo.

---,.1990e " Breve Histórico do acordo firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo a Cooperação Italiana para desenvolvimento de consultoria ao processo de implantação dos Distritos Sanitários". mimeo.

---,. 1991." Territorialização em SILOS. Oficina de trabalho sobre teritórios. Projeto de desenvolvimento gerencial Cooperação Italiana, SMS-SP". Mimeo.

- , 1991a " Organização e gerenciamento das ações de saúde pública na SMS-SP". Mimeo.
- , 1991b. II Conferência Municipal de Saúde. Distritos de Saúde. Construindo o SUS. Resoluções. 16-18 de Maio, 6 de Julho de 1991.
- ,.1991c ."Carta de intenciones firmada entre a coordenação do projeto de saúde da Cooperação Italiana no Brasil e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo". mimeo.
- ,.1991d. "Avaliação do desenvolvimento gerencial da SMS-SP, 1991".Mimeo
- , 1991e" Proposta de multiplicação". mimeo.
- , 1991f. "Avaliação da Secretária Municipal de Saúde. 1989-1991". mimeo
- , 1992. "Convenio celebrado entre o Estado de São Paulo, através da Secretária do Estado e a Prefeitura do Municipio de São Paulo e a sua secretaria, estabelecendo as bases para a cooperação no ambito do SUS, concernentes à promoção da descentralização dos serviços e das ações de saúde. 11 de Setembro de 1992".

- .1992a." Documento para III Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, 1992". Mimeo.
- . 1992b." Participação e controle no SUS". Junho de 1992, Mimeo.
- . 1992c." Resumo de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo".Período 89-92. Mimeo.
- ,.1992d." Municipalização é o caminho". Julho de 1992.Mimeo.
- . 1992e. " Saúde em São Paulo". Agosto de 1992.
- , 1992f. " III Conferência Municipal de Saúde de São Paulo.São Paulo Saudável: desafio e compromisso, 17-18.09.92.".Mimeo
- . 1992g "Relato do trabalho desenvolvido pela SMS-SP com a Cooperação taliana, durante o ano 1991 até abril de 1992".  
mimeo.
- ,.1992h." Proposta de organização da vigilância epidemiológica e sanitária nas unidades dos distritos sanitários.CEPI.  
Mimeo".
- TASCA, R. 1993. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In *Distrito Sanitário . O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde,*

1st ed., vol. 1. Rio de Janeiro: HUCITEC.

TEIXEIRA, C. F. 1993. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In *Distrito Sanitário. O processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde*, 1st ed., vol. 1. Rio de Janeiro: HUCITEC.

TEIXEIRA, S.F. 1988. O dilema da reforma sanitária brasileira. In *Reforma Sanitária Itália e Brasil*, 1st ed. São Paulo: Hucitec.

---. 1989. *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*, 1st ed. São Paulo: Cortez.

TEIXEIRA, S, MENDONÇA, M.H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações In: *Reforma Sanitária. Em busca de uma teoria*. 1st ed. São Paulo :Abrasco.

TEJADA, D. 1990. Descentralización y sistemas locales de salud: Una contribución a la unidad de doctrina. In *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos y experiencias*, 1st ed., vol. 519, ed. J. M. Paganini, and R. Capote. Washington: OPAS.

---. 1990. El hospital en los sistemas locales de salud. In *Los*

*sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*, 1st ed., vol. 519, ed. J. M. Paganini, and R. Capote. Washington: OPAS.

TESTA, M. 1992. *Pensar em Saúde*, 1st ed. Porto Alegre: Abrasco.

UGALDE, A. 1987. Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales* 41:25-43.

UNGLERT, C. 1993. Territorialização em sistemas de saúde. In *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, 1st ed. Rio de Janeiro: HUCITEC.

UNGLERT, C., C. PEDROSO, and C. BARRIGUELA. 1987. Acesso a os serviços de saúde. Uma abordagem geográfica em Saúde Pública. *Revista de saúde Pública de São Paulo* 21 N° 5:439-446.

URIBE, F. 1989. Planejamento de saúde na América latina: revisão crítica. In *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*, 1st ed. São Paulo: Cortez.

---, 1990. La programación local de la salud y la necesidad de un enfoque estratégico. In *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, estrategias. OPCIT.* : .

- VIDAL, C. 1984. El desarrollo de los recursos humanos en las Américas. *Revista Educación Médica y Salud* 18:17-23.
- VILAR, H. 1990. Bases para la organización de los sistemas de salud. In *Sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*, 1st ed., vol. 519, ed. J. M. Paganini, and R. Capote. Washington: OPAS.
- ,. 1990. Bases para la organización de los sistemas locales de salud. In *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*. OPCIT. : .
- WHITE, K. L. 1988. The task of medicine. *The Henry J Kaiser Foundation*:13-19.
- WORLD BANK. 1975. *The assault on the world poverty. Problems of rural development, education and health*. Baltimore: The World Bank / John Hopkins University press.