

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

SAÚDE DA FAMÍLIA:

**POSSIBILIDADES E LIMITES PARA VIABILIZAÇÃO DO PSF NA REGIÃO DO
MONTE CRISTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina, para
obtenção do Grau de Bacharel em Serviço
Social, orientado pela **Professora Doutora
Ivete Simionatto.**

*Aprovado pelo DSS
em 02.10.98*


Marly Venzoni Tristão
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

ROZILDA DOS SANTOS

FLORIANÓPOLIS - SC - SETEMBRO - 1998

"Mas uma coisa é proclamar esse direito, outra é desfrutá-lo efetivamente. A linguagem dos direitos tem indubitavelmente uma grande função prática, que é emprestar uma força particular às reivindicações dos movimentos que demandam para si e para os outros a satisfação de novos conhecimentos materiais e morais; mas ela se torna enganadora se obscurecer ou ocultar a diferença entre o direito reivindicado e o direito reconhecido e protegido" (Norberto Bobbio).

À

memória de meu pai, Manoel Atanázio dos
Santos.

À minha mãe pelo apoio e estímulo
constantes.

Agradecimentos

À Professora Ivete Simionatto, orientadora desse trabalho, que contribui com idéias, críticas e estímulo permanente para minha formação profissional;

À Supervisora de Estágio, Tânia Sulzbach Muller, pela oportunidade e experiência transmitida;

A todos(as) os professores(as) do Departamento de Serviço Social e demais funcionários, que contribuíram para esse momento pessoal de aprendizado;

Aos colegas e amigos(as) que, anonimamente, contribuíram com apoio, amizade, carinho, idéias, críticas e sugestões, para que esse período de convivência pudesse se tornar uma experiência inesquecível;

Especialmente, à minha mãe, Almerita Zunino Dos Santos, e meus irmãos, pelo apoio, dedicação, amor e incentivo transmitidos em todos os momentos. Amo vocês!

As pessoas entrevistadas e a equipe de profissionais do PSF da Região do Monte Cristo, as quais contribuíram, significativamente, para a realização deste trabalho;

Enfim, a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, estiveram presentes em minha vida acadêmica e em outros momentos.

Com todos vocês, compartilho esta conquista!

SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDS	Conselho Desenvolvimento Social
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
DATAPREV	Instituto de Controle das Contas Hospitalares
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INANPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan Americana de Saúde
PEC	Projeto de Emenda à Constituição
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
POI	Programação e Orcamentação Integrada de Saúde
PPA	Plano de Pronta Ação
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional da Previdência Social e Assistência Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SSDS	Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	07
1. POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL - DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA Á IMPLANTAÇÃO DO SUS.....	11
1.1 . ANOS 50 - 60 - PERÍODO DESENVOLVIMENTISTA.....	11
1.2 . SAÚDE NOS VINTE ANOS DE DITADURA.....	17
1.3 . PERÍODO DA NOVA REPÚBLICA: A LUTA PELA REFORMA SANITÁRIA ...	21
2. A SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE.....	47
2.1. O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PSF NO BRASIL.....	55
2.2. O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PSF EM SANTA CATARINA.....	66
2.3. O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PSF EM FLORIANÓPOLIS E NA REGIÃO DE MONTE CRISTO.....	74
3. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PSF NA REGIÃO DO MONTE CRISTO.....	84
3.1. CONHECIMENTO SOBRE O PSF: VISÃO DOS USUÁRIOS E CONSELHEIROS DE SAÚDE.....	84
3.2. SAÚDE DA FAMÍLIA NA VISÃO DOS USUÁRIOS E ALTERAÇÕES PERCEBIDAS.....	96
3.3. ALTERAÇÕES NO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE APÓS O PSF NA VISÃO DOS USUÁRIOS E CONSELHEIROS DE SAÚDE.....	101
3.4. PSF NA VISÃO DOS TÉCNICOS E AGENTES COMUNITÁRIOS.....	107
CONCLUSÃO.....	118
BIBLIOGRAFIA.....	123

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é resultado de um projeto de pesquisa, cujo objeto de estudo constitui-se na análise do processo de implantação do Programa de Saúde da Família - PSF, na Unidade de Saúde da Região do Monte Cristo - Florianópolis, no período de 1996-1998.

No campo das políticas públicas, o setor saúde tem-se destacado muito pelas propostas de mudanças e algumas conquistas alcançadas ao longo da história. A Reforma Sanitária mostra que essas conquistas são fundamentais, mas não o suficiente para impactar o atual quadro sanitário. Nesse sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco de expressão e de conquista desse movimento, no aspecto de congregação de uma concepção ampla de saúde, entendida como resultado das condições de vida e de trabalho dos cidadãos, e pela criação do SUS, baseado nos princípios de universalização, descentralização, hierarquização e equidade.

O SUS, com esses princípios e diretrizes, na verdade, constitui-se em uma proposta de mudança completa das práticas das políticas setoriais e do próprio entendimento do que é saúde, que passou a ser entendida como um direito do cidadão e um dever do Estado.

Assim, o conjunto de princípios, diretrizes e direitos previstos pelo SUS vem sendo colocado em prática de forma muito incipiente pelos nossos governantes, principalmente, nos últimos anos, com a influência das tendências neoliberais e de seus pressupostos de desregulamentação de direitos sociais. O projeto neoliberal estabelece sua política econômica monetarista, com ampla privatização dos

serviços públicos, e adota corte nos gastos sociais, desrespeitando os direitos constitucionais.

O que nos motivou a estudar o Programa de Saúde da Família na Região do Monte Cristo foram, justamente, esses impasses e as possibilidades que se apresentam na construção da proposta de um novo modelo assistencial de saúde.

→ Entendemos que a Unidade de Saúde é a porta de entrada do sistema e consideramos que, para um efetivo funcionamento do PSF, baseado na atenção básica de saúde, ele precisa assegurar o suporte aos demais níveis (secundário e terciário) de assistência à saúde. Além, é claro, de uma estrutura adequada, recursos humanos suficientes e, principalmente, a garantia dos sistemas de referência e contra-referência, que possam assegurar o acesso aos serviços, através das demandas trazidas pelos usuários.

→ O grupo pesquisado constitui-se de usuários, conselheiros e integrantes da equipe técnica do PSF da Unidade de Saúde do Monte Cristo.

Através de amostragem da população atendida pelo PSF, definimos o universo da pesquisa, que inclui as seguintes comunidades pertencentes à Região de Monte Cristo:

- Chico Mendes
- Monte Cristo
- Nossa Senhora da Glória
- Novo Horizonte
- Alojamento Provisório e Promorar.

Foram aplicados cinquenta questionários com os moradores daquela região, oito questionários para os conselheiros do Conselho Local de Saúde - CLS,

dez questionários e dez entrevistas gravadas em fita cassete para a equipe técnica, no período de 23/03/98 a 20/04/98.

Entrevistamos os dez integrantes das duas equipes de PSF entre eles, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde. Os questionários e as entrevistas foram organizados a partir das questões norteadoras, as quais serviram de base para elaboração do roteiro de perguntas que subsidiaram a coleta dos dados, realizada através da aplicação dos questionários com perguntas abertas e fechadas, e entrevistas semi-estruturadas.

As questões norteadoras constaram de:

- Processo de implantação do PSF;
- Mudanças no atendimento após a implantação do PSF na Unidade de Saúde do Monte Cristo;
- Situação de atendimento à população do Monte Cristo com o PSF;
- Principais dificuldades na efetivação das propostas do PSF.

O presente trabalho foi estruturado da seguinte forma:

O primeiro capítulo apresenta um breve resgate histórico da trajetória das Políticas de Saúde no Brasil, do movimento da Reforma Sanitária à implantação do SUS, como subsídio para melhor entendimento do PSF.

No segundo capítulo, destacamos as diretrizes operacionais do PSF, os níveis de competência, critérios para sua implantação, bem como um breve resgate histórico do processo de implantação do PSF no Brasil e no Estado de Santa Catarina.

No terceiro capítulo, apresentamos as análises dos dados empíricos coletados, que evidenciam questões relevantes do processo de implantação do PSF na Região do Monte Cristo.

Por último, apresentamos uma breve conclusão e a bibliografia consultada.

1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA À IMPLANTAÇÃO DO SUS

A análise histórica das políticas de saúde no Brasil, neste século, pressupõe primeiro entendê-la no bojo das políticas sociais do país, que expressam o jogo de interesses da sociedade: de um lado a emergência das necessidades da população e de outro, a intervenção do Estado engendrando estratégias de ações em resposta a essas necessidades. Nesse jogo, destacam-se os movimentos políticos e econômicos, marcando avanços e retrocessos no estabelecimento de políticas, conforme o momento histórico.

Mendes (1993) retrata que, neste século, o sistema de saúde transitou do sanitarista campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, nos anos 80, ao projeto neoliberal.

Considerando os diferentes períodos históricos da vida política brasileira, apresentaremos um breve resgate das políticas de saúde no Brasil. Essa retrospectiva se faz necessária, para entendermos melhor as políticas de saúde nos anos 80-90.

1.1 Anos 50 – 60 – Período Desenvolvimentista

Percebemos que, até a metade do século, a economia predominante era o modelo agro-exportador.

Nesse período, inicia-se o processo de industrialização no país. As péssimas condições de trabalho propiciam a ocorrência de inúmeros acidentes, como mutilações e óbitos.

Na década de 20, a primeira fase da acumulação capitalista ultrapassa seus próprios limites, como o auge da economia cafeeira, refletindo-se num movimento acelerado de urbanização e desenvolvimento industrial. As medidas de saúde pública vão se caracterizar pela tentativa de extensão de seus serviços por todo o país. A Reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar, significativamente, o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo-se numa das peças de um movimento mais amplo da União na busca de ampliação de seu poder nacional (Nietsche, 1993).

Com a Reforma Carlos Chagas, é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (D.N.S.P), cujas atribuições eram o saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional, atividades de supervisão e fiscalização. À frente desse Departamento estava Osvaldo Cruz, que organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde. Simultaneamente, o Departamento adota o modelo de campanhas sanitárias, a fim de combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais.

Paralelamente às práticas higienistas e sanitárias, as empresas maiores passam a adotar medidas de proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores, oferecendo benefícios e auxílios "previdenciários". Em 1923, é criada a Lei Elói Chaves, instituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAP's. As CAP's eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. Nessa lei foram previstos os seguintes benefícios: assistência médico-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensões para os dependentes, auxílio pecuniário para funeral.

Embora estivesse em vigor a referida lei, apenas as categorias melhor organizadas conseguiam tais benefícios, como os ferroviários, em 1923, e os marítimos, em 1926. Os demais trabalhadores assalariados ficaram excluídos desses benefícios, tendo que recorrer à assistência oferecida pelos serviços públicos ou profissionais liberais.

Esse período pode ser definido como o da hegemonia das políticas de saúde pública, uma vez que o modelo de atenção à saúde orientava-se, predominantemente, para o controle de epidemias e generalização de medidas de imunização. Para Costa (1987), as políticas de saúde pública, a partir do início deste século, foram marcadas pelos interesses econômicos e políticos da classe dominante, sendo as práticas sanitárias instrumentos que visavam, fundamentalmente, a manter, sob controle, um conjunto de doenças que ameaçavam a manutenção da força de trabalho e, conseqüentemente, a expansão da economia capitalista.

Nessa época, praticava-se como modelo hegemônico de saúde, o sanitarista campanhista, ou seja, visava-se somente o combate às doenças de massa.

A revolução de 30 iniciou um período em que um dos setores mais importantes era a massa assalariada urbana, durante o qual as classes oprimidas manifestavam-se com relativa liberdade em movimentos reivindicatórios e de protestos. A política adotada nesse período começou a incorporar a questão social não mais como um caso de polícia, mas já previa algumas concessões por parte da classe dominante. De 1930 a 1934, Getúlio Vargas assumiu, provisoriamente, o governo brasileiro, sendo esse período marcado por conflitos e disputas entre os diversos grupos de sustentação do governo.

Com o processo de industrialização desencadeado, logo surgem seus problemas: urbanização acelerada, precárias condições de vida e saúde de grande contingente de trabalhadores, o que evidencia a necessidade de um rendimento das políticas sociais vigentes.

Assim, ao longo dos anos 30, surge uma política de saúde organizada que previa dois setores: um de saúde pública e outro de medicina previdenciária. A medicina previdenciária constituiu-se da criação dos institutos de seguridade social (Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs), organizados por categorias profissionais. Novamente, os mais favorecidos foram os trabalhadores ligados aos sindicatos mais atuantes e mais importantes para a economia agro-exportadora, até então dominante: ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos (Luz, 1991). O maior deles, o IAPI, define claramente como se dá a prestação de serviços:

- contratação de serviços de terceiros (modelo privatizante);
- prioridade para internação hospitalar (modelo hospitalocêntrico).

Com o processo de centralização do poder do Estado, a partir de 30, é criado o Ministério da Educação e Saúde, composto por dois departamentos nacionais, o de Educação e o de Saúde.

Em parceria com a Fundação Rockefeller, foram criados programas de escala nacional, como o Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1937, e o Serviço de Combate à Malária do Nordeste, em 1939.

No início dos anos 40, com a intensificação da industrialização e da urbanização, ocorreram, simultaneamente, um crescimento considerável da rede previdenciária e um aumento nos gastos com a assistência médica nesse setor. Já na área de saúde pública, em 1942, durante a Segunda Guerra Mundial, surge o

Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, em virtude de convênio firmado entre Brasil e Estados Unidos, para o desenvolvimento de ações médico-sanitárias na região amazônica, com o intuito de garantir a produção de borracha para fins da indústria da guerra.

Nietsche (1993:92), ao discutir a ampliação do sistema previdenciário, marcadamente nesse período, diz que “se por um lado representou a extensão de benefícios (incluindo a assistência médica) a todos os trabalhadores urbanos, por outro criou condições para assegurar a produção industrial, além de atender aos interesses capitalistas do setor saúde, à medida que passou a privilegiar a produção de serviços privados e a favorecer a expansão da rede hospitalar”.

Diante desse contexto, conseqüentemente, o sanitarismo campanhista, por não responder às necessidades de uma economia industrializada, vai sendo substituído por um outro, o modelo médico-assistencial privatista, e assim, simultaneamente, vai construindo a previdência social brasileira.

No período de 50 a 60, ocorreram algumas transformações econômicas, a partir da interiorização da expansão econômica, como, por exemplo, a operação Nordeste e a construção de Brasília, paralelamente à aceleração dos movimentos migratórios internos. Houve na economia brasileira um momento de inflexão e reaparelhamento do Estado. Com isso o setor de Saúde Pública atingiu sua estrutura definitiva. No entanto, não estava, em nenhum momento, entre as opções prioritárias da política de gastos do governo, devido à concentração de recursos para o processo de industrialização. Em decorrência disso, os serviços de saúde pública passaram por momentos difíceis, comprometendo o atendimento à população.

Com a aceleração do processo de industrialização que o Brasil vivenciou, a partir da década de 50, houve um incremento da população urbana e assalariada nos grandes centros, surgindo uma massa operária para ser atendida pelo sistema de saúde.

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, se, por um lado, evidencia a importância da saúde pública, mostra também seu caráter secundário no conjunto das prioridades estatais. Devido à partilha do Ministério da Educação e Saúde, o setor de saúde ficou com a menor parte dos impostos, tendo de manter basicamente a estrutura do antigo DNS, ampliando, contudo, o quadro de enfermidades sob seus cuidados.

Como ponto final na estruturação dos organismos da saúde pública, na época, foi criado, em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), tendo como função o controle dos serviços de combate às enfermidades endêmicas, serviços esses prestados antes pelo Departamento Nacional de Saúde - D. N. S.

Em 1963, ocorre a III Conferência Nacional de Saúde, com o tema: Implementação do sistema único de saúde, descentralização e municipalização; gestão pública e privada; recursos humanos e modelo assistencial. Nessa época, já existia a idéia de unificação do sistema e a mudança do modelo. Ocorreu expansão da assistência médica previdenciária, com grande aumento de despesas por parte da rede particular que é contratada, iniciando-se, assim, a crise financeira do setor. Nesse período, observou-se, também, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, que priorizava a contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços médicos da Previdência Social. Os IAP's são instrumentos de sustentação do governo, nesse período. Mas, com a crise econômica e a crise política, que culminam levando ao golpe de 1964, acabaram sendo as primeiras

instituições a sofrerem a intervenção direta, o que abriria caminho para a unificação de todos os institutos.

1.2 A Saúde nos Vinte Anos de Ditadura

Durante a ditadura, a realidade brasileira foi marcada por centralização de poder tecnoburocrática, havendo aumento da dívida externa, arrocho salarial e repressão política. Foram vinte anos realmente significativos para a história evolutiva do setor saúde.

Com o golpe de 64, são dadas as condições políticas para hegemonização de um novo modelo de sistema de saúde: o modelo médico-assistencial privatista. Em 1966, a situação financeira levou a uma maior intervenção do Estado, sendo criado, a partir da unificação dos IAP's em 1967, o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, gerando a uniformização dos benefícios. Através do decreto Lei nº 200, de 1967, atribuiu-se ao Ministério da Saúde a função de formular a política nacional de saúde, conflitando, no entanto, com o orçamento precário e decadente do Ministério da Saúde. A centralização permite que o INPS tenha como política a sustentação do modelo médico-assistencial privatista.

Segundo Oliveira e Teixeira (1986), as principais características desse modelo são:

- a) a extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;
- b) o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;

c) a criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;

d) o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado desses serviços.

Nesse período, as políticas de saúde acabam privilegiando a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, de caráter preventivo e, em especial, daquelas de interesse coletivo.

No período de 1967-73, duas características destacam-se no Processo de Unificação da Previdência. A primeira foi o progressivo papel do Estado como regulador da sociedade; a segunda foi o afastamento dos trabalhadores do controle da Previdência Social e do jogo político. Após 1973, a cobertura previdenciária estende-se aos trabalhadores rurais, às empregadas domésticas e aos trabalhadores autônomos, até então excluídos.

No período governamental de 1972-74, foi lançado o I Plano Nacional Desenvolvimento (PND), que se baseou na aliança entre o governo e a iniciativa privada, tendo pouca repercussão.

Fracassada a tentativa de controlar as tensões sociais através do PND, surge o II PND, que coloca entre suas prioridades a implementação de políticas sociais, destacando o papel de Previdência Social e intensificando sua atividade assistencial. A primeira medida foi a criação, em 1974, do próprio Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Neste último plano, foram delineados os campos de atuação dos dois Ministérios, o da Saúde e o da Previdência e Assistência Social. Ao Ministério da Saúde coube a responsabilidade pelas ações de caráter preventivo e coletivo,

sendo que o Ministério da Previdência e Assistência Social assumiu a assistência médica e curativa individual. Ainda sob as diretrizes do II PND foram formuladas medidas como a criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), com a incumbência de prestar assessoria na formulação e coordenação da política social do país; a elaboração do Plano de Pronta Ação (PPA), que objetivou a universalização da atenção de urgência; e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), enquanto instrumento financeiro destinado a financiar o investimento setorial (BACKES, 1992).

Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229), que, mesmo com sua regulamentação parcial, significou uma tentativa de organizar as atividades do setor saúde, congregando os serviços públicos e os privados.

Luz (1991) coloca que as principais orientações da política sanitária desse período impulsionaram a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; proporcionaram o financiamento, por parte da previdência social, de inúmeras clínicas e hospitais privados, além de estabelecer uma política de convênios com hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos normalmente destinados aos serviços públicos.

Como estratégia no sentido de priorizar a atenção primária de saúde, em 1976, foi formulado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), primeiramente destinado à região Nordeste, sendo mais tarde, em 1979, estendido às outras regiões do Brasil. Esse programa baseou-se no modelo de extensão de cobertura, com ampliação das ações ambulatoriais da rede pública.

A situação da previdência, com relação à assistência médica, apresentava-se crítica. A solução encontrada tentou criar condições que possibilitassem a continuidade da expansão, como por exemplo:

1) criação da DATAPREV (Instituto de controle das contas hospitalares apresentadas pelos hospitais contratados), que provoca atritos com o setor privado, acusado de apresentar mais ou menos 20% das contas de forma irregular.

2) ampliação do setor conveniado (tornando possível o atendimento crescente).

3) normatização (objetiva disciplinar e organizar as diversas modalidades de prática médica vinculada à Previdência Social). Surgem assim, Planos como o PPA (Plano de Pronto Ação), que se constituía em um conjunto de portarias e resoluções para disciplinar o funcionamento dos diferentes setores componentes do complexo previdenciário, tendo como principal resolução, a desburocratização do atendimento nos casos de emergência. Essa foi uma medida de cunho político que visava a atender as denúncias feitas pelo noticiário jornalístico, sobre mortes decorrentes do não atendimento nas emergências. No entanto, ela impossibilitou o controle, por parte do INAMPS, desses atendimentos. Em seguida, ocorreu a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), projeto que compunha como solução, a formulação de um Plano Geral, coordenado pelo setor estatal. Mas a lei 6.229 apresenta incoerência e acaba inviabilizando sua operacionalidade.

4) criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social, SINPAS, com a finalidade da concessão e manifestação dos benefícios e

prestação de serviços, custeio das atividades e programas de gestão administrativa, financeira e patrimonial.

Foram criadas as autarquias INAMPS e IAPAS, o que reafirma a hegemonia da assistência médica previdenciária no setor saúde.

Esse conjunto de políticas forma, nos campos político, jurídico-legal e institucional, as bases que permitem a hegemonização, na década de 70, do modelo médico-assistencial privatista que se assenta num tripé, segundo Mendes (1993):

- a) o Estado como o grande financiador do sistema através da Previdência Social;
- b) o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica;
- c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

A política de saúde assume um novo direcionamento no período da Nova República.

1.3 O Período da Nova República: A Luta pela Reforma Sanitária: Bases Conceituais e Históricas para um Novo Modelo de Atenção à Saúde

O início dos anos 80 foi marcado pela crise das políticas sociais, identificada como crise do próprio regime político autoritário e pela reorganização do país, em direção a um Estado de direito, como momento de redemocratização do país. A expressão de uma política centralizadora, concentradora, privatizante e ineficaz estampava-se na deterioração das condições de vida e de saúde da

população. Esse modelo apresentava graves problemas, principalmente por excluir parcelas expressivas da população.

Diante de todo esse contexto de crise fiscal do Estado, com fortes repercussões na Previdência Social, o modelo médico-assistencial privatista, já se apresenta inadequado à realidade sanitária nacional.

No setor saúde, tendo por base o PIASS, já estendido a todo país no ano anterior, em 1980 foi criado o PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde). A formulação desse programa teve por base, também, as proposições da Conferência de Alma-Ata, URSS, 1978: atenção primária de saúde e participação comunitária, além do reordenamento do setor com a hierarquização por níveis de complexidade dos serviços, a regionalização do atendimento e o estabelecimento de porta de entrada única pelo nível primário de atenção. A proposta tinha nítida intenção de expansão das ações assistenciais de baixo custo, dirigidas para populações marginalizadas, aproximando-se a ação estatal da produção, o que se denominou posteriormente de 'políticas sociais compensatórias', entendidas como "formas alternativas encontradas pelo Estado para resolver a contradição existente entre as exigências político-ideológicas de expansão das políticas sociais e o incremento de seus custos num quadro de crise fiscal" (Mendes, 1990:26).

Segundo Mendes, o que prevalece no Brasil, nesse período, é o entendimento reducionista da atenção primária seletiva, especialmente, através dos programas de medicina simplificada ou das estratégias de sobrevivência de grupos de risco.

Daí que se abrem espaços tanto políticos quanto institucionais para o desenvolvimento do movimento contra-hegemônico da saúde que, nos anos 80, viria a confirmar-se como a Reforma Sanitária.

O movimento sanitário, base político-ideológica da reforma sanitária, estava se constituindo à sombra do Estado em crise.

O PREV-SAÚDE acabou não sendo viabilizado na prática, pois sofreu mudanças substanciais, a partir da intervenção de setores como o empresarial, representado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

Apesar de sua inviabilização, o PREV-SAÚDE serviu de base, em 1982, para a elaboração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, conhecido como Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Com esse novo plano, a intenção foi de provocar uma reversão gradual do modelo médico-assistencial, através de uma de suas linhas de ação, o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS). O PAIS surgiu com o propósito de integrar e unificar os serviços de saúde do setor público, tendo como diretrizes a integração interinstitucional, a integralidade das ações de saúde e a definição de mecanismos de referência e contra-referência, além da descentralização dos processos administrativos e decisórios.

Nesse momento, o Ministério da Saúde investe em programas preventivos, lançando os Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher, da Criança, do Idoso, do Trabalhador, e à Saúde Mental, embora continuasse a ser um Ministério de poucos recursos.

No final de 1980, o governo é obrigado a reconhecer o esgotamento do modelo de assistência médica, pois da maneira que se organizou não tinha como se sustentar financeiramente.

Para Neto (1991), já com o Plano CONASP, o governo assume oficialmente a crítica ao modelo vigente e encampa parte do discurso da oposição no setor saúde. Mas essa proposição ganha força, à medida que o cenário político vai mudando com a eleição de governadores de oposição ao regime militar em importantes Estados, cujos secretários de saúde apoiavam a proposta. O PAIS é transformado em diretriz política, o que ocorre, primeiramente, com o abandono da terminologia programa, passando a chamar-se apenas Ações Integradas de Saúde (AIS).

As AIS começaram a ser implantadas em 1983 e, já em 1984, dezenas de municípios haviam aderido ao convênio. As mudanças fundamentais foram a substituição do pagamento por unidade de serviço pelo pagamento por procedimentos, além da limitação de convênios com hospitais e empresas de saúde.

Em 1985, as AIS transformam-se em política oficial da Nova República, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde. Com esse novo impulso, no final de 1986, mais de 2.500 municípios participavam da nova política de saúde. Nesse processo, destacaram-se como pontos positivos a implementação da Programação e Orçamentação Integrada de Saúde (POI) e a inversão da dotação orçamentária em favor do setor público, que, em 1987, atingiu pela primeira vez o patamar de 54,1%, ainda que o setor privado tenha sido responsável por 80,3% das internações hospitalares, e esse quadro tenha revertido nos anos subseqüentes (Luz, 1991).

Nessa época, o Movimento Sanitário Brasileiro começava a destacar-se na luta pela transformação do sistema de saúde vigente, procurando discutir as relações entre saúde-sociedade e saúde-Estado, assim como denunciar a mercantilização da saúde no Brasil.

É nesse contexto sócio-político que ocorre em Brasília, de 17 a 20 de março de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação da sociedade. Tendo por temática o direito à saúde como parte da cidadania e a reorganização do setor em um Sistema Único de Saúde, a VIII Conferência marca a expressão "Reforma Sanitária" como bandeira de luta dos setores progressistas da sociedade. Consagra-se, assim, uma concepção ampla de saúde, a saúde coletiva, entendida como resultante das condições de vida e trabalho dos cidadãos.

A VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de 4.500 pessoas, dentre as quais mil delegados. Os setores empresariais da saúde não participaram, em protesto contra o princípio da conferência, que se fundamentou no conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e pela ampliação do número de delegados. O relatório final foi divulgado amplamente entre os participantes e delegados. O conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor, com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional, separando saúde de previdência, com estatização progressiva através de uma ampla Reforma Sanitária, foram avanços na perspectiva de acumular forças para a efetivação dessa reforma. A saúde, em seu sentido mais abrangente, foi considerada como " resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado

das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987: 382).

A questão saúde transbordou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (Rodrigues Neto, 1988).

A reorganização do setor em um Sistema Único a ser coordenado por um único Ministério, devendo essa unicidade de comando ser reproduzida nos níveis estadual e municipal, tornou-se um consenso. Além disso, outra grande contribuição dessa Conferência foi a abertura de espaço para a participação popular, através de suas entidades representativas na formulação das políticas, planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde.

Segundo Neto (1991), embora tenha representado um marco importante para o avanço de uma proposta comum aos setores que defendiam a perspectiva da seguridade social, as resoluções aprovadas na VIII Conferência pouco foram implementadas na prática. A Comissão Nacional da Reforma Sanitária foi progressivamente esvaziada, refletindo a debilidade do projeto progressista frente aos grupos liberais.

Durante a Nova República, intensificam-se as influências dos setores conservadores, cujas idéias centralistas acabam conquistando espaços, colocando em risco o processo de unificação e descentralização da saúde. É nesse contexto que, em 20 de julho de 1987 é editado o decreto governamental que cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Este representou a tentativa de

institucionalizar os princípios de unificação e descentralização nos estados, reduzindo o controle central exercido principalmente pelo INAMPS.

Na prática, a implantação do SUDS gerou polêmica, pois foram mantidos mecanismos de controle centralizados que favoreciam a manipulação política e a reprodução da lógica privatizante. Assim, o SUDS não alterou o modelo assistencial vigente, persistindo a desigualdade de acesso aos serviços, a baixa resolutividade e produtividade dos recursos, a estrutura inadequada de financiamento do setor e a ausência de integralidade das ações.

Paralelamente, nesse mesmo período, o movimento de dirigentes municipais de saúde ganha força e adesão, sendo organizado e fundado em Abril de 1988, em Olinda, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). No Encontro de Olinda, os secretários municipais aprovaram o estatuto da entidade, onde ficou clara a finalidade de lutar pela autonomia dos municípios e referendaram a Carta de Olinda, cujo teor reafirma o apoio do CONASEMS à Reforma Sanitária, classificando-a como medida urgente, reclamada por amplos setores da sociedade civil, com a qual estão comprometidos os municípios. O CONASEMS representou importante ator social durante a Assembléia Nacional Constituinte, exercendo forte pressão política por ocasião da aprovação do novo texto constitucional.

Com a promulgação da Constituição, em outubro de 1988, o SUS é instituído nos artigos 196 e 200, no capítulo da Ordem Social, que conceitua saúde como:

“A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”, (Constituição Federal, 1988, art. 196).

A Constituição aprovada em 1988 resgatou as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) n.º 8.080 e n.º 8.142 de 1990. Por essas leis foram consagrados os princípios fundamentais já incluídos na Constituição: a saúde como direito civil, ou seja, direito do cidadão e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, considerando a sua determinação social, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando os princípios da universalidade, igualdade e integralidade; direito à informação sobre sua saúde; a participação popular; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios. Na prática, tais princípios não foram considerados pelo governo Collor, mesmo tendo mudado o conceito de saúde do ponto de vista jurídico. O grande desafio político colocado foi transformar o texto constitucional e infraconstitucional em realidade, pois não se conseguiu efetivar as conquistas legais, em virtude da atuação de forças resistentes à reforma, instaladas no governo ou com influência dele (Carvalho e Santos, 1992).

Baseados nos preceitos constitucionais, os princípios básicos fundamentais na delimitação do novo modelo assistencial, SUS, foram assim conceituados:

Universalidade - garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo Poder Público.

Eqüidade - garantia de acesso de qualquer pessoa em igualdade e condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira, assim como a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades ampla e publicamente reconhecidas.

Integralidade - refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo que cada qual se constitui numa totalidade. Assim, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação de saúde, da mesma forma, constituem-se em um todo, não podendo ser compartimentalizadas; as unidades constitutivas do sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral.

E quanto à lógica organizativa, o SUS deve se basear nas seguintes diretrizes:

Regionalização e Hierarquização - os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Devem oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um grau ótimo de resolutividade. O acesso da população à rede deve se dar através dos níveis primários de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas. Os demais deverão ser referenciados aos serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada,

favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Resolutividade - é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado tecnicamente e habilitado político-administrativamente para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência. Isso significa que um serviço de nível primário não deva ser de baixa qualificação, mas apenas de baixa incorporação tecnológica e que deva estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde; o paciente não pode mais ser a "bola de pingue-pongue e os serviços as raquetes que vão jogando-o de um lado para outro.

Descentralização - é entendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é da alçada de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal, o que abrange um estado deve estar sob a responsabilidade do governo estadual e o que for abrangência nacional é responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde: é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

Participação dos Cidadãos - é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participa do processo de

formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação partidária de usuários e governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Outra forma de participação são as Conferências de Saúde periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e os conhecimentos necessários a que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

Complementariedade do Setor Privado - a Constituição definiu que, quando for necessário contratar serviços privados, por insuficiência do setor público, isso deve se dar sob algumas condições: a celebração de contrato conforme as normas de direito público, ou seja, o interesse público prevalece sobre o particular, e a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios de universalidade e equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste.

O SUS, com esses princípios e diretrizes, na verdade, constitui-se em uma proposta de mudança completa das práticas políticas setoriais e do próprio entendimento do que é saúde, reduzido até então ao seu componente biológico. Com esse sistema, a saúde passou a ser entendida, inclusive no discurso legal, como resultante de um complexo conjunto de fatores ambientais, socioeconômicos, culturais e biológicos, determinada em última instância pela posição de classe que cada indivíduo e/ou grupo social ocupa na organização da sociedade (Magajewski, 1990:39).

Ainda que esse conjunto de idéias, direitos, deveres e estratégias não possam ser implantados automaticamente e de súbito, o que deve ser compreendido é que a implantação do SUS tem por objetivo transformar, qualitativamente, a atenção à saúde no país, rompendo com um passado de descompromisso social e irracionalidade técnico-administrativa.

Para isso, é necessário que se entenda a lógica do SUS e como deve funcionar, para cumprir com esse novo compromisso que é assegurar a todos, de maneira igual, de acordo com as necessidades de cada um, e com racionalidade planejada, serviços e ações de saúde adequadas e suficientes.

Em agosto de 1992, realizou-se, em Brasília, a IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema central "Saúde: Municipalização é o Caminho". Os debates mostraram o claro diagnóstico da situação da saúde no momento: aprofundamento da crise do setor saúde, decorrente do desmonte do setor público, da redução de recursos e do aumento da demanda, devido à deterioração das condições sociais e econômicas da população brasileira. A palavra de ordem surgida nos debates foi "Cumpra-se a Lei" e a NOB 001/93, no intuito de resgatar a responsabilidade do governo em cumprir os preceitos legais já conquistados.

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, nesse sentido, no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas de Saúde (LOS), o Decreto N.º 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993. Em 1995, o Ministério da Saúde implementou a NOB 93.

As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, voltam-se, mais direta e

imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade desse Sistema.

Para Carvalho e Giovanella (1992), a IX Conferência foi marcada pelo confronto ideológico que perpassou os debates de todos os temas, tendo como pano de fundo o modelo de sistema de proteção social. Dois blocos oponentes se mostraram claramente: de um lado, o “bloco da seguridade social”, representado pelas entidades já envolvidas com o Movimento da Reforma Sanitária, que defendeu os preceitos constitucionais já conquistados na luta pela construção de um “Estado de bem estar social”, e de outro, o “bloco do seguro social”, onde se alinhavam os representantes dos empresários e dos interesses privados, defendendo a privatização da atenção à saúde.

Percebemos que é hora de recomeçar os debates, reconstruir discursos, reafirmar posições e repensar estratégias, no intuito de resgatar uma trajetória de (re)construção de um sistema de saúde, realmente, universal, igualitário e de qualidade.

Diante desse cenário , de 2 a 6 de setembro de 1996, foi realizada a etapa nacional da 10ª Conferência Nacional de Saúde, sendo composta por 1260 delegados provenientes das conferências estaduais e distrital, antecedidas por quase 3.000 conferências municipais de saúde.

Reconhecemos que esse fenômeno de organização e participação, quer pela sua representatividade, quer pela mobilização ascendente de Municípios, Estados, Distrito Federal e União, representa a expressão do exercício de democracia do setor saúde com atuação de diversos atores sociais. Esse movimento tem sua explicação maior, seguramente, na intensificação dos esforços de fazer o SUS acontecer ao nível da gestão municipal e microrregional,

principalmente a partir da NOB, o que gerou novo ânimo, expresso na frase que empolgou a plenária da 10ª Conferência Nacional de Saúde: "Onde dá SUS, dá certo!".

A "Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde" salienta algumas considerações importantes para o setor saúde:

"A despeito dos avanços institucionais e democráticos, as condições sanitárias e as instituições de saúde continuam em grave crise no Brasil. No centro desse processo do setor saúde, encontramos a política econômica de cunho neoliberal, implementada pelo governo federal e parte dos governos estaduais. Imposta por países e organismos internacionais e pela elite financeira nacional, desenvolve-se essa nefasta política que produz dependência e endividamento interno e externo, empobrecimento, desemprego, quebra de direitos trabalhistas, exclusão social, violência, doença e morte. Sob o discurso da "modernização", estabelece-se, de fato, o "Estado Mínimo" para as políticas sociais, e o "Estado Máximo" para o grande capital financeiro nacional e internacional. Essa é a lógica que se encontra por trás do atual projeto de Reforma Administrativa e do Estado, que transfere para as leis de mercado e órgãos privados a responsabilidade de atender os direitos de cidadania. A nossa "modernização" e a nossa Reforma Administrativa e do Estado são outras: não abrem mão do controle da inflação, mas não abrem mão, também, do avanço das políticas sociais de proteção pública da cidadania e da retomada do desenvolvimento socioeconômico, de melhor distribuição da renda e do acesso universal a todos os serviços que garantem a qualidade de vida e bons níveis de saúde. Através do processo de descentralização e consolidação da municipalização plena da saúde e da regionalização dos serviços, o SUS vem permitindo, nas cidades que avançaram na aplicação de seus

princípios e diretrizes, a reversão de indicadores, a resolução dos problemas de saúde e a satisfação da população, provando sua viabilidade” (Relatório Final 10ª Conferência Nacional de Saúde : 13).

O SUS representa o exemplo mais importante de democratização do Estado, em nosso país. Deliberações da 10ª Conferência Nacional de Saúde reafirmaram o SUS como garantia, a toda a população, do acesso às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde. A construção de um novo modelo de atenção à saúde passa, necessariamente, pela maior autonomia dos municípios, das regiões e pela reafirmação da participação popular e do controle social com conselhos paritários, tripartites e deliberativos, para que o SUS, cada vez mais, dê certo. Nesse sentido, destacamos algumas deliberações da Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde :

- exigir a manutenção do princípio e do conteúdo constitucional da Seguridade Social, incluindo solidariamente Saúde, Previdência e Assistência Social. Repudiamos qualquer alteração constitucional que signifique retrocesso na conquista da cidadania e dos direitos sociais;

- deflagração de ampla mobilização popular pela imediata aprovação do Projeto de Emenda à Constituição - PEC 169, que garante 30% dos recursos da Seguridade Social e, no mínimo, 10% dos orçamentos da União, Estados e Municípios para a saúde. Ampliação da base de arrecadação da Seguridade Social com fontes permanentes de financiamento;

- rejeitar qualquer tentativa de invalidação do Fundo Nacional de Saúde, já regulamentado pela Lei Federal 8.142/91. Garantir o fim das fraudes e dos desvios de verbas através da efetiva fiscalização dos Conselhos de Saúde e a

descentralização da gestão e controle em todos os níveis de complexidade dos serviços;

- exigir a imediata discussão do projeto de Reforma do Estado do MARE, no âmbito dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e a revisão de todas as propostas que ferem os princípios e diretrizes do SUS.

Salientamos que se faz necessária uma intensa mobilização e participação popular, reafirmando a garantia dos princípios do SUS e da efetiva formulação de diretrizes para a política nacional de saúde.

Pois o SUS tornou-se, assim, o sistema integrado de assistência à saúde, garantido pelo Estado brasileiro.

Nesse sentido, está sendo encaminhada uma proposta de Reforma do Estado pelo Governo Fernando Henrique Cardoso, que interfere nas políticas públicas. Entendemos que realizar a Reforma do Estado é necessário e urgente. No entanto, a questão é a forma pela qual ela está sendo implementada.

Sobre a reforma, Mendes (1996) descreve que há um consenso na sociedade brasileira de que, sem uma profunda reforma do Estado, não é possível superar a crise nacional. As divergências, segundo ele, estão em como fazê-la e sobre que grupos vão cair os ônus dessa imprescindível reforma.

Segundo Mendes (1996:65), uma reforma do Estado admite, pelo menos, dois modelos alternativos: um que propõe um Estado mínimo com privatização acelerada e incentivo a mecanismos de regulação mercadológica, o modelo neoliberal; outro, o modelo da reconstrução do Estado, que enfrenta o desafio do déficit público, implementa reformas econômicas orientadas para o mercado, muda as políticas sociais para melhorar sua qualidade e moderniza o aparelho do Estado para aumentar sua capacidade de implementar as políticas

públicas. Ou seja, o primeiro modelo prioriza uma redução do tamanho do Estado, enquanto o segundo exige um Estado mais forte na sua capacidade de regulação e na condução da política. É nesse espaço da reforma do aparelho do Estado que o SUS vai além do SUS. Daí que o SUS transcenda, em muito, a si mesmo, uma vez que demarca as possibilidades e os caminhos de uma imprescindível reforma do aparelho do Estado brasileiro, porque explica os papéis federativos, redistribui as competências, descentraliza os recursos, democratiza as decisões e procura romper com as clássicas relações de intermediação clientelistas ou corporativas que estão na medula do nosso Estado.

Nesse sentido, está sendo implementada uma proposta de reforma administrativa do sistema de saúde, particularmente no que diz respeito ao sistema de assistência médico-hospitalar.

Segundo Pereira (1998), os pressupostos da reforma são cinco. Primeiro, pressupõe-se que a descentralização permite um controle muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados localmente. Segundo, que a descentralização, acompanhada de controle social por parte da comunidade atendida pelo serviço, torna-se duplamente efetiva. Terceiro, que a separação clara entre a demanda e a oferta de serviços permite, entre os fornecedores dos serviços médico-hospitalares, o surgimento de um mecanismo de competição administrada, altamente saudável. Quarto, que o sistema de encaminhamento via postos de saúde e clínicos gerais evitará uma grande quantidade de internações hospitalares inúteis. Quinto, que, a partir da efetiva responsabilização dos prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde, a auditoria realizada pelo Ministério da Saúde nos hospitais passará a ter caráter complementar à auditoria permanente realizada a nível municipal, onde, de resto há muito mais fiscalização e participação comunitária.

É Pereira (1998) que apresenta um diagnóstico do SUS, relatando que foi, sem dúvida, a política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado brasileiro desde a transição democrática, ocorrida em 1985. Entretanto, a implementação do programa realizou-se de forma parcial. Tanto assim que, em 1993, o Ministério da Saúde publicou um relatório com o título significativo, "Descentralização dos serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei". A descentralização, entretanto, vem caminhando lentamente. Na verdade, a situação atual do Sistema Único de Saúde é profundamente preocupante, não obstante a enorme quantidade de energia que os responsáveis pela saúde pública no Brasil dedicaram a ele. Esse fato é, principalmente, verdadeiro em relação ao atendimento ambulatorial e hospitalar da população. Embora dedicando mais de 80 por cento do seu orçamento à medicina curativa, hospitalar e ambulatorial, que, dessa forma, absorve uma parte dos recursos escassos que deveriam estar destinados às ações preventivas, os resultados ainda deixam muito a desejar.

Percebemos que o problema central enfrentado pela medicina ambulatorial e hospitalar é o da baixa qualidade dos serviços. Estes não estão disponíveis para a população nem na quantidade nem na qualidade minimamente desejável. O cidadão é submetido a filas imensas e a um atendimento sempre precário. Não é por outra razão que os sistemas privados de medicina em grupo, os convênios, floresceram, financiados não apenas individualmente, mas principalmente pelas empresas. Entretanto, a grande massa da população brasileira continua a depender do SUS, que, carente de recursos, e com um sistema administrativo ainda indefinido, não atinge os objetivos a que foi proposto. Na prática, não é universal, não garante a equidade, é, limitadamente, descentralizado e não logrou eliminar, completamente, as competências concorrentes da União, dos

estados e dos municípios. Além disso, favorece, desnecessariamente, as internações hospitalares em detrimento do tratamento ambulatorial, que é mais barato e eficiente.

Pereira (1998) aponta inúmeras razões para essa situação. "A principal delas é naturalmente financeira. As políticas de redução do gasto público, adotadas como resposta às diversas crises econômicas que o país atravessou, têm afetado, de modo geral, os programas sociais e, em particular, os da área de saúde, acarretando um decréscimo drástico e persistente do aporte real de recursos financeiros para o setor. Por outro lado, a grande elevação de custos, advinda do aumento da complexidade e sofisticação tecnológica dos tratamentos médicos e hospitalares, tem um papel relevante na crise financeira do sistema".

O processo de municipalização do sistema começou a ser implementado, através da descentralização nas condições de gestão "incipiente, parcial e semiplena". Hoje, com a Norma Operacional Básica - NOB/96 temos : Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Mas o processo é lento, por duas razões: porque se exigem pré-condições de competência muito elevadas para os municípios, e porque se pretende englobar no processo de descentralização todos os aspectos da saúde, ao invés de separar os problemas e atacá-los individualmente.

A centralização ainda dominante e a falta de distinção entre a oferta e a demanda de serviços hospitalares determinam uma dificuldade essencial em controlar ou auditar os hospitais, facilitando a corrupção e a baixa qualidade dos serviços prestados.

Dentre os principais fatores que contribuem para essa situação é clara a falta de vontade política para concretização da municipalização do sistema, sendo

um dos entraves fundamentais o inadequado e insuficiente modelo de financiamento vigente.

Nesse sentido, a NOB/01/96, publicada em 06 de novembro de 1996, foi resultado de amplo e participativo processo de discussão. O foco central da NOB é a redefinição do modelo de gestão, o que representa um importante marco no processo de consolidação do SUS e, por conseguinte, no efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes que o orientam.

Esse marco se expressa, em especial, na finalidade da Norma: "promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus municípios...".

O gestor municipal irá, por conseguinte, prover seus municípios da atenção à saúde por eles requerida, com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos estados, caracterizando um processo de transformação profunda, no qual se desloca poder de gestão, atribuições e decisões para o nível mais local do Sistema.

Na NOB 96 está definido que os gestores Federal e Estadual são os promotores da harmonização, modernização e integração do SUS, nas dimensões nacional e estadual, respectivamente. Essa tarefa acontece, especialmente, na Comissão Intergestores Bipartite, CIB, no âmbito estadual, e na Comissão Intergestores Tripartite, CIT, no âmbito nacional. O desempenho dos papéis que cabem aos gestores concretiza-se mediante um conjunto de responsabilidades que estão detalhadas na NOB, o que caracteriza a palavra-chave do novo modelo, que é a responsabilização de cada gestor, de cada instância de governo. Esta NOB assegura o repasse financeiro sob a forma de financiamento de ações de saúde e não pelas doenças.

Esse novo paradigma de gestão configura, assim, instrumento altamente favorecedor na implantação de um novo modelo de atenção à saúde, até então centrado na doença. Nessa transformação, destaca-se a atenção integral, uma vez que o modelo abarca o conjunto das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse é um diferencial entre a NOB/96 e as anteriores, cujo foco era a assistência. Entre os novos conceitos introduzidos pela Norma, ressaltam-se os relativos à gestão e à gerência. Assumir a gestão significa apropriar-se do comando do Sistema, o que é de exclusiva competência do poder público. Assim, são gestores do SUS o Prefeito e Secretário Municipal de Saúde, o Governador e o Secretário Estadual de Saúde, o Presidente da República e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

No que se refere à gerência, assumi-la significa ter a responsabilidade pela administração de uma unidade ou órgão de saúde – ambulatório, hospital, instituto, fundação etc. – que presta serviços ao sistema. Em outros termos, assumir a gerência quer dizer dirigir uma determinada unidade ou órgão prestador de serviços de saúde.

A Instrução Normativa 001/98, publicada em 6 de janeiro de 1998, é o documento que regulamenta e operacionaliza a NOB 96, definindo o processo de habilitação de municípios e estados às condições de gestão estabelecidas. As mudanças inseridas dão base ao processo de implementação da descentralização da gestão, em curso no âmbito do SUS, e dizem respeito à definição dos meios e formas de atendimento dos requisitos estabelecidos na NOB, inclusive por parte daqueles municípios ou estados que estão habilitados pela norma anterior (a NOB 93).

Ao mesmo tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

a) os papéis de cada esfera de governo e , em especial, no tocante à direção única;

b) o instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;

c) os mecanismos financeiros, reduzindo as transferências por produção de serviços e ampliando aquelas de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;

d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;

e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

Segundo Magajewski (1994), essa nova concepção de modelo assistencial exige uma aproximação permanente das unidades de saúde em relação à população que vive em volta delas. A discussão e a identificação com a população, dos riscos e carências mais importantes para a comunidade, indicarão também a forma e como estes deverão ser enfrentados. Isso significa que deve ser investido maciçamente na melhoria das condições de vida e saúde da população. É necesssário investir na promoção da saúde, ou seja, saneamento, moradia, alimentação, educação, emprego, lazer, etc.

Hoje, o SUS deve ser entendido como um processo social em marcha. Não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término, especialmente, se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam para o fracasso dessa proposta. Assim, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje (Mendes, 1996:57).

Nesse sentido, Mendes (1996) reforça a idéia de que o SUS deve ser entendido como processo social, que tem uma dimensão política, pois é constituído por diferentes atores sociais. Tem, também, uma dimensão ideológica, apresentada pela concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário. Por fim, apresenta uma dimensão tecnológica que vai exigir a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia.

Diante das críticas atuais sobre o SUS, devemos salientar que, enquanto os recursos diminuía violentamente, a produção de serviços aumentava quase na mesma proporção. Um exemplo, as internações hospitalares do SUS cresceram de 11,5 milhões em 1989 para 14,7 milhões em 1994.

Ainda assim, analisando o SUS atualmente, podemos dizer que muitos ganharam com esse sistema, e , embora devemos reconhecer o caráter da universalização da saúde no Brasil (a “universalização excludente”), é inegável que, para os milhões de despossuídos que adquiriram direitos e livraram-se da indigência, os ganhos são consideráveis. A contradição apontada por Mendes está no fato de que esses brasileiros que ganharam com o SUS não estão socialmente organizados e são destituídos de voz política. Ou seja, os ganhadores com o SUS são maioria silenciosa que conta pouco no jogo político e na formação de opinião. Por isso, esses ganhadores não contam, porque ninguém lhes dá ouvido.

Portanto, precisamos reconhecer que o SUS apresenta profundas irracionalidades. Para superá-las, é necessário requalificar o papel do Estado na área da saúde, construir novo pacto federativo, redesenhar o aparelho institucional em todos os seus níveis e adotar uma série de medidas que incrementem sua eficiência, principalmente garantia de financiamento para a saúde.

Diante desse contexto, precisamos reforçar o caráter processual do SUS, que não é linear, mas sim dinâmico. Há necessidade de dar tempo e condições a esse processo social que, por envolver mudança paradigmática e transformação cultural, será, por natureza, de maturação lenta e gradual.

Através do SUS, estava dado o substrato de legitimidade e legalidade do novo modelo, mas não estavam estabelecidas, na prática, as condições para as transformações necessárias.

Duas ordens de fatores contribuem para essa situação paradoxal, ou seja, para o fato de se possuir uma legislação considerada avançada e caudatária de um processo de construção social que levou muitos anos para ser efetivado, ao lado de um sistemático descumprimento das normas dela emanadas. Em primeiro lugar, o fato de continuar existindo um significativo grupo de forças que não quer modificações no modelo assistencial, uma vez que, apesar dos efeitos danosos visíveis, esse modelo lhes atende em seus interesses políticos, ideológicos e de mercado. Soma-se a isso, como uma segunda causa do descompasso entre a legislação e a realidade, a grande inércia que acompanha uma proposta que exige uma completa reorganização das práticas e da própria racionalidade de todo o sistema de saúde.

Uma primeira transformação inerente ao novo modelo assistencial que se busca implementar está na noção de responsabilidade e autoridade sanitária: a

saúde, em toda a sua dimensão ampliada, passa a ter um comando definido. Isso significa, tanto a organização política do setor, como a responsabilidade por formas de atenção à saúde até mesmo de grupos populacionais, ainda não cobertos de forma adequada pelos serviços de saúde. O setor, ao mesmo tempo em que define, internamente, o ponto de vista político e administrativo, aponta para o alargamento de seu campo de atuação e, conseqüentemente, para novas atribuições que passa a assumir.

A segunda grande mudança que esse novo entendimento traz para o setor saúde é o rompimento com as práticas que fundamentavam as antigas organizações, quais sejam, o gigantismo e a centralização. Em vez de megaestruturas com planejamento e um suposto controle centralizados, o novo modelo elege o espaço estratégico do domicílio/comunidade. Com isso, são valorizadas várias dimensões que se perdiam na centralização, como os horizontes históricos e geográficos dos diversos grupos, a cultura a tudo aquilo que torna significativa uma relação social.

Na relação direta com o contexto sanitário, essa revisão do espaço pode significar uma apropriação pelos vários atores que nele interagem - profissionais de saúde, dirigentes e lideranças dos verdadeiros condicionantes e determinantes do processo saúde-doença. A saúde pode ser concebida, nessa visão, como um retrato das condições de vida e de trabalho das diversas populações.

Em vista da necessidade do estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade dessas conquistas sociais, várias propostas de mudanças - inspiradas pela Reforma Sanitária e pelos princípios do SUS - têm sido esboçadas ao longo do tempo, traduzidas, entre outras, nos projetos de criação dos distritos sanitários e dos sistemas locais de saúde. Essas iniciativas, entretanto,

apresentam avanços e retrocessos, e seus resultados têm sido pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promover mudanças significativas no modelo assistencial. Nessa perspectiva, surgem situações contraditórias para estados e municípios, relacionadas à descontinuidade do processo de descentralização e ao desenho de um novo modelo.

Nesse contexto, surge, em 1994, a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF), preconizada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.

Assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa à reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

O conteúdo até aqui abordado teve como objetivo oferecer subsídios que possam contribuir para melhor entendimento sobre o que é o PSF.

Nesse sentido, destacaremos, no próximo capítulo, as diretrizes operacionais, níveis de competência e critérios para sua implantação e o resgate histórico do processo de implementação do PSF em nível nacional, estadual e municipal.

2. A SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

A atenção primária, como doutrina, surgiu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, que foi um marco para a saúde pública, à qual já fiz referência no capítulo anterior. A Atenção Primária em Saúde (APS) é uma estratégia da Organização Mundial de Saúde, OMS, e Organização Pan-americana de Saúde, OPS, para o cumprimento dos objetivos, propósitos e diretrizes de “Saúde para Todos” no ano 2000.

Existem variações na interpretação da atenção primária, que se explicam em uma parte, pela história de como se gestou e evoluiu esse conceito; em outra, pela ambigüidade de algumas de suas definições formais, estabelecidas em foros internacionais e pelo uso diferenciado que fazem, desde larga data, do termo atenção primária, algumas escolas de pensamento em saúde.

Segundo Mendes (1996:270), “as interpretações mais comuns são:

- a) Atenção primária como estratégia de reordenamento do setor saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir;
- b) A atenção primária, como programa com objetivos restringidos especificamente a satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinadas, de grupos humanos considerados em extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos;

c) A atenção primária como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde”.

Mendes ressalta que “a interpretação mais globalizante, a atenção primária como estratégia, decodifica-a como uma maneira determinada de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema de saúde para satisfazer as necessidades e aspirações, na área sanitária, de toda a sociedade, devidamente hierarquizados em função dos requisitos da meta de “Saúde para Todos no ano 2.000”.

A segunda interpretação, citada por Mendes (1996) é, “de um programa específico, como a definição e o desenvolvimento de programas marginais, com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas de regiões marginalizadas e, portanto, significa, na concretude de sua operacionalização, o reconhecimento, explícito ou implícito, de que a função do Estado na saúde é desenvolver políticas compensatórias que vão cristalizar as desigualdades pessoais e regionais presentes. Em outros termos, interpretar a atenção primária como programa implica reconhecer a impossibilidade de superar as desigualdades relativas, quanto ao acesso aos serviços de saúde e às possibilidades de adoecer, morrer ou incapacitar-se, dos diferentes grupos sociais, nas diversas regiões do país”.

Essa interpretação de atenção primária tem sido, segundo Mendes, até o momento, a mais encontrada nos países do terceiro mundo, e está materializada na proposta político-ideológica a atenção primária seletiva de saúde, destinada a populações pobres, a quem se oferece tecnologias simples e de baixo custo.

“A atenção primária como programa reconhece que a subcidadãos de regiões de segunda categoria devem ser ofertados serviços de saúde extremamente

simplicados e limitados, transformando-se, desse modo, de atenção primária em atenção primitiva” (Testa, 1989).

Concordo com Mendes (1996), que interpreta atenção primária como nível de atenção, concebendo-a, contudo, como estratégia que já não será a de reordenar todo o sistema de saúde, mas seu nível de atenção primária através do programa da saúde da família. Ao conceituarmos saúde da família como estratégia de organização da atenção primária, devemos negar algumas versões encontradas na prática social.

Ou seja, embora rotulado como Programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. O importante é falar de um Programa de Saúde da Família, sabendo que não é um programa mas, sim, uma estratégia.

“Não sendo um programa, não é, também, uma versão contemporânea da medicina simplificada, nem projeto exclusivo para regiões e grupos sociais em situação de exclusão. Apesar disso, a estratégia de saúde da família deve ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade e deve utilizar largamente tecnologias custo/efetivas” (Mendes, 1996:273).

Acerca desses aspectos, o Ministério da Saúde reafirma positivamente os valores que fundamentam as ações do PSF, entendendo-o como uma proposta substitutiva com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras. O PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e

criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de sua unidade de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, outro equívoco é a identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional - de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade - e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

É tempo, pois, de qualificar a estratégia da saúde da família através da explicação de seus princípios organizativos, segundo Mendes (1996:277):

a) Impacto - Por impacto deve entender-se as mudanças, quantitativas e qualitativas, no estado atual e futuro da saúde da população que possam ser atribuídas aos serviços de saúde. O impacto relaciona-se, portanto, com a capacidade que têm os produtos da atenção primária de alterar, para melhor, os níveis de mortalidade, morbidade e incapacidade da população adscrita.

b) Orientação por problemas - Esse princípio é decorrência natural do anterior, porque só identificando, descrevendo e explicando um problema, na concretude de um território de abrangência de saúde da família, é que se pode atuar, conseqüentemente, sobre suas causas para, dessa forma, impactar os níveis de saúde.

c) Intersetorialidade - Os problemas de saúde, por serem complexos e maldefinidos, convocam, para sua solução, outros setores, fora do âmbito dos serviços de saúde. Assim, a saúde da família deve trabalhar em estreita articulação com outros setores para que possa enfrentar, adequadamente, os problemas. Daí a importância dessa dimensão intersetorial da saúde da família, ainda que reconhecendo que, por ser espaço de hierarquia inferior, as possibilidades de um esforço integrativo serão sempre limitados e estarão na dependência das capacidades de condução de níveis superiores.

d) Planejamento e programação local - A estratégia de saúde da família exige mudanças epistemológicas e metodológicas que são imprescindíveis para o resgate do território local como espaço de planejamento e programação.

e) Hierarquização - Esse princípio está na própria base da existência de um nível de atenção primária e contém três subprincípios:

- O da suficiência e da insuficiência tecnológica: o nível de atenção primária deve ter, necessariamente, uma suficiência resolutiva que o justifique coerente com sua composição tecnológica. Contraditoriamente, esse nível de atenção é insuficiente tecnologicamente para atender a problemas que transcendem sua capacidade resolutiva, dependendo, portanto, de nível de atenção de maior densidade tecnológica que lhe sirva de referência.

- O da referência e contra-referência: do subprincípio anterior, decorre que a hierarquização exige um fluxo e contrafluxo de pacientes e

informações, gerenciais e tecno-científicas, por meio dos diferentes níveis do sistema.

- O da intercomplementaridade: A saúde da família, como atenção primária, guarda relação de intercomplementaridade com os outros níveis do sistema de saúde, não sendo, portanto, independente. A autarquização da saúde da família significará sua interpretação como um programa de atenção primária seletiva.

- Primeiro contato - A saúde da família constitui o primeiro contato com o sistema de saúde e mede-se pela extensão na qual a população realmente utiliza os serviços de atenção primária quando deles necessita. Além disso, a aplicação desse princípio significa que nenhuma pessoa poderá ser atendida nos níveis secundário e terciário do sistema, sem encaminhamento da equipe de saúde da família, excetuando-se obviamente os cuidados de emergência.

- Longitudinalidade - Por esse princípio, a saúde da família deve assegurar à população cuidados contínuos ao longo do tempo, de forma a superar a atenção ocasional, característica da prática da atenção médica.

- Integralidade - Aplicação desse princípio implica reconhecer que os serviços de atenção primária envolvem ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, providas de forma integrada, por meio da vigilância da saúde, e que as intervenções da saúde da família conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social. Conseqüentemente, a saúde da família vai atuar em diferentes espaços sociais, nos quais se

dá a reprodução da vida: no espaço primário do núcleo familiar, o domicílio, onde se dão as relações intrafamiliares; no espaço da microárea, microespaço que apresenta certa homogeneidade socioeconômica e sanitária denotada de áreas de exclusão ou de risco sócio-sanitário; nos espaços de vida social, lugares fundamentais para a sobrevivência e a sociabilidade da vida, como a creche, a escola e o local de trabalho. Entendo que o descumprimento desse princípio poderá reduzir a saúde da família a um simples programa como os outros programas verticais, tornando-o ineficaz e ineficiente.

i) Adscrição - Esse princípio deriva da organização da atenção primária em base territorial e objetiva a responsabilidade administrativa e tecnossanitária de uma unidade de saúde da família sobre o território de sua responsabilidade, o território área de abrangência .

j) Necessidades - os recursos que, em um momento, existem no lugar co-responsabilidade - Na saúde da família, estabelece-se relação entre os recursos de saúde e a população adscrita, com base na responsabilidade (accountability). Ou seja, a equipe e a população devem criar um sentimento de parceria em busca da melhoria da saúde.

k) Humanização - Por esse princípio pretende-se valorizar a vocação humanística da prática sanitária, imprescindível para minorar o sofrimento humano. Para tanto, é preciso um reconhecimento recíproco das famílias e da equipe de saúde da família de tal forma que, aquelas possam expor suas demandas e as condições de vida das quais emergem suas necessidades. Devem ainda conhecer-se, como coletivo,

aprendendo e refletindo criticamente sobre os referenciais de conformação deste agrupamento a que pertence.

l) Heterogeneidade - Por esse princípio procurar-se -á garantir que a aplicação dos princípios anteriormente enunciados não se converta em prescrições. Significa dizer que cada unidade de saúde da família, de acordo com sua realidade, é um processo em permanente construção. Portanto, há de se fugir dos modelos impositivos, verdadeiras camisas-de-força, tal como ocorreu com o Programa de Saúde da Família do Governo Itamar Franco, lançado com uma normatividade extremamente rígida.

m) Realidade - A saúde da família deve ser organizada segundo as necessidades e os recursos que, em um momento, existem no lugar particular. Por esse princípio, a quantidade, a qualidade e a distribuição dos recursos existentes e potenciais, confrontados com os problemas a resolver, é que devem determinar a lógica da organização da saúde da família.

Assim é a atenção primária, organizada pela estratégia da saúde da família, e orientada por esses princípios. Porém, a forma de implementação vai ser variável de acordo com a realidade local.

A atenção básica de saúde, segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 166, compreende cento e vinte procedimentos: consulta médica, atendimento odontológico básico, atendimento básico para profissional de nível superior, visita e atendimento do PSF, vacinação, atividades educativas a grupos, assistência pré-natal, planejamento familiar, pequenas cirurgias, atendimento básico para profissionais de nível médio, atividades do Agente Comunitário de Saúde,

orientação nutricional, assistência para parto domiciliar para médico do PSF e pronto atendimento.

2.1 O Processo de Implantação do PSF no Brasil

O Plano Operacional para 1994, do Ministério da Saúde, apresenta o Programa de Saúde da Família – PSF, como estratégia para contribuir na resolução da grave situação de saúde da população, através da alteração do modelo assistencial atual, centrado na doença, no hospital e no médico, priorizando o atendimento dos 32 milhões de brasileiros que, de acordo com os dados do mapa da fome do IPEA, vivem em estado de indigência. O Programa tem também como propósito, implementar os princípios de equidade, integralidade e universalidade e avançar no processo de municipalização da saúde. Um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde é a construção do processo de controle social. A viabilização do Programa de Saúde da Família ampliará as possibilidades da participação real da população através de suas organizações, a nível local no planejamento, execução e mecanismo de fortalecimento de participação social. O PSF será iniciado por adesão espontânea dos Estados e municípios que cumpram os requisitos sinalizados pelo Programa, exercitando, desta maneira, outro princípio do SUS, plena parceria entre União, Estados e Municípios, co-responsáveis na proteção da saúde da população brasileira.

Segundo o Ministério da Saúde, as propostas de organização das práticas de saúde voltadas à família têm em seu bojo os seguintes pressupostos:

- Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.
- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Isso significa dizer que essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra

e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. Nesse sentido, as ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam.

Marco da Ros (1998), conta a história da implantação do PSF a partir de sua vivência: “ O que acontece no final de 93 e início de 94, é que a Coordenadora de Saúde da Comunidade da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde chama algumas pessoas para montar a proposta do PSF. Eu fui chamado como representante de SC, foi um representante do RS, o pessoal da Bahia que trabalhava com saúde comunitária, ou seja, o perfil da equipe era todo da saúde comunitária como estratégia de libertação e não como estratégia do modelo americano de 75 . Estabelecemos parâmetros do que deveria ser o PSF, qual a sua lógica e que o mesmo deveria ser um instrumento do SUS, porque a proposta naquele momento era a implementação do SUS. A proposta do grupo era um médico para 500 famílias e salário igual para médico e enfermeira, e também com psicólogo e dentista na equipe, porém a proposta foi deformada”.

Durante sua explanação Marco da Ros coloca o porquê que o Governo Itamar Franco resolveu investir no PSF: “Ele resolve investir em PSF, porque é uma proposta barata e foi modificada a proposta inicial para ficar ainda mais barata. Assim, a equipe de implantação barateou o salário do enfermeiro que foi reduzido pela metade, foi reduzido o número de profissionais na equipe e aumentou-se o número de famílias por equipe, ou seja, na verdade, é muito difícil trabalhar nessas condições, mas ainda acho que é um espaço de implementação do

SUS que nós temos hoje, com todos os aleijados. Porém, se nós não dermos conta de que a proposta está aleijada, não se brigará para que a mesma melhore”. Acrescenta, dizendo que: “ Com essa crise de verba na área da saúde, o governo capitalista de plantão tem de fazer alguma coisa para se legitimar. A proposta de legitimação do governo passa um pouco pelo PSF. Então, acaba acontecendo uma hipertrofia do PSF nesse ano de 98; porém vejo que é um espaço para nós colocarmos o nosso pessoal, com a tentativa de legitimação de verdadeira proposta do PSF”.

A proposta do PSF é uma estratégia para contribuir na reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica; de forma a reorganizar as unidades básicas de saúde, portanto, não é uma ação paralela nos serviços municipais de saúde. As unidades básicas reorganizadas, segundo os princípios de saúde da família, caracterizam-se como a porta de entrada nos serviços de saúde do município. Isso significa dizer que o primeiro contato da população com os serviços deve ocorrer a partir de uma unidade básica de saúde da família.

As diretrizes a serem seguidas para a implantação do modelo de Saúde da Família nas unidades básicas serão operacionalizadas de acordo com as realidades regionais, municipais e locais.

A unidade de Saúde da Família nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e a contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que

identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas. Corresponde aos estabelecimentos denominados, segundo classificação do Ministério da Saúde, como Centros de Saúde. Os estabelecimentos denominados Postos de Saúde poderão estar sob a responsabilidade e acompanhamento de uma unidade de Saúde da Família.

A unidade de Saúde da Família caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde. Não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde. A unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade, e pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 pessoas. Esse critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade socioeconômica e política das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local.

As equipes de saúde deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida para a adscrição. Nesse processo, serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade, a qual é informada

da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência.

A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas. O cadastramento possibilitará que, além das demandas específicas do setor saúde, sejam identificados outros determinantes para o desencadeamento de ações das demais áreas da gestão municipal, visando a contribuir para uma melhor qualidade de vida da população.

É recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a essas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificadas com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo.

Os profissionais das equipes de saúde serão responsáveis por sua população adscrita, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os ACS devem, igualmente, residir nas suas respectivas áreas de atuação.

As atividades deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de

cada área de atuação. Assim, as equipes de Saúde da Família devem estar preparadas para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

A base de atuação das equipes são as unidades básicas de saúde, incluindo as atividades de visita domiciliar, internação domiciliar e participação em grupos comunitários. A visita domiciliar tem a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios

epidemiológicos e de identificação de situações de risco. O acompanhamento dos ACS em microáreas selecionadas no território de responsabilidade das unidades de Saúde da Família, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção. A internação domiciliar não substitui a internação hospitalar tradicional. Deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Por isso, só deve ser realizada quando as condições clínicas e familiares do paciente a permitirem. A hospitalização deve ser feita sempre que necessária, com o devido acompanhamento por parte da equipe. Na participação em grupos comunitários, a equipe deve estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

Atualmente, os critérios para um município implantar Saúde da Família são os seguintes:

- Estar habilitado na NOB/96.
- Elaborar Projeto de implantação do PSF de acordo as diretrizes de saúde da família e ter aprovação de sua implantação pelo Conselho Municipal de Saúde, definindo área de cadastramento e referência de atuação da equipe.
- Garantia de infra-estrutura de funcionamento da Unidade de Saúde do PSF.
- Estar integrado à rede de serviços de saúde complementares, de forma a garantir a referência e a contra-referência, quando os problemas exigirem maior grau de complexidade para sua resolução.

- Contratação e remuneração de uma equipe composta por um profissional médico, um profissional enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, e um agente comunitário de saúde a cada 200 famílias, por um período de 40 horas semanais.
- Definir área de abrangência para atendimento da equipe de 600 a 1000 famílias, e até 4.500 pessoas.
- Implantar o Sistema de Informação de Atenção Básica de Saúde, cumprindo fluxo estabelecido para alimentação dos bancos de dados regional e estadual.
- Ter um profissional Coordenador Geral do PSF em municípios com número acima de cinco Equipes de Saúde da Família.
- Garantir educação permanente para os profissionais da equipe do PSF.
- Cumprir as normas e diretrizes estabelecidas pelo PSF.
- Garantir a inclusão da proposta de trabalho do PSF, no Plano Municipal de Saúde.

A partir da operacionalização da NOB-SUS 01/96, com a implantação do Piso Assistencial Básico - PAB, os municípios que tiverem a estratégia de Saúde da Família implantada receberão um valor de incentivo de R\$ 28.000,00 (vinte e oito mil reais) por equipe implantada.

No Brasil, a experiência mais antiga é o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, com influência britânica, trabalhando com Unidades de Saúde Comunitária e equipes multiprofissionais. Já a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba busca inspiração na experiência de Porto

Alegre, agregando depois experiências de Cuba e Canadá. Niterói opta pelo modelo cubano de médico da família, e as experiências nordestinas desenvolvem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e PSF.

Observa-se que as experiências com PSF multiplicam-se no país, e já em 1998 atingiram 787 municípios. Existem trabalhos com resultados significativos na melhoria da qualidade dos serviços. Contudo, acredito que existem experiências de PSF que, estimuladas pelo incentivo do financiamento por parte do Ministério da Saúde, não apresentam na sua prática os princípios preconizados pelo programa.

Em 1994, quando foi lançado o PSF, foi implantado um programa modelo em um município de cada estado do Brasil. Conforme quadro abaixo, podemos observar que em 94 eram 328 equipes de PSF e atualmente temos 2299 . O Ministério da Saúde tem como meta, até final de 1998, atingir 3500 equipes de PSF no Brasil.

QUADRO Nº 01 - EVOLUÇÃO DO PSF - 1994 - 1998

Especificação	94	95	96	97	98	*98
Nº de Equipes	328	724	847	1498	2299	3500
População Coberta(milhões)	1,4	3,2	3,8	6,7	14,29	15,7
% Cobertura da População Total	0,8	2,0	2,3	4,0	8,7	9,8
% Meta	9	20	24	42	88	100
Nº de Municípios com PSF	55	163	228	498	787	800
% Meta	7,8	23,2	32,5	71,0	92,0	100

Notas: 1- 1998 até julho

Fonte: Dados do MS

2 - * 1998 - meta

Após dez anos da Constituição Cidadã, o embate continua, visto que, apesar de o SUS ter sido transformado em lei, ainda é longínqua sua efetiva implantação. Estamos longe da verdadeira universalização da saúde.

Contudo, entendemos que a estratégia da saúde da família, como proposta de organização da atenção primária, apresenta-se como um caminho para a universalização da saúde, enquanto garantia de mudança do paradigma de atenção à saúde e para construção de um sistema de saúde eficaz, eficiente, de qualidade e equitativo. Ou seja, o PSF, como estratégia estruturante da APS, visa à prevenção da doença, à promoção da saúde e à participação comunitária e social, que potencializam o desenvolvimento do SUS, através do impacto nos indicadores de saúde da população, além da mudança positiva nos hábitos que condicionam o estilo e modo de vida da comunidade.

Por isso, compreendo que as bases do PSF são históricas e conceituais. Segundo entrevista realizada com Marco da Ros (1998), então Professor do Departamento de Saúde Pública, da Universidade Federal de Santa Catarina:

“ O PSF, de alguma forma, é o sucedâneo do Movimento Sanitário, pois ele traz consigo toda a medicina comunitária, ampla e holística, nasce com toda uma oposição ao complexo médico-industrial, ou seja, nasce como setor público, voltado para saúde coletiva, com dedicação exclusiva dos profissionais e com dimensionalidade de equipe do jeito que tem que ser. Essa é a lógica por que devemos continuar brigando. Caso contrário, o PSF vai se corrompendo tanto que acabará se perdendo no meio do caminho”.

2.2 O Processo de Implantação do PSF em Santa Catarina

Em 1994, o Ministério da Saúde desenvolveu um projeto chamado Programa de Saúde da Família, com o objetivo de priorizar recursos técnicos e humanos de saúde, em áreas com problemas sociais. O programa prevê a implantação de uma equipe de saúde composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários que vão atender as famílias carentes em seu domicílio. Através da Secretaria Estadual de Saúde, foi assinado o convênio n.º 817/94 junto com Ministério da Saúde, para formar 28 equipes de Saúde da Família em todo o Estado. Foi criada nessa época a Coordenação Estadual do PSF, com finalidade de coordenar a implantação e implementação do programa no Estado de Santa Catarina. Em 1995, o Ministério da Saúde destinou verba de R\$ 90.625,00 para a implantação de três equipes, abrangendo as cidades de Florianópolis, Criciúma e Joinville.

Segundo o Ministério da Saúde, compete às Secretarias Estaduais de Saúde definir, em sua estrutura organizacional, qual setor terá a responsabilidade de articular a estratégia de Saúde da Família, cabendo-lhe o papel de interlocutor com o Ministério da Saúde e municípios, bem como as seguintes atribuições:

- participar, junto ao Ministério da Saúde, da definição das normas e diretrizes da estratégia de Saúde da Família;
- planejar, acompanhar e avaliar a implantação da estratégia de Saúde da Família em seu nível de abrangência;

- negociar com a Comissão Intergestores Bipartite os requisitos específicos e prerrogativas técnicas e financeiras para implantação e/ou implementação da estratégia de Saúde da Família;
- integrar os pólos de capacitação, formação e educação permanente para a equipe do PSF no que se refere à elaboração, execução, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações;
- articular com as universidades e instituições de ensino superior, a introdução de inovações curriculares nos cursos de graduação e/ou a implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação "lato sensu";
- participar da rede nacional/regional de intercâmbio de experiências no processo de produção do conhecimento em Saúde da Família;
- promover intercâmbio de experiências entre os municípios de sua área de abrangência;
- promover articulações com outras instâncias da esfera estadual, visando a garantir a consolidação da estratégia de Saúde da Família;
- identificar recursos técnico-científicos para o processo de controle e avaliação de resultados de impacto das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família;
- contribuir para o incremento da gestão plena da atenção básica nos municípios, visando à reorientação do modelo assistencial;
- identificar e estruturar parcerias com organizações governamentais e não-governamentais;
 - prestar assessoria técnica aos municípios para a implantação e desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família.

Marco da Ros (1998) relata a história do processo de implantação do PSF em SC: "Eles propunham um recurso inicial bom para implantação de equipes, algo na ordem de trinta e dois mil por equipe montada. O Ministro estava pressionando para implantar um município modelo em cada estado, para começar o PSF. Na época eu trabalhava na Prefeitura de Florianópolis no Governo Popular, e logo pensei em Florianópolis como primeiro a implantar o PSF. Porém, ligou para o Secretário de Saúde Baratiere, e o mesmo responde que antes de dar uma resposta deveria ser consultado o Conselho Municipal de Saúde - CMS. O Ministro queria uma resposta rápida, então Florianópolis perde a entrada do PSF naquele momento. O município de Criciúma aceitou a proposta, Joinville também fez pressão e foi agraciado com a proposta do PSF. E, assim, começa o PSF em SC: em Joinville e Criciúma. Depois Blumenau, Lages, tudo pelo apadrinhamento, muito mais do que pela proposta concreta".

A Diretoria de Assuntos Ambulatoriais, da SES, assume a Coordenação do PSF em junho/94 e forma a equipe para desenvolver as atividades do programa. Em julho/94 foi elaborado o Projeto Estadual do PSF, incluindo os municípios que fazem parte do Mapa da Fome. Em novembro daquele ano foi realizada uma supervisão pelas Coordenadoras Nacional e Estadual aos municípios de Florianópolis, Criciúma e Joinville. Realização em dezembro/94 do I Treinamento do PSF às Equipes dos Municípios de Joinville, Siderópolis, Lages, Rio do Sul, Chapecó, Campo Alegre, São Bento do Sul e Canoinhas.

Um documento elaborado pela equipe técnica do PSF, em fevereiro/95, aponta os pontos positivos e negativos do PSF em SC:

Pontos Negativos:

1. A Diretoria de Assuntos Ambulatoriais - DIAA demorou a assumir a Coordenação Estadual do Programa que, a princípio, foi delegada a um profissional ligado especificamente ao município;
2. Os critérios do Ministério da Saúde não foram respeitados:
 - Divulgação do PSF no Estado;
 - Adesão dos municípios;
 - Distribuição das equipes por município.
3. A credibilidade do programa sofreu desconfianças por parte dos técnicos, por coincidir com o momento político de eleições no país.
4. Ocorreu morosidade na elaboração do Projeto Estadual que viabilizava recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades da coordenação;
5. As atividades de treinamento e supervisão só aconteceram após o repasse do apoio financeiro do Ministério da Saúde;
6. A instituição não oportunizou capacitação técnica ou troca de experiência com outros Estados para os técnicos envolvidos no programa;
7. As atribuições da Coordenação Estadual, prioritariamente, detiveram-se à análise e encaminhamento da documentação dos municípios ao Ministério da Saúde, para a celebração dos convênios;
8. Segundo o Ministério da Saúde, os procedimentos efetuados pela equipe na época eram contemplados na Tabela SIA/SUS, com custo unitário diferenciado; entretanto, restringiu-se apenas essa

diferenciação ao valor das consultas médicas, não estendendo-se aos demais procedimentos.

Pontos Positivos:

1. A estratégia do programa é resgatar a família como uma unidade, concebendo-a numa visão integral e não fragmentada como acontece tradicionalmente na definição das políticas públicas;
2. Permite a integração dos programas da DIAA e demais diretorias;
3. Viabilizou o repasse de recursos financeiros para o desenvolvimento de atividades específicas do programa;
4. O apoio financeiro serviu como mecanismo incentivador para implementação das atividades básicas de saúde dos municípios;
5. Impulsionou os municípios à elaboração dos mecanismos gerenciais do SUS;
6. Oportunizou a proximidade do programa com os municípios e regionais de saúde.

Os primeiros quatro municípios assinaram convênio diretamente com o Ministério da Saúde, sem a participação do Estado.

Entre 1994-96, os primeiros convênios realizados entre o Ministério da Saúde e os municípios destinavam-se à aquisição de equipamentos, reformas de Unidades Básicas de Saúde e Capacitação de Recursos Humanos.

Os municípios que assinaram convênio naquele período foram:

QUADRO N.º 02

MUNICÍPIO	NÚMERO DE EQUIPES	ETAPAS DE CONVÊNIO	VALOR CONVÊNIO	PAGTO
ARROIO TRINTA	01		67.200,00	
ÁGUAS MORNAS	01		50.265,48	
BOMBINHAS	03		133.267,84	
CRICIÚMA	16	1ª ETAPA	498.400,00	FEV/95
	08	2ª ETAPA	217.000,00	
CAMPOS NOVOS	01		32.511,00	NOV/96
BLUMENAU	03	1ª ETAPA	93.450,00	OUT/94
	19	2ª ETAPA	643.588,00	
CANOINHAS	02		62.300,00	OUT/94
FLORIANÓPOLIS	03	1ª ETAPA	93.450,00	OUT/94
	11	2ª ETAPA	469.496,44	1ª parc. em SET/97
ASCURRA	01		31.150,00	SET/94
CHAPECÓ	03	1ª ETAPA	93.450,00	SET/94
	05	2ª ETAPA	327.189,00	
COCAL DO SUL	01		31.150,00	SET/94
GRAVATAL	01		24.775,00	
ITAPOÁ	01		31.150,00	AGO/95
JOINVILLE	06	1ª ETAPA	119.116,00	OUT/94
	23	2ª ETAPA	562.359,00	
LAGES	03	1ª ETAPA	93.450,00	OUT/94
	26	2ª ETAPA	912.806,00	
LAGUNA	01		33.986,34	SET/97
PASSOS MAIA	01	2ª ETAPA	23.087,70	NOV/96
RIO DO SUL	02	1ª ETAPA	62.300,00	OUT/94
SÃO LUDGERO	01		53.675,28	SET/97
STO AMARO IMPERATRIZ	01	1ª ETAPA	45.477,00	
SÃO BENTO DO SUL	01		31.150,00	OUT/94
SIDERÓPOLIS	01	1ª ETAPA	31.150,00	AGO/95
		2ª ETAPA	28.579,35	SET/97
TUBARÃO	06		139.717,92	
URUSSANGA	01		33.694,00	
XANXERÉ	01	1ª ETAPA	31.150,00	AGO/95
TOTAL GERAL	155			

Fonte: Coordenação Estadual do PACS/PSF

OBS: 1ª etapa corresponde a convênios assinados em 94 e 95 e 2ª etapa corresponde a convênio assinado em 96.

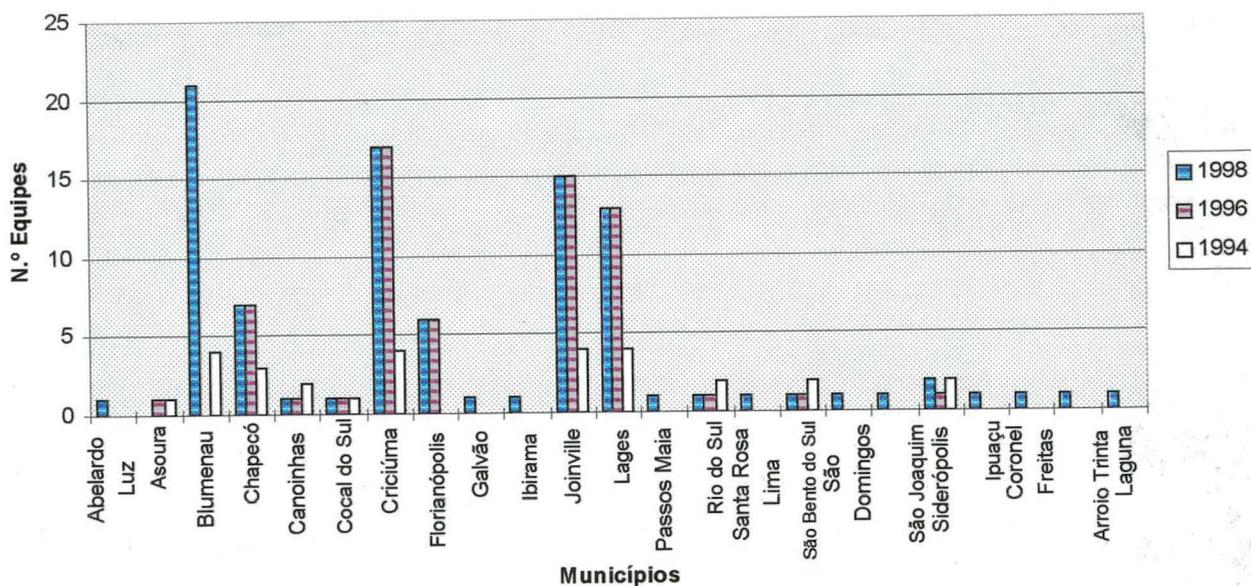
OBS: Os municípios abaixo relacionados estão implantando pela 1ª vez o Programa de Saúde da Família.

Águas Mornas	Passos Maia
Arroio Trinta	Urussanga
Bombinhas	São Ludgero
Campos Novos	Tubarão
Gravatal	Sto.ª Imperatriz e Laguna

Como podemos observar alguns municípios receberam convênio/recurso e não implantaram as equipes e RH que são de responsabilidade dos municípios. Essa forma de celebração de convênio nesse período não obrigava o gestor municipal montar a equipe, visto que constatou-se via tabela que receberam o recurso.

Através do gráfico abaixo, poderemos observar a evolução das equipes de PSF em SC . No ano de 1994 tínhamos 29 equipes, já em 1996 chegou a 64 equipes e 1998 apresenta até o momento 87 equipes de PSF no Estado.

EVOLUÇÃO DAS EQUIPES DO PSF EM SC



Em relação aos municípios que aderiram à proposta de PSF, podemos comprovar, através do QUADRO nº 03, que atualmente temos 22 municípios com PSF em SC.

QUADRO Nº 03 - MUNICÍPIOS COM PSF EM SC

Município	N.º de Equipes	N.º de ACS
Abelardo Luz	01	04
Arroio Trinta	01	-
Blumenau	21	-
Canoinhas	01	02
Chapecó	07	-
Cocal do Sul	01	04
Coronel Freitas	01	01
Criciúma	17	31
Florianópolis	06	07
Galvão	01	06
Ibirama	01	05
Ipuacu	01	-
Joinville	15	29
Lages	03	-
Laguna	01	03
Passos Maia	01	05
Rio do Sul	01	01
Santa Rosa de lima	01	-
São Bento do Sul	02	02
São Joaquim*	01	30
São Domingos	01	01
Siderópolis	02	04

Fonte - SES - Coordenação Estadual do PACS/PSF JULHO/98

* 1º Município a implantar PACS

Com o advento da NOB/96, alterou-se a forma de distribuição de recursos para a saúde, sendo que a modalidade, hoje, é "per capita" habitante/ano. E os municípios que tiverem equipes de PSF receberão o incentivo anual de R\$ 28.000,00 (vinte e oito mil reais) por equipe implantada. Em relação à antiga forma de convênio, percebemos um avanço na medida em que entre outros critérios estabelecidos pela NOB, torna-se obrigatória a implantação do Sistema de

Indicadores de Atenção Básica - SIAB, a partir de 30/06/98. Ou seja, obriga o município a implantar um banco de dados, como forma de apresentar um panorama da atenção básica de saúde, mostrando os indicadores de saúde daquela área de abrangência.

Em relação à formação dos profissionais de SC, foi criado, através da Portaria n.º 0176 - 28/02/97, o Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. O Pólo tem a finalidade de desenvolver as atividades de capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos envolvidos com a implantação e desenvolvimento do programa de Saúde da Família em todo o Estado de Santa Catarina, sendo composto pelos seguintes núcleos: UFSC, UNISUL, UNIVALI e FURB.

2.3 O Processo de Implantação do PSF em Florianópolis e na Região de Monte Cristo

Durante o ano de 1994,, iniciavam-se as discussões sobre PSF no Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, CMS. Na época, o Secretário Municipal de Saúde era Flávio Magajewski, e também presidente do CMS, que aprovou na Reunião do dia 25/07/94 com 08(oito) votos favoráveis, um contra e duas abstenções a proposta de operacionalização do Programa de Saúde da Família para Florianópolis, apresentada pela Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social. O projeto foi enviado nesse mesmo ano para o Ministério da Saúde.

Conforme Magajewski (1997):

“Florianópolis coroa o último ano do Governo Sérgio Grando com a implantação do projeto mais ambicioso de reorientação do modelo assistencial já assumido pelo setor saúde na cidade: O Programa de Saúde da Família, precedido pelas oficinas de descentralização, pelo planejamento local e pela criação das regionais de saúde. O PSF, implantado inicialmente no bairro Monte Cristo e Vila Aparecida corresponde a uma mudança radical no paradigma que tem dirigido a organização dos serviços de saúde no país”.

Em Florianópolis, juntamente com a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social (SSDS), foram implantadas, em fevereiro de 1996, três equipes: uma na Vila Aparecida e duas no Monte Cristo. O processo de seleção dos profissionais para compor as primeiras equipes realizou-se de dezembro de 1995 a janeiro de 1996. A contratação dos mesmos ficou sob a responsabilidade das Associações Comunitárias, e os recursos financeiros, repassados pela SSDS. O Decreto Legislativo nº 1337/95 aprova o Termo de Convênio n.º 113/95, celebrado entre a Associação de Moradores do Bairro Monte Cristo e a Prefeitura Municipal de Florianópolis/SSDS, visando à implantação e execução do Programa de Saúde da Família.

Em 26 de fevereiro/96, foi realizado o treinamento dessas equipes com reconhecimento da área a ser trabalhada e o cadastramento das famílias.

O convênio entre Ministério da Saúde e SSDS previa, na época, recursos próprios, para investimento em reformas dos Centros de Saúde das comunidades de Vila Aparecida e Monte Cristo. Marchi (1996), então Chefe do Departamento de Saúde, declara que "existe a necessidade de uma unidade de saúde mais ampla e agradável, com televisão e videocassete, para a equipe de

Saúde da Família poder trabalhar melhor". Além dos recursos da própria SSDS, o Fundo Estadual de Saúde repassou ao município a verba do convênio com o Ministério da Saúde.

Em novembro de 96, através da discussão e aprovação no CMS, foram implantadas mais três equipes, sendo uma na Tapera e duas nos Ingleses. Atualmente temos em Florianópolis seis (06) equipes de PSF em quatro (04) Unidades de Saúde.

Em Florianópolis, há diversas áreas com expressiva concentração de população desassistida e sem as mínimas condições de sobrevivência.

Segundo dados do perfil sócio-econômico de áreas carentes, realizado pelo IPUF e SSDS em 1993 e atualizado em 1996, foram identificadas, no município, 46 comunidades carentes, 28 na ilha e 18 no continente.

A Região de Monte Cristo se encontra na área continental e compreende as comunidades de Chico Mendes, Novo Horizonte, Nossa Senhora da Glória, Monte Cristo, Promorar, Alojamento Provisório e Conjunto Panorama.

A caracterização das comunidades atendidas pela Unidade de Saúde da Família do Monte Cristo são:

Chico Mendes - originada do processo de ocupação em área pública (COHAB), tendo similaridades em relação às configurações das demandas sociais, mas com história de ocupação diferenciada. A comunidade de Chico Mendes teve sua formação a partir de 1991, de forma desordenada.

Novo Horizonte - formou-se a partir de uma ocupação organizada, assessorada por movimentos sociais ligados à questão da terra em 1989.

Nossa Senhora da Glória - é a comunidade de formação mais antiga, (a partir de 1975).

Monte Cristo - a sua ocupação foi por volta de 1976.

Via Expressa ou Alojamento Provisório - essa comunidade desde agosto de 1996, foi removida para alojamentos, enquanto aguardam a construção dos apartamentos em um terreno localizado em frente à comunidade Nova Esperança.

Conjunto Panorama - aproximadamente 800 apartamentos da COHAB.

Promorar - conjunto residencial da COHAB.

Essas comunidades são formadas em sua maioria, por pessoas oriundas do Oeste e Planalto Serrano do Estado.

Segundo dados do Relatório da Situação Sócio-Econômica da Região do Continente, evidencia-se que nessa região a inserção no mundo do trabalho é através do sistema informal, visto que predominam os serviços autônomos, relacionados aos "biscates", não regularizados, provocando instabilidade e fragilidade da renda familiar e conseqüente pauperização, além do desemprego que agrava os problemas sociais. Em relação à renda familiar, a predominância é de dois salários mínimos, o que denota o nível de carência das famílias. Em relação à saúde, a desnutrição é um problema grave na região.

Outros problemas citados nesse diagnóstico realizado pelo DAC, é a questão de segurança, sendo que drogas, roubos, violência, são ao mesmo tempo causa e efeito das precárias condições de vida dessas populações, destacando-se o baixo índice de escolaridade, o desemprego, falta de perspectiva profissional para jovens e adultos e desestruturação afetiva do núcleo familiar.

Na Região de Monte Cristo há organizações comunitárias em todas as comunidades através das associações de moradores legalmente constituídas.

Na comunidade de Monte Cristo, funciona a Unidade de Saúde, com duas equipes do Programa de Saúde da Família. O PSF tem por objetivo trabalhar a saúde no seu conceito mais amplo.

Em entrevista concedida no dia 21/08/98, a Assistente Social, Marliange da Silva Pereira, Coordenadora da Divisão de Ação Comunitária do Continente - DAC, relata a história do processo de implantação do PSF na Região de Monte Cristo:

“Nós tivemos oportunidade de acompanhar esse processo desde o início, pois já fazíamos um trabalho na região. Quando começamos a trabalhar, existia apenas um posto de saúde funcionando precariamente, com sérios problemas, principalmente de pessoal, e de relação com a própria comunidade. Primeira providência foi de articulação do posto de saúde com a comunidade, por considerarmos que a saúde da população está diretamente ligada às condições de vida, partindo do entendimento de saúde de forma mais global. De uma forma muito incipiente, juntamente com a médica e a coordenadora do posto, montamos várias atividades. Essa época é precursora do PSF. Fizemos, inicialmente, um trabalho junto às creches, semanalmente as crianças eram consultadas, para acompanhar seu crescimento e desenvolvimento. Outro trabalho realizado foi de formação de agentes de saúde, onde foram treinados 03 moradores da comunidade. Esses agentes comunitários de saúde foram, posteriormente, trabalhar no PSF e, atualmente, um deles ainda faz parte da equipe. Também foi iniciado, nesse período, pela Prefeitura, o Programa “Leite é Saúde” para crianças desnutridas, e com orientação às famílias, que tiveram acesso a muitas informações de saúde, da organização comunitária e questões como saneamento básico e meio ambiente.

Foi uma época bastante fértil de trabalho, apesar de todas as dificuldades que o posto apresentava . Nessa época, a Prefeitura Municipal de Florianópolis juntamente com a SSDS, iniciou um processo bastante revolucionário de descentralização, através de oficinas de territorialização, dentro de uma nova ótica de saúde. Fomos chamados para participar dessas oficinas, fazendo diagnóstico e planejamento das ações a nível local. Todo esse processo de discussão com a comunidade sobre os problemas de saúde foi bastante enriquecedor. As Oficinas de Territorialização, iniciadas em 94 pela SSDS/DAC, tinham como objetivo articular os técnicos da saúde e as lideranças das comunidades, a fim de que percebessem a realidade da região sob sua responsabilidade, numa visão político-social, realizando um diagnóstico das doenças de maior incidência nas unidades e sua relação com a realidade local. Foram discutidos os seguintes temas: O que é saúde? Quem pensa em saúde e como fazer? A primeira oficina realizada em 16/12/94 foi denominada " Diagnóstico Local", e a segunda realizada em março/95 foi denominada de "Oficina de Planejamento e Programação", que tiveram como objetivo identificar e explicar os principais problemas da área de abrangência. Com o resultado dessas oficinas foram priorizadas algumas questões como: lixo e desnutrição infantil.

Diante de toda essa situação de carência , a região do Monte Cristo foi uma das escolhidas pela SSDS para iniciar o trabalho com o PSF.

Os critérios de escolha dessa região, segundo a Coordenadora, devem ter sido pela precariedade do próprio posto, poucos profissionais e porque ninguém queria trabalhar naquela região. Também em razão dos resultados obtidos através da realização das oficinas de territorialização, que possibilitaram o conhecimento dos reais problemas sociais da região, principalmente na área da saúde. Todo esse

quadro demonstra que a interferência nas questões de saúde deve ser realizada de forma mais ampla e com a comunidade.

O PSF foi implantado na Unidade de Saúde do Monte Cristo, em fevereiro de 1996, e nessa ocasião, a equipe técnica do Centro de Saúde I mudou. Apenas duas agentes comunitárias de saúde, que atuavam nas comunidades, permaneceram para compor as duas equipes de PSF, que é constituída pelos seguintes profissionais: 02 enfermeiras, 02 médicos, 02 técnicos de enfermagem, 02 auxiliares de enfermagem e 02 agentes comunitárias de saúde.

Na época, o Departamento de Ação Comunitária ficou responsável em promover a discussão com a comunidade em relação à proposta do PSF. O papel do assistente social, nesse momento, foi de articulação com a comunidade para conhecer essa nova proposta, pois os mesmos não receberam treinamento, e assim aprenderam com a comunidade esse novo processo.... “à medida que essa proposta vinha ao encontro dos interesses da comunidade, buscamos incentivar e promover a concretização dela na região”.

O processo de implantação do PSF no Monte Cristo ocorreu através de discussão com as lideranças, compostas pelos presidentes das associações de moradores de cada comunidade. No primeiro momento não houve uma discussão ampla com a comunidade. Essas lideranças foram instrumentalizadas para compreender a proposta e tomar decisões. A primeira decisão foi a compreensão e aceitação de que o PSF seria bom para a região. Outra discussão foi a forma de contratação desses profissionais, via associação de moradores. O maior problema apresentado, no momento, foi o receio de assumir essa responsabilidade, pois temiam que a Prefeitura não honrasse com seu compromisso, principalmente em relação ao salário dos profissionais, e a associação fosse penalizada. Após várias

discussões, houve o consenso de que, na época, a Associação de Moradores do Monte Cristo apresentava todas as condições para assumir essa atribuição. Porém, todos estavam cientes de que esse processo era de participação de todas as comunidades dentro do desenvolvimento do trabalho do PSF, e as comunidades teriam de se organizar para participarem, deliberarem sobre questões referentes ao planejamento das ações do posto, dentro da região, definindo quais as prioridades, quais os grupos vulneráveis e quais as áreas de risco. Assim, a proposta do PSF foi disseminada nos vários grupos de associações comunitárias ...". Foi o trabalho junto do grupo dos desnutridos, alimentação alternativa e os agentes comunitários de saúde que serviram de base para implantação do PSF. Talvez se isso não tivesse acontecido, essa proposta teria mais dificuldade de assimilação".

Acompanhamos, inicialmente, os profissionais para o reconhecimento da região, visitando as comunidades. A primeira atividade do PSF foi o cadastro realizado casa em casa, sendo também interpretado e divulgado, e aos poucos a comunidade foi sendo informada do novo modo de fazer saúde na região. Participamos dos treinamentos realizados para os profissionais que integravam as duas equipes de PSF no Monte Cristo.

Com a implantação do programa, foi criado o Conselho Local de Saúde - CLS, como colegiado permanente em defesa da saúde, com os seguintes objetivos: oferecer subsídios aos representantes do Conselho Municipal de Saúde da região, acompanhar, planejar e fiscalizar as ações desenvolvidas pelo Centro de Saúde, divulgar as ações de saúde a todos os moradores, avaliar as atividades de saúde realizadas nessa região. Além disso, atuar com as comunidades, através de ações educativas, no sentido de orientar as famílias sobre a importância dos cuidados básicos com a saúde.

O CLS é formado por representantes das várias comunidades do bairro: Chico Mendes, Novo Horizonte, Nossa Senhora da Glória, Promorar, Monte Cristo, Via Expressa e pelo Centro de Saúde do Monte Cristo. O CLS se reúne, mensalmente, buscando uma integração direta com as comunidades.

A Coordenadora do DAC afirma : "com o decorrer das reuniões, percebemos que já estávamos criando uma instância de deliberação local sobre as questões de saúde, até porque, em função do CMS, precisamos tomar consciência da importância desse fórum de saúde, coisa de que, até então, não tínhamos muito conhecimento". O CLS foi o primeiro a ser criado em Florianópolis, hoje com representação de membros da comunidade dentro do Conselho Municipal de Saúde. "Percebemos que é um grande avanço, quando consideramos o CLS como uma instância de participação nova, que foge dos padrões formais, discutindo saúde de uma forma mais ampliada, de deliberação e reivindicação junto ao poder público, mostrando que realmente é a organização da comunidade na busca da melhoria das condições de saúde".

De acordo com Júlio César Marchi (1996), Chefe do Departamento de Saúde de Florianópolis da época, "a aceitação do Programa por parte das comunidades foi muito grande". Todo o funcionamento do Programa de Saúde da Família é orientado pelo Coordenador do Posto de Saúde do Monte Cristo. Atualmente, a Coordenadora é a enfermeira Maria Catarina da Rosa, que integra a equipe. Todos os funcionários trabalham período integral.

Porém, o desafio do PSF é a construção de uma relação de fato entre a equipe de saúde e a população.

É Mendes (1996) quem sublinha que a mudança do modelo assistencial só será possível quando conseguirmos constituir, nas mais diferenciadas unidades

de saúde, um caldo cultural que seja enraizado nas práticas instituídas. “Não haverá reforma sanitária se não houver uma mudança de cada uma das pessoas comuns e correntes que trabalham nos serviços de saúde... a mudança depende, fundamentalmente, da capacidade de condução, expressa na vontade política de governar estratégias de transformação, e que isto se manifeste através de uma cultura da mudança que vai consolidando-se no decorrer do processo”.

3 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PSF

3.1 Conhecimento sobre o PSF: Visão dos Usuários e Conselheiros de Saúde

O direito à saúde está intrinsecamente ligado ao direito à vida. Ter saúde exige alimentação adequada, condições de trabalho saudáveis, moradia digna, saneamento básico, meio ambiente protegido e bem conservado, possibilidade de lazer, informação. É, portanto, resultado de um conjunto de determinantes. Garantir a saúde da população é tarefa de todas as áreas do governo e de toda a sociedade.

A saúde é, assim, um direito do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

No entanto, o direito social surge quando os indivíduos não conseguem satisfazer sozinhos suas necessidades, precisando da intervenção do Estado. Diferentemente dos direitos políticos e civis, a concretização dos direitos sociais exige investimentos financeiros e serviços públicos de qualidade. Pois essas necessidades geram ações humanas, visando a satisfazê-las. No entanto, Bobbio (1993:133) esclarece : "uma necessidade não pode ser considerada um direito senão quando existe historicamente a possibilidade de satisfazê-la". Uma necessidade, portanto, para ser transformada em direito, requer que a sociedade apresente reais condições para atendê-las, e o reconhecimento das relações de poder que se estabelecem em cada momento histórico.

Segundo Sposati e Lobo (1992), o direito à saúde, defendido na Reforma Sanitária, traz intrinsecamente na sua constituição o apoio, a participação e a pressão dos setores populares.

Nesse sentido, temos de ser sujeitos políticos e sociais. O sujeito é o ser que atua, que age, que participa das decisões que o afetam, que luta para determinar quais são os seus direitos e exigir o que for necessário para que possa usufruí-los. Pois construir a cidadania é tarefa coletiva. Uma ação política exige sujeitos políticos. É através de organizações nas quais se aglutinam pessoas que têm interesses e objetivos comuns e que, a partir deles, atuam de forma articulada, que nos transformamos em atores sociais respeitados na cena política. Entendemos como ator social, uma personalidade, uma organização ou agrupamento humano que, em forma estável ou transitória, tem a capacidade de acumular forças, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos políticos.

Consideramos que a saúde não envolve apenas a recuperação da doença, mas refere-se ao :

“Resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Escorvel, 1986:182).

Esse conceito direciona a saúde como resultado das condições de vida, de igualdade social, na medida em que é determinada por um conjunto de direitos, não apenas formais, mas direitos efetivamente exercidos pelos cidadãos e garantidos pelo Estado.

“Nesse sentido, ao compreendermos o processo saúde-doença como decorrência das condições de vida e trabalho, ampliamos nossa visão quanto à magnitude da problemática de saúde no Brasil, sobretudo no que se refere à precariedade de recursos disponíveis nessa área para a maioria da população brasileira, que vive em condições sub-humanas de existência”(CRESS).

A luta pela democratização da saúde passa pelo avanço das políticas sociais de proteção pública dos cidadãos, por melhor distribuição de renda nacional, pelo desenvolvimento socioeconômico e pelo acesso universal a todos os serviços que garantam a saúde, enquanto qualidade de vida.

Percebemos, no decorrer do processo histórico, que as políticas de saúde desenvolvidas no Brasil têm privilegiado muito mais as práticas curativas do que as preventivas, comprometendo a saúde da população de baixa renda, surgindo a necessidade de uma política social embasada em um novo modelo de assistência, resgatando os direitos sociais básicos e a pessoa em sua condição de cidadão.

Reconhecer cada brasileiro como cidadão significa reconhecer que todos têm direito a se alimentar de modo adequado, morar em uma casa confortável, com água tratada e esgoto, freqüentar uma escola de boa qualidade, ter um trabalho digno e bem remunerado, contar com um serviço de saúde eficiente.

Em relação ao avanço no plano do reconhecimento formal de direitos sociais, é grande a distância entre as determinações constitucionais e as condições de efetivo exercício desses direitos para a maior parte da população brasileira.

Inseridos nesse contexto, encontram-se vários segmentos de classe enfrentando as contradições de um sistema sócio-político sustentado em um modelo

injusto que exclui milhares de cidadãos, gerando doenças, desemprego, fome, miséria.

Como proposta de reversão do modelo centrado na doença, o Ministério da Saúde, em 1994, apresenta o Programa de Saúde da Família - PSF, como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde, a população e os gestores públicos.

No sentido de conhecer mais amplamente como vem sendo operacionalizado, na prática, o PSF, realizamos uma pesquisa, que busca analisar a visão dos usuários, conselheiros de saúde, da equipe técnica a respeito desse objeto de estudo, que apresenta diferentes e contraditórias perspectivas sobre o seu processo de implementação no município de Florianópolis, mais especificamente na região do Monte Cristo.

Na visão dos usuários, os dados apontam para o desconhecimento do PSF, conforme se evidencia a seguir:

QUADRO N.º 04
Florianópolis (SC) - 1998

Opinião	Entrevistados	Percentual (%)
. Não conheciam	29	58
. Já ouviram falar	17	34
. Acompanhamento às famílias, o cadastramento, visitas em casa	01	2
. É médico da família que está sempre por perto, são as visitas domiciliares e os curativos que fazem em casa	01	2
. É um programa bom que traz muitas coisas boas para a comunidade	01	2
. É o atendimento aos desnutridos, às pessoas carentes que precisam de um atendimento médico	01	2
TOTAL	50	100

Conforme quadro acima, onde questionamos junto aos usuários do Posto de saúde do Monte Cristo "O que você conhece sobre o PSF ?", percebemos, através das respostas, que a maioria desconhece a existência desse programa que está implantado na sua região há 2 (dois) anos e meio. Outros já ouviram falar, mas não sabiam responder, e alguns arriscavam um palpite como :

"É uma ficha para toda a família".

Ou ainda :

"Já ouvi falar, acho que saúde deveria levar mais a fundo, só tem o programa e cadê ele? Para ver a limpeza do bairro, água, luz".

Podemos constatar com essas respostas que a maioria dos entrevistados não conhece a proposta do Programa de Saúde da Família.

A pergunta foi lançada com objetivo de detectarmos o nível de assimilação dos usuários acerca dessa nova proposta de trabalhar a saúde naquela região.

Alguns expressaram a importância do programa para a comunidade e citaram em suas respostas algumas atribuições da equipe de saúde da família como:

"PSF é o acompanhamento às famílias, o cadastramento e as visitas em casa".

Os entrevistados não revelam uma compreensão clara do que é PSF e qual sua atuação naquela região. O PSF não tem a responsabilidade, apenas, de acompanhamento, visitas e cadastramento, mas sim de :

"Desenvolver atividades de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação, com as seguintes atribuições: conhecer a

realidade das famílias pelas quais é responsável, identificar os problemas de saúde; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; prestar assistência integral, resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para a saúde, promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (Ministério da Saúde)".

A base de atuação das equipes são as unidades de saúde, incluindo as seguintes atividades: visita domiciliar, internação domiciliar e participação em grupos comunitários.

No depoimento, a seguir, o usuário apresenta uma visão ainda assistencialista e paternalista do atendimento à saúde:

"Já ouvi falar na televisão, é ajudar as pessoas carentes, sopas, ir nas casas, fazer curativo . . ."

Percebemos, claramente, através dos usuários entrevistados, que mesmo nos dias atuais, grande parte das pessoas são levadas a pensar saúde numa visão assistencialista, como um favor e não como um direito social.

Quanto aos depoimentos dos conselheiros sobre sua concepção do PSF, percebemos uma visão mais ampliada e crítica sobre o programa:

"PSF é um programa de trabalho na comunidade, nas casas, de prevenção a doenças, que, na verdade, não está funcionando como era para funcionar, porque a demanda é maior que as equipes que existem.

Para funcionar bem, teria que ter mais equipes; acho estranho que os

profissionais fiquem atrás da escrivadinha. Porque o plano do PSF é para ser desenvolvido no trabalho com a comunidade. Na verdade, foi substituída a equipe que estava no posto por uma equipe de PSF, e continua a mesma coisa.”

Segundo o Ministério da Saúde, uma equipe de PSF deverá atender entre 600 a 1.000 famílias ou até 4.500 pessoas. Na região de Monte Cristo, há 02 equipes de PSF que, segundo informações das associações de moradores, possui uma população aproximada de 16.000 pessoas. Na verdade, as equipes atendem o dobro da população da sua área de abrangência.

Nesse depoimento, o conselheiro não percebe nenhum resultado positivo do trabalho do PSF e critica dizendo que os profissionais devem trabalhar na comunidade e não desenvolver um trabalho apenas burocrático. Percebe-se um conhecimento restrito a respeito das diversas atuações do PSF. Por outro lado, o trabalho na comunidade, fora do posto de saúde, é apenas uma das atribuições, mas também a equipe deve garantir os outros atendimentos de atenção básica de saúde que são inerentes a uma unidade básica de saúde.

De acordo com Rezende (1989:104), “a falta de uma política que priorize a promoção de saúde e prevenção de doenças converge para fixação de esforços no atendimento da demanda sentida, eminentemente curativa, em detrimento das ações que visem a antecipar as necessidades de saúde”.

O depoimento acima é relevante na medida em que aponta a necessidade de uma revisão das ações de saúde, que devem extrapolar os limites da unidade de saúde. No entanto, é importante salientar, conforme aponta esse depoimento, a dificuldade quanto à demanda que é maior do que o número de equipes que existem naquela unidade. Esses aspectos apontados pelo usuário

dificultam a criação de estratégia de trabalho que oportunize o debate e a reflexão com os usuários sobre ações de natureza preventiva, como, por exemplo, reuniões, trabalho com grupos, palestras, vídeos.

Enquanto o PSF prioriza ações de caráter preventivo, ainda não foram implantadas pelo gestor municipal o número suficiente de equipes para que tais ações propostas possam ser efetivadas. De acordo com os depoimentos de alguns usuários, a falta de profissionais e da implantação de mais duas equipes, para atender toda a população adscrita daquela região, resulta na não efetivação de ações de saúde que sejam suficientes para atender toda a demanda do posto de saúde. No entanto, nas unidades de saúde, a equipe tem procurado, apesar das dificuldades de todas as ordens, se empenhar no desenvolvimento de ações voltadas ao atendimento dos usuários. Ou seja, enquanto a equipe tem procurado referenciar a demanda que necessita de atendimento especializado, esta não encontra oferta de serviços suficientes para tratamentos tais como: oftalmologia, neurologia, especialidades estas não disponíveis nas unidades de saúde e que são agendadas via central de marcação de consultas.

Além disso, para acontecer uma efetiva reorientação do modelo assistencial:

“É necessária uma reformulação das concepções e das práticas de administração sanitária e dos modos de se organizar a atenção à saúde de acordo com as prioridades locais: expansão da rede pública e incorporação de recursos humanos, não só para atendimento clínico individual, mas também especialistas em Saúde Pública, capazes de realizar vigilância sanitária e epidemiologia, bem como ações de caráter preventivo e de educação em saúde (Campos, 1995:146)”.

Já o depoimento a seguir, do conselheiro, aponta o PSF como um avanço para aquela Região:

“O PSF foi uma conquista grande para a região do Monte Cristo, pois trouxe importantes mudanças no atendimento à saúde da população. As visitas domiciliares, o atendimento aos desnutridos, gestantes, hipertensos e outros grupos são algumas das atividades deste programa que beneficiam a comunidade. Também é relevante o trabalho das agentes comunitárias, feito na própria localidade, que permite melhor conhecimento da realidade e melhor atendimento”.

O conselheiro indica pontos positivos do trabalho desenvolvido pela equipe do PSF naquela região e enfatiza o resultado de alguns trabalhos desenvolvidos, apontando algumas mudanças no atendimento da saúde, como por exemplo: as visitas domiciliares e o trabalho com grupos desnutridos, gestantes e hipertensos.

A atuação das equipes nas visitas domiciliares tem como finalidade monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento das demandas espontâneas, estimulando a participação em grupos comunitários, através de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a solução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

Outro depoimento de um conselheiro reforça a importância do grupo dos desnutridos, como indicador no combate à desnutrição infantil naquela região:

“A comunidade está satisfeita, atualmente; só existe uma minoria de crianças desnutridas”.

O conselheiro, quando entrevistado, refere-se ao PSF e à formação do Conselho Local de Saúde - CLS, como conquista, quanto ao reconhecimento da realidade dos problemas do posto:

“O PSF foi uma conquista, pois com ele surgiu o CLS para as comunidades e a Região do Monte Cristo; com o PSF deu para conhecer as causas mais graves dentro do Posto, que é o atendimento à comunidade”.

Neste depoimento, evidencia-se a importância da criação do CLS, naquela região, como um espaço de participação, controle da comunidade e de conscientização em relação aos seus direitos sociais:

“O CLS surgiu com a implantação do PSF em 1996. O Conselho busca uma integração direta com as comunidades, suas organizações e espaços de luta, no sentido de garantir formas para que cada morador tenha direito a uma vida digna, com bom atendimento à saúde e um meio ambiente saudável”.

Entendemos que o processo de formação dos CLS é um avanço, porque além de aproximar equipe técnica, conselheiros e população, visa, também, à socialização dos conhecimentos e à formação de uma nova cultura política. No entanto, a participação popular e o debate público são processos, ainda, em construção. Bordenave (1990: 16) salienta a participação como uma necessidade básica do ser humano. A participação é algo que se aprende e se aperfeiçoa:

“A participação não é só um instrumento para a solução de problemas, mas, sobretudo, uma necessidade fundamental do ser humano, como são a comida, o sono e a saúde. A participação é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas e afirmar-se a si mesmo”.

A participação popular constitui um amplo debate técnico-científico e político, de maneira a confrontarem-se as várias alternativas de organização dos serviços da saúde.

“A participação popular na política e nos serviços de saúde começa na condição virtual de usuário-cidadão em participar de uma idéia-projeto para atender uma ou mais necessidades, na medida em que a necessidade em saúde, como as demais necessidades humanas, é historicamente determinada”. (SPOSATTI E LOBO, 1992:67).

As organizações precisam ter representatividade. É importante congrega o conjunto de moradores do bairro e usuários de serviços. É isso que confere legitimidade à representação como capaz de realmente representar os interesses e demandas do povo. O Conselho deve ser porta-voz de uma coletividade que o reconhece e que dará sustentação às suas decisões. É esse poder que torna possível a participação e a influência sobre as decisões, de maneira a assegurar as ações e condições reais de acesso aos serviços de saúde.

Acreditamos que a construção da cidadania precisa incluir a luta pela democratização dos processos decisórios e o exercício do controle sobre a ação estatal.

Através da fala do conselheiro, a seguir, percebemos uma comparação entre o atendimento tradicional e o atendimento do médico do PSF :

“O PSF é um plano dentro do SUS, o qual tem outro estilo de trabalho : o médico do SUS atende só no consultório, e no PSF ele atende e vem até as comunidades”.

O PSF deve ser entendido como um modelo substitutivo da rede básica tradicional, de cobertura universal, porém, assumindo o desafio de assegurar os

princípios preconizados pelo SUS, buscando entre os profissionais e a população o conhecimento e o desenvolvimento de novas habilidades e mudança de atitudes.

Nesse sentido, preferencialmente, o médico da equipe preconizada pelo PSF, deve ser generalista e atender a todos os componentes das famílias, independentemente de sexo e idade. Esse profissional deverá comprometer-se com a pessoa inserida em seu contexto biopsicossocial, e não com um conjunto de conhecimentos específicos ou grupos de doenças. Sua atuação não deve estar restrita a problemas de saúde rigorosamente definidos. Seu compromisso envolve ações que serão realizadas enquanto os indivíduos ainda estão saudáveis.

Portanto, a atuação desse profissional, que tem dedicação exclusiva com 8 horas de trabalho, não se restringe ao atendimento no consultório, mas realiza visitas e consultas domiciliares juntamente com os outros profissionais da equipe. Participa dos grupos comunitários e discute, permanentemente, com a equipe e a comunidade o processo de programação e planejamento das ações de saúde daquela região. O Ministério da Saúde preconiza que :

“O profissional deve procurar compreender a doença em seu contexto pessoal, familiar e social. A convivência contínua lhe proporciona esse conhecimento e o aprofundamento do vínculo de responsabilidade para a resolução dos problemas e manutenção da saúde dos indivíduos”.

O conselheiro entrevistado entende que existe realmente uma diferença entre o atendimento do médico do consultório e do médico do PSF. O mesmo aponta para a questão da centralidade do poder e “status” dos médicos. Estes têm uma prática no atendimento das especialidades, pautado no modelo tradicional curativo e hospitalocêntrico, e vêem a pessoa de forma fragmentada. Já o médico do PSF, por ser um generalista, deve ter uma visão holística do homem,

considerando a pessoa, inserida em seu contexto biológico, familiar, econômico, político, cultural, social, visando a um atendimento não só curativo, mas principalmente de prevenção e promoção da saúde.

Certamente o que se perpetua na nossa realidade de saúde é o atendimento fragmentado e desumano, centrado na figura do médico, enquanto se prioriza a produtividade dos serviços, através do número de atendimentos e de consultas, em detrimento da qualidade dos serviços prestados.

3.2 Saúde da Família na Visão dos Usuários e Alterações

Percebidas

Objetivando perceber a visão dos usuários quanto ao seu entendimento de saúde da família, os dados coletados revelam que:

QUADRO N.º 05
Saúde da Família na Visão dos Usuários

OPINIÃO	Entrevistados	PERCENTUAL (%)
- Não sabiam responder	10	20
- É a saúde da família, na casa não ter esgotos, ratos, sujeiras	02	4
- Mais fichas e médicos no Posto	01	2
- A saúde de toda a família, limpeza, boa alimentação	15	30
- Manter tudo limpo, evitar ficar doente, levar ao médico, fazer exames	16	33
- Acompanhamento e tratamento da saúde da família	01	2
- É a gente correr ao posto e ser bem atendido	01	2
- É trabalhar com as famílias doentes	01	2
-saúde da família inteira, tem que ter amizade, harmonia e saneamento básico	01	1
- É ligado ao todo, desde os cuidados básicos até a questão preventiva	02	4
TOTAL	50	100

Podemos constatar com essas respostas que a maioria dos entrevistados relaciona saúde da família ao atendimento médico, fichas ou ausência de doenças. Grande parte não consegue ainda visualizar saúde no conceito mais amplo que envolve fatores condicionantes e determinantes, que são os geradores de muitas doenças e da ausência de saúde. Porém, todos ressaltam o quanto ter saúde na família é importante para a sobrevivência. Não houve resposta de que a saúde da família é um direito. Isso demonstra, mais uma vez, que a saúde da família não está sendo vista pelos usuários como um direito fundamental para que se viva dignamente.

Os usuários das políticas públicas ainda estão permeados da visão de saúde no senso comum. Para Gramsci apud Simionatto, “é no terreno do senso comum que as classes subalternas incorporam as ideologias dominantes, cuja pretensa verdade se impõe às classes subalternas como única, como superstição” (1995:79).

Surge, assim, um consenso passivo, uma subalternidade, e as pessoas passam a reafirmar o sistema tradicional de saúde vigente, sem a ele se contrapor ou contestá-lo.

Porém, alguns depoimentos demonstram uma visão de saúde mais ampliada e consciente, percebendo sua dimensão de promoção, prevenção e recuperação:

“Saúde da família é muito ligado ao todo, desde os cuidados básicos de higiene, educação alimentar que essa família tenha, condições de vida digna, para não ver o posto e o programa apenas para remediar a situação, mas como uma questão preventiva”.

Outro usuário assinala :

“Saúde da família é mantermos uma família mais sadia e com mais alcance de recursos médicos; com isso teremos uma sociedade mais bem assistida com relação à saúde pública”.

As visitas domiciliares são uma das atividades desenvolvidas pela equipe do PSF na Região do Monte Cristo. Nesse sentido, perguntamos aos usuários entrevistados se já receberam alguma visita da equipe. 50% responderam que SIM e 50% responderam que NÃO. Esses dados são significativos, pelo fato de que toda a população da área de abrangência deveria ter sido visitada pela equipe, pelo menos uma vez, no momento do cadastramento familiar. Ou seja, em dois anos de implantação desse programa, os resultados do PSF ainda se encontram em 50%, ou seja, a metade.

No que se refere às alterações ocorridas com a implantação de equipes de PSF, as respostas indicam que 94% dos usuários entrevistados notaram alguma mudança no atendimento do posto. Alguns depoimentos confirmam essa mudança, principalmente, quanto ao atendimento humanizado e igualitário, independente do “status” social do usuário :

“Este posto é melhor porque os funcionários atendem bem as pessoas.

No posto do Sapé não atendem bem; se vem uma mulher com celular na mão e uma chave, bem vestida, eles atendem bem, mas o mal vestido eles não atendem. Já aqui no Posto do Monte Cristo pode estar mal vestido, velho que eles atendem todos iguais”.

Esse depoimento retrata a forma como os usuários se sentem discriminados no atendimento prestado por alguns profissionais. Essa postura profissional reforça a discriminação, a exclusão social e o não cumprimento do princípio da universalidade que prioriza o SUS.

Segundo Campos (1994:30)

“...a luta pela Saúde Pública começa nas escolas de medicina, enfermagem, odontologia, onde predomina hoje, uma grosseira contrafação (falsificação) do saber clínico e epidemiológico, e ainda, onde os estudantes são educados na sensibilidade característica à prática de mercado; treinados a discriminar pacientes por ‘status’ social e não pelo risco do adoecer ou morrer. Significa também utilizar a epidemiologia para olhar criticamente a prática médico-sanitária, desvendando o que há de ritual, de iatrogenia, de ineficaz, neste dia-a-dia dos serviços de saúde e, propondo, por outro lado, que todos tenham acesso assegurado ao serviço de saúde eficaz e ao procedimento adequado”.

Outro depoimento afirma :

“Hoje é melhor, antes era pior, porque ficava na fila e não conseguia ser atendida, preferia ir para o hospital.... O mais importante foi o atendimento que melhorou muito, sempre tem médico e se consegue sempre ficha para consultar”.

Através desse depoimento, constatamos, ainda, que a percepção de saúde dos usuários está centrada muito na questão da doença, na figura do médico e no atendimento do posto em nível ambulatorial. Isso nos leva a questionar que, apesar dos avanços em termos de discussão e planejamento das ações de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, evidenciam-se muitos entraves na operacionalização do novo modelo assistencial, principalmente quando se refere ao

excesso de demanda nas emergências dos nossos hospitais e ambulatórios dos postos de saúde da rede.

O que preconiza o Ministério da Saúde é que a unidade de saúde da família caracterize-se como porta de entrada do sistema local, que deve substituir as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde. Embora percebamos no depoimento acima, que aumentou o número de fichas e o acesso às consultas, o trabalho que a equipe está conseguindo desenvolver é, ainda, muito voltado para a recuperação da doença, carecendo de ações mais ampliadas junto à comunidade, de prevenção e promoção da saúde.

É nesse contexto, que enfatizamos a importância da atuação do PSF, quando é respeitada a sua área de abrangência e sua adscrição da clientela, para o desenvolvimento de ações de maior potencialidade educativa e do trabalho com atenção primária em saúde. É por meio dessa atuação voltada para o coletivo ou para os grupos populares mais organizativos que o PSF se aproxima de uma ação realmente transformadora das "raízes da doença".

3.3 Alterações no Atendimento da Unidade de Saúde após o PSF, na Visão dos Usuários e Conselheiros

Quanto às mudanças percebidas no atendimento do Posto de Saúde, com a implantação do PSF, os usuários sinalizam:

“Melhorou bastante, as pessoas do posto estão atendendo de forma diferente, e existem mais médicos. Antes, para conseguir consulta tinha que andar muito, ia e voltava; agora é mais fácil”.

“Mudou principalmente no atendimento, na relação do posto com a comunidade e vice-versa, que ajudou a aproximar a comunidade do posto. Automaticamente, essa aproximação aumentou a demanda; hoje, apesar do grande número, ficou difícil de o posto administrar, mas mesmo assim melhorou o atendimento”.

“Mudou, agora os atendimentos estão mais eficientes, mas ainda existe um problema com relação ao posto que é inchado...Portanto temos que criar mais espaço para o atendimento ao público”.

“Mudou bastante sobre o atendimento, sobre as reuniões dos desnutridos, com as visitas domiciliares e sobre o atendimento em geral, a vacinação.”

“Atendimento maravilhoso, precisou uma ambulância eles conseguem, os técnicos vão nas casas de quem precisar”.

“Tem sido bem mais atendido, dão mais atenção, mais amor e atendem com vontade as pessoas”.

“Mudou, agora se consegue médico, mais fichas para consultar”.

“Mudou, sim, no atendimento dos médicos e das moças que atendem a gente, falam bastante e explicam as coisas. Onde eu morava, usavam bastantes aparelhos na consulta, mas não falavam com a gente”.

Nesse último depoimento, notamos a importância do esclarecimento, da viabilização de informações que possibilitem a participação do usuário. Ou seja, a equipe sai de sua postura técnica e se aproxima da população, fazendo com que a mesma compreenda o processo saúde-doença.

Os entrevistados evidenciam que, mesmo com a falta de oferta de alguns serviços de saúde, a grande mudança sinalizada é referente ao atendimento humanizado com os usuários. Percebemos em seus depoimentos que a equipe os trata na condição de sujeitos, buscando romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre o atendimento dos serviços de saúde e a população. Embora a realidade da saúde demonstre, ainda, que é escassa a garantia de acesso aos serviços em toda a rede, principalmente quando se refere às especialidades, ao atendimento de alta complexidade e à garantia do sistema referência e contra-referência.

Porém, os entrevistados evidenciam que a oferta de serviços, em relação aos procedimentos de atenção básica de saúde, naquele posto, estão sendo atendidos. Mas devemos salientar que, enquanto nos outros postos de saúde, os médicos trabalham de duas ou quatro horas, no PSF todos os profissionais têm uma carga horária de oito horas/dia e com dedicação exclusiva.

Questionamos os usuários quanto ao índice de satisfação em relação ao atendimento da equipe no posto de saúde, e 94% responderam que estão satisfeitos e apenas 06% responderam que não.

Os depoimentos acima relatados têm evidenciado que as práticas cotidianas do PSF e suas propostas de atuação são norteadas a partir de mecanismos facilitadores em relação ao serviço, e o atendimento à população é uma constante busca da interdisciplinaridade entre os profissionais.

Na realidade, as mudanças apontadas, de certa forma, vêm se concretizando, principalmente em relação à assistência de atenção básica de saúde e imediata. Certamente, se em todos os postos de saúde houvesse um bom funcionamento e um atendimento humanizado e resolutivo, com condições de recursos humanos e materiais suficientes, conseqüentemente haveria uma redução da demanda nos ambulatórios e emergências da rede hospitalar. No entanto, é importante considerar que, para assegurar o atendimento mais especializado, as políticas de saúde desenvolvidas através do PSF ainda não atingem toda a população.

Percebemos, nos diversos depoimentos, que o atendimento ocorre ainda muito mais a nível individual do que de impacto coletivo. Entendemos, contudo, que a equipe do PSF deve aproveitar esse espaço de relação com o usuário como um momento de educação popular. Segundo Vasconcelos (1997: 36):

“O posicionamento político de um cidadão nasce da compreensão que tem do que está acontecendo com seu corpo e com sua família. O principal campo de atuação política de um profissional de saúde é, portanto, no seu dia-a-dia no atendimento de cada caso dentro do posto de saúde, contribuindo na compreensão dos pacientes sobre seu corpo, a sua família e o meio em que vivem”.

A questão do acesso aos serviços de saúde, caracterizado como um dos princípios do SUS, é percebido pelos usuários, ainda como um favor e não como um direito, conforme podemos verificar:

“As pessoas são boas para atender; quando a criança está com febre o médico atende mesmo sem ter ficha”.

“Ficou melhor o atendimento, são educadas e o pessoal é bem atendido, não são brutas, mesmo sem ficha, elas fazem de tudo para consultar a gente e a criança”.

“Agora está melhor, e dão fichas, mesmo não tendo mais ficha naquele dia... antes tinha que vir de madrugada e não conseguia pegar ficha para consultar”.

De acordo com os depoimentos dos usuários, os direitos preconizados pelo SUS são percebidos por eles como um favor, como benesse. A estigmatização da pobreza faz com que a lógica do direito se transforme em ajuda. Fica evidenciado, ainda, que não há consciência por parte dos usuários, da saúde enquanto direito constitucional, e a transformação do “direito” em “favor” reforça o processo de exclusão:

“A cultura da tutela e do apadrinhamento, tão enraizada no conteúdo brasileiro, nada mais é que a ratificação da exclusão e da subalternização dos chamados beneficiários das políticas públicas. Por mais que discusemos sobre o “direito”, na prática, os serviços das diversas políticas públicas ainda se apresentam aos excluídos e subordinados como um “favor” das elites dominantes”(Carvalho, 1995).

Nesse sentido, estamos longe de atingir o verdadeiro exercício da cidadania, que possibilite a garantia dos direitos sociais e a autonomia da vida dos cidadãos. Um dos desafios que se coloca na superação dessa realidade é o rompimento da relação de subordinação, discriminação e subalternidade que se apresenta em nosso país.

As alterações no atendimento do posto de saúde, percebidas pelos conselheiros de saúde, assim se expressam:

“O atendimento ao público melhorou, e o Conselho Local de Saúde começou a participar das questões do Posto, dando sua opinião”.

“O atendimento melhorou ...até por causa da remuneração que é diferente, por uma razão o povo participa mais, onde o povo participa a coisa vai melhorar”.

Esses depoimentos enfatizam a questão da participação. Porém devemos buscar efetivar a participação nas decisões referentes à saúde da população. Segundo Carvalho (1995:23) :

“A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de “incorporação do saber e da experiência popular” ou de aproximação com a comunidade, mas como forma de garantir o redirecionamento das políticas e práticas no sentido para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde”.

A criação do CLS do Monte Cristo deve ser percebida como forma de controle social, como processo de transformação do setor saúde daquela região e com um papel proeminente na ampliação da democracia.

Por isso, os conselheiros necessitam estar permanentemente informados sobre quais os problemas de saúde daquela região, quais os recursos disponibilizados para o atendimento na área, onde e como estão sendo aplicados. Ao longo do trabalho é necessário atuar na formação dos conselheiros, instrumentalizá-los e torná-los representantes orgânicos dos seus seguimentos, como mecanismo de legitimação e efetivação do controle social. Apenas a garantia da Lei, no que tange à participação da sociedade civil nas políticas públicas, não é suficiente para reverter a cultura de subalternidade ainda presente na realidade brasileira.

Os conselhos locais de saúde são espaços onde se desenvolvem práticas sociais e políticas, reforçando a participação dos cidadãos e o controle social, que são princípios preconizados pelo SUS. Em todos os níveis de governo, a população organizada tem o direito e o dever de participar das decisões, propor linhas de ação e programas que considere mais importantes, controlar a qualidade e o modo como são desenvolvidas as ações e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos. Mas só o fará se estiver preparada para tal.

A participação popular ocorre de acordo com a “consciência” de suas necessidades. De acordo com Sposati e Lobo (1992:68), “o usuário irá superar a sua condição ‘virtual’ de cidadão no momento em que questionar a legitimidade de suas necessidades ‘historicamente determinadas’. E assim, sua cidadania passará a ser conquistada de fato”. Compreendemos o CLS como espaço de luta pelos direitos sociais, garantia da cidadania e formação de uma contra-hegemonia.

A hegemonia de um grupo, segundo Simionatto (1993:120):

“É assim: por um lado a vontade coletiva e por outro, autogoverno e este último se alcança através de um trabalho de baixo que incorpora o singular ao coletivo e que, nesse processo, não deixa os grupos subalternos no nível inferior, mas os eleva torna-os mais capazes de dominar as situações, conferindo-lhes uma maior universalidade”.

De acordo com Vasconcellos (1996):

“Acreditamos que a organização popular através da formação de grupos donos do seu próprio destino é a porta por onde toda a sociedade tem que passar em sua caminhada para democracia, a justiça social e saúde”.

No depoimento, a seguir, o usuário fala do atendimento prestado pelo médico da família:

“A população está sendo mais bem atendida, mudou o atendimento do médico, mais dedicado e preparado para se envolver com a comunidade, são médicos da família, têm mais tempo para atender as pessoas. Mudou em tudo, os profissionais são quase uma família, estão sempre prontos para ajudar a comunidade.”

Esse depoimento retrata a diferença do atendimento do médico do PSF, que busca superar o caráter especializado e fragmentado da prática médica, de seu alto custo e de sua ineficiência no enfrentamento de problemas globais, como busca da totalidade. Entendemos que cada problema de saúde, cada conhecimento e cada serviço, só podem ser compreendidos a partir de suas inter-relações com a totalidade da vida social.

3.4 PSF na Visão dos Técnicos e Agentes Comunitários de Saúde

No que se refere à visão dos técnicos e agentes comunitários de saúde - ACS, sobre a correlação SUS-PSF, os depoimentos indicam:

“A saúde submergindo em uma crise e em discussão a terceirização do setor, daí surge o PSF como uma solução viável para o atendimento das famílias e comunidades não conveniadas”.

“O SUS é um modelo que não foi ainda implantado na maioria dos municípios. Não há interesse político em colocá-lo em prática. O PSF é um modelo que tenta dar certo, substituindo o SUS. Na realidade, se o SUS funcionasse como está no papel, não precisaria PSF”.

“O SUS é uma proposta de um sistema para a saúde, onde as diferentes políticas de saúde, de ambiente, educação, etc. devem trabalhar juntas,

sempre visando melhores condições de vida para o ser humano. A relação do SUS com o PSF é que esse programa veio para começar um novo movimento na qualidade de assistência da população”.

Essas são contradições que se apresentam e apontam, de um lado, para a ineficácia do sistema e de outro, a busca do PSF como solução dos problemas apresentados pela não efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

No entanto, devemos entender que a importância da estratégia do PSF está justamente no fato de buscar substituir a porta de entrada do sistema por uma outra interface, que não seja isolada do restante do sistema. O PSF não tem a pretensão de substituir e dar conta de todo o sistema.

No momento em que é permitido acesso apenas a uma parcela da população, e não é oferecido atendimento básico em outras unidades para o restante da população que não está contemplada na área de abrangência do PSF, entendemos que esse programa não atende ao princípio da universalidade prevista pelo SUS. Nesse sentido, o PSF realiza um atendimento seletivo.

Nos depoimentos, a seguir, os técnicos expressam sua concepção de saúde da família.

“Atender às famílias como um todo na questão de higiene, alimentação, trabalho, violência doméstica, moradia”.

“É um trabalho preventivo de promoção da saúde através de atividades educativas, vigilância epidemiológica e ataque às endemias regionais”.

“É uma saúde global, integrada com a sociedade, com o contexto da casa, condições e educação familiar. A saúde da família é física, mental e de relacionamento. Ela interage com os seus e com a comunidade”.

Esses profissionais apontam para uma concepção de saúde mais ampliada, rompendo com a visão equivocada e perpetuada ao longo da história, que entendia poder haver uma divisão entre saúde coletiva e saúde individual entre ações curativas e ações preventivas. O SUS, em consonância com a proposta da saúde da família, propõe uma profunda mudança nesse modo de organizar as ações e serviços de saúde, através dos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Já o depoimento a seguir, reforça que a garantia de eficiência e eficácia do PSF necessita da efetiva aplicação, em todo o sistema de saúde, das diretrizes de hierarquização, resolubilidade e descentralização, prevista no SUS:

“É a atenção primária e integral à saúde, vinculada com o sistema de referência e contra-referência que é vital para a manutenção do programa”.

O SUS propõe uma mudança profunda nesse modo de organizar as ações e serviços de saúde. Isso não quer dizer que uma unidade de saúde da família deva oferecer todos os tipos de ações, mas sim que cada uma delas deve estar comprometida com esse objetivo e integrada a uma rede de serviços que assegure o acesso, através de um sistema de referência eficiente, que permita a cada unidade encaminhar os usuários a outros estabelecimentos para os atendimentos de que precisar.

Hoje, ainda o sistema de saúde não está organizado hierarquicamente para garantir as ações requeridas por essa atenção integral ao usuário. Ou seja, os serviços devem estar organizados em uma rede composta por serviços de vários níveis de complexidade tecnológica, na qual o acesso da população deve se dar por

meio dos serviços menos complexos, caracterizados como nível primário de atenção, cujos os casos serão encaminhados para os demais níveis, quando necessário referência, e receberão o paciente de volta para seguimento do caso, que é a contra-referência efetivamente.

Contudo, infelizmente, o SUS e o PSF, na maioria dos lugares, não funcionam como estão previstos. Existe ainda uma dicotomia entre a teoria e a prática. Constatamos essa realidade, principalmente, nos postos de saúde, que têm a responsabilidade de atender toda demanda de atenção básica com uma diversidade de demandas e com poucos recursos materiais, humanos e financeiros para respaldar o atendimento de que a população necessita.

Nos centros de saúde, quando não se consegue resolver os casos através dos serviços de atenção básica, os mesmos são encaminhados para os serviços de atenção secundária, ambulatorios ou hospitais com algumas especialidades e aparelhos sofisticados. E os serviços de atenção terciária seriam os hospitais e ambulatorios com todas as especialidades e aparelhos para onde seriam encaminhados os casos não resolvidos nos serviços de atenção secundária.

Na realidade atual, criou-se uma situação em que muitas vezes a equipe técnica do posto de saúde não tem para onde encaminhar os seus casos difíceis. Isso mostra ainda a ineficiência do SUS em dar respostas e acesso a todos os serviços de saúde com qualidade.

Acreditamos que existem questões mais complexas, como a política do governo que não garante o controle e a efetivação do SUS. Ou seja, a operacionalização do SUS não é um processo autônomo, pois depende de outras instâncias de poder para concretizar sua efetiva implementação.

O PSF é um dos mecanismos de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica de saúde, com uma dinâmica de responsabilidade entre serviços de saúde e população. Nesse sentido, perguntamos aos profissionais qual o seu entendimento de atenção primária em saúde:

“São todas as necessidades básicas como orientações, vacinas, atendimento pré-natal, puerperal e outros”.

“São as necessidades básicas assistidas do cidadão. É ter o mínimo de qualidade de vida, é a resolução dos problemas de saúde na base, no local onde ela se origina. Atenção Primária de Saúde, APS, se baseia nos princípios do SUS de saúde integral”.

Nesses depoimentos dos técnicos, constatamos que os mesmos têm uma percepção coerente do que seja atenção básica de saúde. Já esse outro depoimento aponta uma visão restrita da APS, quando sinaliza apenas o trabalho de promoção:

“É tudo o que se refere à promoção da saúde, excluindo o tratamento das doenças...”

Conforme Magajeswiski (1997) “... romper com a confusão conceitual de que ao trabalhar com a doença se está fazendo saúde, e perceber a saúde como uma questão biológica, ambiental e social”, é ainda um caminho a percorrer.

Outro profissional enfatiza que:

“É garantir o atendimento com qualidade para todos, garantindo promoção e recuperação da saúde”.

Através do resultado da pesquisa, constatamos que, em relação ao atendimento humanizado, 94% dos usuários entrevistados estão satisfeitos. Nesse

sentido, perguntamos aos técnicos da equipe qual sua percepção de atendimento humanizado e participativo:

“Tratar o paciente e não a doença específica, penetrando nos casos e buscando alternativas junto à família e à comunidade”.

“Ouvir o cliente, observar suas necessidades e atendê-las, realizar em família e pessoal, fazer ser o cliente o sujeito de sua própria saúde”.

“Respeitar a cidadania e a qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade”.

“É o atendimento da pessoa e não da doença, envolvendo no processo da saúde sua família, a equipe e a comunidade”.

“Criar vínculo de amizade para que o paciente tenha mais confiança no profissional”.

Dentro desse contexto de atendimento prestado pela equipe do PSF, perguntamos aos técnicos se eles ajudam a melhorar o atendimento da saúde da população daquela região, e todos foram unânimes em responder que sim, nas seguintes questões :

“Porque a população não tinha, antes, o atendimento básico necessário para uma saúde adequada”.

“Devido aos objetivos e diretrizes básicos que são, em última análise, direcionados ao indivíduo na família e na comunidade e não ao indivíduo isolado”.

“Porque passou-se a tratar os problemas da comunidade que causam as doenças, alertando e educando para questões como lixo, esgotos e animais domésticos”.

“Essa população é muito carente, apesar de todas as dificuldades enfrentadas; pode-se dizer que melhorou o atendimento”.

“Além de fazermos a saúde pública, prestamos um atendimento humanizado, vendo cada família como um todo”.

Esses depoimentos, por si só, revelam a visão teórica e prática que a equipe possui sobre um bom atendimento à população. Outras falas, a seguir, dos profissionais da equipe, salientam alguns aspectos referentes aos objetivos propostos pelo programa que estão sendo atingidos:

“Acredito que já estamos começando a dar os primeiros passos, o sonho já é uma realidade, apesar das dificuldades ainda encontradas”.

“Sem dúvida, há muito que conquistar, mas o principal já foi atingido, uma vez que conquistamos a confiança da comunidade e o apoio às ações educativas empreendidas”.

“Quando se propõe que os profissionais sejam comprometidos com a comunidade, realizam um trabalho humanizado e eficiente. Quando se respeitam as prioridades estabelecidas pelo CLS”.

“No sentido de estar prestando atendimento básico de saúde ao indivíduo, à família e à comunidade. Prestando atenção de saúde integral à população no domicílio. Participando com a comunidade do CLS, pois o mesmo busca a sua cidadania e qualidade de vida”.

No que tange às dificuldades encontradas pela equipe no atendimento de saúde daquela população, todos os entrevistados foram unânimes em enfatizar que a falta de profissionais, a questão do espaço físico inadequado, excesso de demanda, são as maiores dificuldades apontadas por toda equipe:

"Falta espaço físico, falta de funcionário para fazer um atendimento 100%".

"Falta de pessoal para atender a grande demanda de atendimentos prestados. Falta de material, muitas vezes tentamos encaminhar o que não conseguimos, aparece a primeira barreira do sistema, falta transporte".

"Além da falta de material, espaço físico e a incompreensão de certos membros da comunidade".

"...Desconhecimento de cidadania e falha na contra-referência".

"A pressão da demanda e o excesso de pessoas sob os cuidados dessa equipe".

"Excesso da demanda, problemas sociais graves, pouca cidadania, espaço físico do posto, poucas equipes e educação em saúde".

"Devido ser duas equipes para atender 3616 famílias, onde deveríamos atender até 2000 famílias e por ser uma área de abrangência extremamente carente e violenta".

Já do ponto de vista dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, as principais dificuldades são:

"Falta de segurança, violência, muitas drogas e as pessoas não entendem as orientações de prevenção de doenças, muita sujeira e o lixo".

"Posto não tem estrutura, as equipes são poucas para nossa área de abrangência, para fazer um trabalho como exige o PSF, nossas dificuldades enquanto agentes comunitários de saúde, e por causa da violência, muitas drogas, e nós, Agentes Comunitárias de Saúde, ACS,

somos poucas, não damos conta de todo o trabalho e não conseguimos organizar o cadastro...”

As dificuldades e entraves apontados pela equipe técnica consubstanciam-se em evidenciar informações de ordem diversa sobre os obstáculos que se colocam frente a concretização e legalização do SUS e das propostas gestadas pelo Programa de Saúde da Família.

Deve-se considerar, também, a falta de interesse dos gestores públicos na contratação de mais equipes de PSF para aquela região. A falta de recursos humanos é um dos principais obstáculos, sentidos também pelos profissionais de saúde e pela população daquela região.

Essas falas não carecem muito de análise, pois, por si só, expressam as condições atuais do Posto de Saúde de Monte Cristo. Esses depoimentos da equipe revelam a luta diária para a manutenção das condições mínimas de atendimento à saúde daquela população.

O Ministério da Saúde preconiza, teoricamente, uma série de critérios para a viabilização e implantação de uma equipe de PSF. Tais pressupostos, no entanto, para serem efetivados ainda necessitam de muitas condições de infraestrutura, de apoio por parte da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Essas questões são imprescindíveis para a atuação e efetivação da verdadeira proposta do PSF, tão preconizada e defendida pelo governo federal.

A questão do financiamento, recursos físicos e humanos está sendo restringida com a Reforma do Estado.

As transformações societárias neste final de século vêm acarretando a privatização de serviços públicos essenciais. Conseqüência da política neoliberal,

que tem como fundamento a desregulação da economia, a privatização e à redução das despesas públicas.

As propostas do SUS e a Reforma Sanitária, na realidade, não correspondem a uma proposta acabada, mas a um processo longo e sem limites conhecidos, exigindo uma mudança profunda nas práticas hoje dominantes na área da saúde, propondo-se a contribuir para a superação da realidade sanitária e do perverso quadro sanitário, social, econômico e ideológico que mantém milhões de brasileiros excluídos dos benefícios que lhes são de direito. Direitos que, mesmo garantidos constitucionalmente, regulamentados por lei específica e debatidos por diferentes segmentos da sociedade, vêm sendo historicamente tratados com descaso pelas autoridades competentes.

Essa realidade contribui para aumentar o descrédito da população com relação à eficiência e eficácia do sistema de saúde pública. Aliada a isso, presencia-se a propalada reforma constitucional que ameaça reverter os avanços que se obtiveram com a Seguridade Social da Constituição de 88. Além disso, outro agravante que vem dificultando a implantação do SUS é a queda brutal dos investimentos federais em saúde, a inadequação legislativa e a falta de controle dos sistemas que propicia fraudes e desvios de recursos.

Todos esses problemas apontam na direção da necessidade de uma profunda transformação ético-cultural, envolvendo usuários, profissionais, formuladores de políticas, cientistas, de forma a reverter o paradigma tecnológico-intervencionista predominante na nossa cultura (Teixeira, 1995). Essa revolução é requerida para que a reforma não se transforme apenas em um processo racional e eficiente de extensão generalizada do "modelo médico", entendido por Mendes (1989) como "uma construção social na qual intervêm tanto o pessoal (basicamente

médico), como a sociedade hegemônica, como os diferentes setores sociais que se constituem em uma formação social”.

Tais questões apontam, portanto, que a alteração que se busca não ocorrerá de forma mágica, mas sim como um processo em que a “práxis” dos homens se apresente como ponto de partida e de chegada. Pois concordamos com Aranha (1992:114), que diz “o homem, ao tomar conhecimento das causas que agem sobre ele, é capaz de realizar uma ação transformadora, a partir de um projeto de ação. Deixa de ser passivo e passa a ser atuante”.

CONCLUSÃO

Ao concluirmos mais uma etapa, enquanto acadêmica do Curso de Serviço Social, gostaríamos de registrar que o processo constante de aprendizagem, aperfeiçoamento, especialmente as descobertas teórico-práticas que experimentamos nesses quatro anos de academia foram de fundamental relevância para nossa formação profissional.

Ao reconhecermos a importância do movimento de Reforma Sanitária para a conquista de novas políticas de saúde no Brasil, registramos a implantação do SUS e a proposta do Programa de Saúde da Família, PSF, como estratégia de reorientação do novo modelo assistencial preconizado pelo mesmo.

Não temos a pretensão de ter esgotado um tema tão amplo e complexo, como é o PSF, haja vista que essa proposta é muito recente em nosso país, não havendo ainda produções substantivas de análise sobre o mesmo.

O estudo que realizamos acerca do processo de implantação do PSF na Região do Monte Cristo, oportunizou a descoberta do dissenso entre a teoria e a prática, das possibilidades e limites da viabilização desse programa, através dos depoimentos dos técnicos e usuários. Várias questões culturais, sociais, econômicas e políticas foram apontadas como obstáculos para a efetivação da proposta do Programa de Saúde da Família.

Observam-se através dos resultados da pesquisa, algumas mudanças ocorridas com a implantação desse programa, mesmo considerando as dificuldades.

Contudo, entendemos que, por ser o PSF uma proposta inovadora e que está sendo gestada a pouco tempo na nossa realidade de saúde, ainda existem muitos entraves que impedem sua efetiva implementação.

Apesar das discussões efetivadas até o momento, o novo modelo assistencial ainda não encontrou o devido espaço para ser efetivado, dadas as dificuldades acima apontadas.

Destacamos as principais dificuldades apontadas pela pesquisa, que hoje estão presentes na Unidade de Saúde da Família do Monte Cristo, segundo a fala dos entrevistados, que são as seguintes:

No que se refere à população:

- concepção restrita de saúde, centrada na doença, na figura do médico, nos exames;

- concepção biologista de saúde;

- concepção do direito à saúde restrito ao acesso aos serviços de saúde;

No que se refere à equipe:

- realidade da região, violência, drogas, migração e muita rotatividade dos usuários;

- baixo investimento na capacitação de recursos humanos

- necessidade de fortalecimento de mecanismos de Controle Social;

- oferta de serviços insuficientes para atender a demanda tanto do nível de assistência primária como nos demais níveis (secundário e terciário);

- não implementação de um sistema de referência e contra-referência;

- recursos humanos, materiais e financeiros insuficientes;

- ausência de alguns trabalhos com grupos comunitários;

- falta de capacitação da equipe sobre a proposta do PSF;

- falta espaço físico adequado para desenvolver as atividades do PSF;

- falta de diagnóstico quanto aos problemas de saúde daquela região;

- não realização do cadastramento de todas as famílias da região;
- excesso de demanda espontânea;
- necessidade de desenvolver mais atividades de natureza preventiva

com a comunidade;

No que se refere à filosofia da proposta:

- a forma como foi implantado o PSF naquela região;
- desrespeito à adscrição da clientela da área de abrangência;
- desrespeito ao número de ACS para cada equipe;
- desrespeito ao número de famílias que cada equipe deve atender;
- pressão por parte da prefeitura e população para prestar assistência

sem a realização de todo o cadastramento;

- falta de dados estatísticos sobre a população daquela região;
- falta de um planejamento das ações de saúde mais amplo, a partir de

dados levantados pelo cadastramento;

- falta a implantação de mais duas equipes para atender toda a população.

Apesar de todas as dificuldades relatadas pela equipe, observamos que ela está comprometida com a população e tem procurado oportunizar um atendimento humanizado e participativo, coerente com um dos princípios do programa.

Por outro lado, o descompromisso dos governos com a efetivação de uma política que garanta recursos suficientes para assegurar à população não somente o acesso aos serviços de saúde como consultas, medicamentos, exames, mas principalmente o investimento no desenvolvimento de práticas preventivas, que

contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população, uma vez que saúde significa, também, resultado das condições de vida das pessoas.

Consideramos que existem outros aspectos de maior complexidade que vêm interferindo no espaço das políticas públicas de saúde em nosso país, inclusive o papel do Estado diante das mesmas. Referimo-nos às tendências neoliberais que reduziram as políticas públicas sociais, afetando os serviços sociais e de saúde e desestruturando o que de efetivo existe na área social.

O projeto neoliberal tem-se acelerado nos últimos anos, principalmente nos governos Collor e Fernando Henrique Cardoso, afetando diretamente a consolidação do SUS, previsto pela atual Constituição.

Diante desse cenário, constata-se uma posição de indiferença diante do caos social, onde os direitos sociais não vêm sendo colocados em prática pelos governos.

Soma-se a isso, o fortalecimento dos pressupostos neoliberais que ensejam "...um projeto de caráter antidemocrático, de encolhimento do espaço privado" (Chauí, 1994:29), que, além de desconsiderar os direitos inscritos nesta Constituição, reforça o descrédito e a renúncia dos sujeitos sociais nas formas coletivas de organização e luta.

Frente a essas questões, estamos longe de uma situação de igualdade de acesso a todos, e muito longe de atingirmos a equidade nos serviços de saúde.

A democratização das políticas sociais exige ruptura com processos de intervenção social centralizados. O grande desafio é como transformar as políticas sociais e da saúde, não em manipulação clientelista ou corporativista, mas num espaço ético e legítimo de garantia aos direitos da cidadania, e de resposta eficaz do Estado às pressões democráticas.

Destacamos a importância do papel dos profissionais de saúde, entre eles os assistentes sociais que, através do conhecimento teórico-prático podem contribuir, significativamente, no desenvolvimento de ações que possibilitem a efetivação dos direitos sociais, do exercício da cidadania, bem como na formulação e efetivação das políticas sociais públicas que atendam as demandas da população.

Concluimos que o Programa de Saúde da Família é uma proposta viável, como estratégia de reorientação da porta de entrada do sistema, desde que o acesso aos serviços prestados por esse Programa seja eficiente, eficaz e estendido a toda população, para não ferir com o princípio da universalidade preconizado pelo SUS. Porém tal proposta constitui-se ainda num grande desafio, do ponto de vista da viabilização de suas diretrizes.

BIBLIOGRAFIA

- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda, Martins Helena Pires. **Temas de Filosofia**. São Paulo: Moderna, 1992.
- BACKES, V.M. **As políticas oficiais de saúde e o ensino de enfermagem**. Santa Maria - RS : UFSM, 1992. 343 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Curso de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, 1992.
- BORDENAVE, Juan E. **"O que é Participação?"**, São Paulo: Coleção primeiros Passos, 1983.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde da Comunidade. **Saúde da Família : uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. **Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar**. Brasília. Ministério da Saúde, 1996.
- CAMPOS, Gastão W. **A Saúde Pública e a defesa da vida**. São Paulo : HUCITEC, 1994.
- _____. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- CARVALHO, Aiba M^a Pinto e GIOVANELLA, L. **A IX Conferência Nacional de Saúde**, Rio de Janeiro, p.11-21, ago. 1992.
- CHAUÍ, Marilena. Populismo. In : Dagnino, Evelina (Org.). **Anos 90 Políticas e Sociedade no Brasil**. São Paulo : Editora Brasiliense, 1994.
- _____, Marilena. **"Cultura e Democracia"**, São Paulo, editora Moderna, 1994.
- COHN, Amélia, ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil, políticas e organizações de Serviços**. São Paulo : Cortez, 1996.
- _____, Amélia et al. **A Saúde como direito e como serviço**. São Paulo : Cortez, 1991 (Pensamento Social e Saúde; v.7).
- Coletânea de legislação do Sistema Único de Saúde/SUS - RS - **Descentralizando e democratizando o conhecimento**.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8^a, Brasília, 1986. **Relatório Final**. Brasília : Ministério da Saúde, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10^a, Brasília, 1995. **Relatório Final**. Brasília : Ministério da Saúde, 1998.

Constituição : República Federal do Brasil. Brasília : Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

☉ COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário.** Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.

EIBENSCHUTZ, Catalina. **Política de Saúde : o público e o privado** - Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1996.

ESCOREL, Sarah. Saúde : uma questão nacional. In. Teixeira S.F. (Org.) **Reforma Sanitária : em Busca de uma Teoria.** São Paulo : Cortez/ABRASCO, 1989.

GERSCHMAN, Silvia. **A Democracia Inclusa : um estudo da Reforma Sanitária Brasileira.** Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1995.

_____, Silvia. A Formulação de Políticas Sociais. In : Teixeira, S.F. (Org.) **Reforma Sanitária : em Busca de uma Teoria.** São Paulo : Cortez/ABRASCO, 1989.

GUIMARÃES, Reinaldo : TAVARES, Ricardo (org.). **Saúde e Sociedade no Brasil : anos 80,** Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1994.

INSTITUTO DO PLANEJAMENTO DE FLORIANÓPOLIS - IPUF. Boletim, **Perfil das famílias do bairro Monte Cristo,** 1995.

LUZ, M.T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática"** - anos 80. Physis - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-94, 1991.

MAGAJEWSKI, Flávio R. Liberatti. **Seletividade Estrutural e a Construção do Sistema Único em Santa Catarina no Período de 1987-1990.** Florianópolis, Dissertação de Mestrado.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). As políticas de Saúde no Brasil nos anos 80 : a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In : **Distrito Sanitário : O Processo de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro : HUCITEC - ABRASCO, 1993.

_____, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde,** São Paulo, Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria C. Souza. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo : Hucitec/Abrasco, 1993.

Ministério da Saúde. **Modelos Assistenciais no Sistema Único de saúde.** Brasília, 1990.

- _____. **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. A Ousadia de Cumprir a Lei.** Brasília, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica. Brasília, 1996.
- NETO, J. M. **Políticas de saúde no Brasil : a descentralização e seus atores.** Saúde em Debate, n. 31, p. 54-66, mar. 1991.
- NIETSCHE, E. **Uma proposta pedagógica emancipatória para o curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - RS.** Santa Maria: UFSM, 1993. Dissertação (Mestrado em Educação)- Curso de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, 1993.
- NORONHA, José Carvalho, LEVCOVITZ, Eduardo. **AIS - SUDS - SUS : os caminhos do direito à saúde.** In : Guimarães, Reinaldo (Org.) Saúde e Sociedade no Brasil : Anos 80. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1994.
- Plano Municipal de Saúde de Florianópolis, 1993.
- POLITICAS Públicas : **Desafios e perspectivas.** Florianópolis : CRESS - 12ª Região, 1997, 19 p. (Caderno de estudos, n.º 1).
- REZENDE, Ana L. Magela. **Saúde : dialética do pensar e do fazer.** 5ª edição, São Paulo : Cortez Editora, 1989.
- SADER, Emir e GENTILI, Pablo (org.) - **As Políticas e o Estado Democrático Pós Neoliberalismo** - Ed. Paz e Terra, 3º edição, 1996.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL - DAC, **Atendimento nas Comunidades do Continente.** Florianópolis, 1995.
- SIMIONATTO, Ivete, NOGUEIRA, Vera. **Direitos Humanos e Políticos de Saúde : Reordenação e Ampliação Política do Espaço Público.** Texto Digitado. Florianópolis, 1995.
- _____, Ivete. **Gramsci : sua Teoria, incidência no Brasil, Influência no Serviço Social.** Florianópolis/São Paulo : Editora Cortez/UFSC, 1995.
- SPOSATI e LOBO, Elza. **Controle Social e Políticas de Saúde.** Salvador : Trabalho Apresentado nos Cadernos do CEAS n.º 139, 1992.
- SPINOLA, Aracy Wih de Pinho et al (coord.). **Pesquisa Social em Saúde.** São Paulo : Cortez, 1992.
- SUS - RS : **descentralizando e democratizando o conhecimento.** Porto Alegre : Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, [1995 ?]246 p. (Coletânea de Legislação do Sistema Único de Saúde).
- TESTA, M. **Pensar en salut.** Buenos Aires: OPS/OMS, 1989.

- TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.). **Reforma Sanitária : em busca de uma teoria**. São Paulo : Cortez , Rio de Janeiro : Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1989 (Pensamento Social e Saúde; 3)
- UNGLERT, Carmen V. de Souza. Territorialização em Sistemas de Saúde. In : Mendes, Distrito Sanitário. **O Processo Social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Capítulo IV. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.
- VASCONCELOS, Eymard M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- VIEIRA, Evaldo. **Democracia e Política Social**. São Paulo : Cortez: Autores Associados, 1992 (Coleção Polêmicas dos novos tempos; 49)