

MIGUEL RAMOS RODRIGUES

**MUNICIPALIZAÇÃO PLENA DA SAÚDE NO PIAUÍ: UMA UTOPIA A
SER REALIZADA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Federal do Piauí, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria do Rosário de Fátima e Silva.

MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

U F P I

**TERESINA
2004**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**MUNICIPALIZAÇÃO PLENA DA SAÚDE NO PIAUÍ: UMA UTOPIA A
SER REALIZADA**

MIGUEL RAMOS RODRIGUES

Dissertação de Mestrado submetida à Coordenação do Curso de Mestrado em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Piauí – Área de Concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria do Amparo Salmito
Universidade Estadual do Piauí

Profª Drª Maria D'Alva Macedo Ferreira
Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Maria do Rosário de Fátima e Silva
Universidade Federal do Piauí
Orientadora e Presidente

**TERESINA
2004**

DEDICO

A meus pais, Francisco e Maria, pela minha razão de ser, pela decisão em me encaminharem cedo para estudar fora, proporcionando que eu seguisse minha trajetória de estudos, oportunidade que eles não tiveram.

À minha família, em especial à minha esposa Tânia, que muito me incentivou a enfrentar o Curso de Mestrado e sempre tolerou minhas ausências do convívio familiar neste sentido. E aos meus filhos: Viviane, a médica; Fabiano, o contabilista e Adriano, o dentista, os quais são a razões do meu orgulho de pai e esperanças do prosseguimento da trajetória de estudos e tarefas pelo bem da humanidade.

Ao Dr. Geraldo Magela Miranda, pela sua personificação do sanitarismo brasileiro, não o reformista de anteriormente mas o ativista de hoje; e pela sua dedicação e entusiasmo com o municipalismo da saúde no Piauí, mesmo injustiçado neste sentido, pelas indiferentes decisões dos administradores do poder no Estado.

Às Pessoas Portadoras de Deficiência (PPDs), estas, quase sempre esquecidas da inclusão nas ações desenvolvidas pelas políticas públicas, estas, uma das razões da existência da Fisioterapia, especialidade que me define como profissional da área da saúde e que me faz compreender o sentido da solidariedade junto às pessoas como um dos fatores mais importante da vida em se tratar o ser humano como gente!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof^a Dr^a Maria do Rosário de Fátima e Silva, minha orientadora, que me fez ser-lhe admirador pela sua cordialidade, disponibilidade e sensibilidade em tolerar minhas limitações e a me estimular com seus ensinamentos, a engajar no saber acadêmico. Assim como, por sua dedicação e competência, em que, mesmo não sendo profissional da saúde, soube muito bem assimilar os objetivos do trabalho, ajudando dar-lhe conotação crítica, propositiva e humanitária simultaneamente.

Na convicção de que este reconhecimento associa-se à grandeza de sua simplicidade, prudência e compromisso com o saber, espero que a convivência acadêmica se estenda a uma convivência amigável permanente.

AGRADECIMENTOS

VIDA, SAÚDE, sem esta dualidade intrínseca à existência da raça humana, certamente eu não estaria transmitindo o que tomei conhecimento e vivencio sobre o Sistema Único da Saúde. Portanto acima de tudo, agradeço a Deus pela dádiva da vida e a oportunidade a esses e outros conhecimentos.

À Prof^a Dr^a Rosângela Maria Sobrinho Sousa, pelo estímulo dado na fase preparatória da minha entrada no Curso de Mestrado e pela convivência profissional que sempre nos aproxima em defesa do social.

Às mestras e mestres, Antônia Jesuíta de Lima, Lúcia Cristina dos Santos Rosa, Maria D'Alva Macedo Ferreira, Francisco de Oliveira Barros Junior e Washington Luis de Sousa Bonfim, pelos seus desprendimentos em nos conduzir, no Curso, não como simples alunos mas como futuros colegas compromissados com o saber da Academia.

Aos prefeitos e gestores de saúde dos municípios de Luzilândia, Bom Jesus, Floriano, Picos e Teresina e aos conselheiros de saúde entrevistados, pelas disponibilidades e colaborações prestadas ao trabalho com suas informações e ensinamentos sobre a realidade da área da saúde nos municípios piauienses.

Aos colegas de turma: Ana Eulálio, Aurenice, Marysol, Maria José, Maryneves, Zita Vilar, José Carlos, Marcos Daniel e Roberto Rocha, um abraço e o convite a continuarmos sendo uma “turma de colegas”.

EPÍGRAFE

“Alguns poucos cidadãos adquirem o poder de fazer políticas públicas. Todos porém, têm o direito de criticá-las”. (*ARISTÓTELES, 384-322 a.C.*)

RESUMO

Este estudo teve por objetivo principal realizar um resgate histórico do processo de municipalização da saúde no Estado do Piauí buscando explicitar os elementos relacionados com a organização da gestão da saúde de forma descentralizada e com a participação da sociedade. Neste sentido escolheu-se como marco de análise do ano de 1998 ao ano de 2002, período em ocorreu maior volume das habilitações dos municípios piauienses nas condições de gestão de saúde indicadas na NOB-SUS 01/96.

Procurou-se analisar as implicações e os avanços conseguidos pelos municípios com a descentralização das ações e serviços de saúde, bem como as inovações oferecidas pelo S.U.S. Foi tomado como ponto de partida a criação do Sistema Único de Saúde, a legislação vigente, em especial as leis 8.080/90 e 8.142/90 e as normas operacionais básicas que operacionalizaram o processo de municipalização da saúde, fundamentando-se no pressuposto de que um Estado para conseguir a “municipalização plena” precisa habilitar todos seus municípios na condição de gestão plena do sistema municipal. Neste propósito foi considerado como universo de pesquisa a realidade de 5 municípios de regiões distintas no Estado, habilitados nas gestões da Atenção Básica e do Sistema Municipal, sendo Luzilândia na região Norte, Bom Jesus na região Sul, Picos na região Leste, Floriano na região Oeste e Teresina na região Centro Norte, com abrangência implícita aos demais municípios, a fim de obter uma visão geral e mais consistente acerca da realidade eleita como objeto de estudo. Neste universo privilegiou-se como sujeito da pesquisa os atores envolvidos diretamente com o processo da gestão e controle social da política de saúde no âmbito municipal, sendo estes os prefeitos, os gestores de saúde e os conselheiros de saúde, os quais contribuíram através de seus depoimentos para testemunhar a realidade existente em cada município, fazendo constatar-se que ainda há uma considerável distância entre os princípios e diretrizes

oferecidas pelo S.U.S e as condições reais para a sua operacionalização no âmbito dos municípios no Estado.

Isso nos leva a concluir que a municipalização da saúde no Piauí é uma realidade ainda incipiente estando no nível primário e podendo ser caracterizada do tipo atomizada, bem distante da condição plena almejada. Registra-se neste sentido um hiato entre as necessidades reais apresentadas pela população neste campo da saúde e, o que foi contemplado como direito nas diretrizes do S.U.S e o que tem sido efetivamente implementado, portanto ainda uma utopia na busca de ser realizada.

PALAVRAS CHAVE: Saúde, Gestão, Municipalização, Descentralização, S.U.S.

ABSTRACT

The main purpose of the assignment is to make a historical feedback of the health municipalization project in the State of Piauí trying to explain the elements related with the organization of the decentralized health management and with the society participation. It was chosen to be analysed, the year of 1998 to the year of 2002, which was the period that occurred a bigger volume of qualifications of the municipalities of Piauí in the conditions of health managements specified in the NOB-SUS 01/96.

It was intended to analyse the implications and the advances achieved by the municipalities with the decentralization of health actions and services and others innovations offered by SUS. It was taken like starting point, the creation of SUS, the current legislation, specially the laws 8.080/90 and 8.142/90, and the operational rules which regulate the process of health municipalization, founding on the presumption that a State to get the “full municipalization” needs to qualificate all its municipalities in the condition of full management of the municipal system. In this intention it was considered as research universe, the reality of 5 municipalities of different regions of the State, qualificated in the Basic Attention and Municipal System managements: Luzilândia in the North region, Bom Jesus in the South region, Picos in the East region, Floriano in the West region and Teresina- North Center region, with implicit including of the others municipalities in order to have a more consistent general vision of the elected reality as study object. In this universe, it was privileged as subject of the research, the actors straight involved with the process of management and social control of the health politics in the municipal scope. They are the mayors, the health managers, and the health advisors, who contributed in their speech to prove the reality that exists in each municipality, showing that there is still a considerable distance between the principles and rules offered by SUS and the real conditions for its functionality in the scope of the State municipalities.

We can conclude that the health municipalization in Piauí is still a beginner reality, being in the primary level and being characterized as the atomized type, really distant from the wished full condition. It is registered a gap between the real necessity presented by the population in the health field and, what it was considered as right in the rules of SUS and what has been permanently introduced. Therefore, it's still an utopia in search of being realized.

KEY WORDS: Health, Management, Municipalization, Decentralization, SUS.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	13
INTRODUÇÃO	15
I - O S.U.S E A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE	24
I.1 ROMPENDO A POLÍTICA DUAL E SELETIVA	24
I.2 TRAJETÓRIA DE LUTAS E CONQUISTAS	25
I.3 MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	52
I.4 FINANCIAMENTO E VINCULAÇÃO CONSTITUCIONAL DE RECURSOS PARA A SAÚDE	72
II – DESCENTRALIZANDO A GESTÃO PARA INTEGRALIZAR O ATENDIMENTO	81
II.1 CENTRALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO	85
II.2 GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	86
II.3 CIDADANIA E CONTROLE SOCIAL	101
III – A MUNICIPALIZAÇÃO E O TRADICIONALISMO POLÍTICO CULTURAL DO CONSUMO DE SAÚDE	107
III.1 IMPLANTAÇÃO DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO PIAUÍ	118
III.2 HABILITAÇÕES CONFORME A NOB-SUS 01/96	129
IV – A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE E SEU PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO NO PIAUÍ	131
IV.6 O PROJETO DA MUNICIPALIZAÇÃO PLENA	148
IV.7 COMO A MUNICIPALIZAÇÃO VEM SE REALIZANDO NO PIAUÍ	152
CONSIDERAÇÕES FINAIS	186

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**198****ANEXOS****206**

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

APPM – Associação Piauiense dos Prefeitos Municipais

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduados em Saúde Coletiva

APM – Associação Piauiense de Medicina

AFEPI – Associação dos Fisioterapeutas do Estado do Piauí

CES – Conselho Estadual de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONFESPI – Conferência Estadual de Saúde do Piauí

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CEBS – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

FNS ou FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

FS – Fundo de Saúde

IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IAPAS – Instituto de Arrecadação da Previdência e Assistência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

LOM – Lei Orgânica do Município

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde

MTb – Ministério do Trabalho

MOPS – Movimento Popular de Saúde

MDPD – Movimento pelos Direitos dos Portadores de Deficiência

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

SNIS – Serviço Nacional de Informação em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SAI – Sistema de Informação Ambulatorial

UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

INTRODUÇÃO

“A saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social. Os governos devem investir recursos em políticas públicas saudáveis em promoção da saúde, de maneira a melhorar o nível de saúde de seus cidadãos.”

(DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1977)

Com esta visão e tomando iniciativa na defesa da democratização de um sistema público de saúde, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira se tornou fundamental na estruturação e criação do Sistema Único de Saúde, dando condições de ser viabilizada a idéia de Municipalização da Saúde, que passou a ser conduzida como um processo democratizador do acesso de usuários às ações e serviços de saúde a ser implantado junto aos municípios no país.

Este Movimento da Reforma Sanitária intensificou o sentido de unificação da atenção pública à saúde no Brasil, ao longo dos anos 80, sendo que esta iniciativa partira de décadas anteriores, mas aproveitando o ambiente político de reformas que se encontravam ocorrendo no processo de redemocratização do país, assim como, importantes decisões político-administrativas que se sucederam no contexto da chamada “Nova República”, foi que esta iniciativa se tornou viável.

E o ponto comum entre o Movimento e as medidas implementadas neste período estava em associar a noção de democracia política com a de Estado de Bem-Estar Social.

No caso da saúde, isto se refletia na montagem e articulação de uma rede pública, de caráter nacional, acessível a todos os brasileiros, oferecendo uma ampla variedade de serviços básicos e complexos, ambulatoriais e hospitalares, associada à implementação de programas de saúde pública, de ações preventivas e de promoção da saúde.

Então, como o ideário reformador do novo Sistema de Saúde envolvia acesso universal, rompendo a seletividade dos serviços mais complexos pagos pelo então Inamps, estes,

restritos à clientela previdenciária; envolvia a descentralização político-administrativa e pactuação federativa; a hierarquização do sistema em nome de maior racionalidade; o reforço ao caráter estatal da atenção médico-sanitária, buscando fundir as funções de comprador e provedor no setor público; a indução à participação social pelos conselhos de saúde e crítica ao modelo de atenção centrado no hospital, privilegiando ações curativas, foi necessário recorrer a alianças consensuais para a criação do Sistema, implantação e implementação do novo modelo de atenção à saúde.

Essas alianças, principalmente entre elites técnicas e burocráticas no setor saúde, partidos políticos e lideranças da oposição, sindicalismo médico e demais profissionais de saúde e do funcionalismo público, foram sendo acomodadas, objetivando consensuar conflitos entre o Inamps e os programas instalados no Ministério da Saúde.

Conforme retrata a trajetória de lutas e conquistas, medidas resolutivas ou pelo menos ensaiadas suas aceitações, gradativamente com acordos e normas ministeriais tomadas no decorrer do tempo, o Sistema Único de Saúde foi legalizado pela Constituição Federal em 1988, normatizado seu funcionamento por lei orgânica em 1990, e o seu sucesso atual depende diretamente da ação conjunta do Estado e da Sociedade Civil.

Para chegar-se a este cenário, convém ressaltar que historicamente a “análise das políticas sociais em geral, especialmente a de saúde, no Brasil, deve ser contextualizada no bojo da peculiar formação da sociedade e Estado brasileiros,” (HEIMANN,1992), sabendo-se que, ao contrário das sociedades do Velho Mundo, a formação do Estado brasileiro precede à própria constituição da sociedade. Pois “antes mesmo do início da colonização, nosso território já possuía toda sua organização administrativo-burocrática derivada do Estado português.” (HEIMANN,1992).

Assim, diferentemente da formação do Estado moderno, resultado da alteração da correlação de forças entre as classes sociais nas sociedades européias, o Estado brasileiro

funda a sociedade a partir de seus preceitos legais e administrativos. Essa origem marca significativamente toda a nossa história.

“Essa história de formação autoritária do Estado e sociedade culmina na instituição do regime militar a partir de 1964, que teve como metas explícitas a industrialização para substituição de importação de bens duráveis e mesmo não duráveis; a modernização da indústria de base e a estruturação do sistema financeiro, e como resultado concreto, a destruição das organizações populares engendradas no período de 1946 a 1964.” (HEIMANN,1992).

O saldo deste processo foi a constituição de uma sociedade extremamente estratificada e hierarquizada, com seus recursos produtivos altamente concentrados, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho e da produção com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. Então, as dificuldades sociais e regionais que presenciamos refletem essas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitadores ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada.

Com o fim do regime militar e o ressurgimento dos movimentos de massa, principalmente na década de 80, o Estado brasileiro passa a sofrer muitas pressões da sociedade no sentido de sua democratização, e é precisamente nesse contexto que as políticas sociais da época devem ser compreendidas.

Enquanto campo de ação estatal por excelência, deve-se levar em conta que as políticas sociais são resultantes dos embates travados a partir das contradições entre Capital e Trabalho, jogo de interesses em conflito que emergem personificados na atuação dos diversos atores sociais e na definição das prioridades quanto à intervenção e ao papel do Estado.

Pode-se dizer que “a problemática da emergência da intervenção estatal sobre as questões sociais encontra-se quase sempre multideterminadas.” (TEIXEIRA, 1989).

Por referência à história recente da Saúde Pública brasileira, identifica-se, na trajetória do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o projeto das políticas de saúde que constituirão de súbito uma relação entre Estado e sociedade, decorrentes dos avanços das lutas dos diversos atores sociais, alternando a relação capital-trabalho e quantificando diferentemente os movimentos sociais.

Ao mostrar e ao analisar estas e outras implicações que refletiram e influíram na criação, implantação e implementação do Sistema Único de Saúde e seu modelo de atenção integral à saúde no Brasil e em especial no Piauí, o objetivo principal da pesquisa é comprovar qual o tipo, e em que nível de municipalização da saúde se encontra o Estado do Piauí, quanto à organização das gestões de saúde e quanto ao volume de habilitações de municípios nas condições de gestões indicadas na NOB-SUS 01/96, até o ano de 2002.

A pesquisa realizada sob aspecto qualitativo serviu-se de algumas dimensões analíticas para melhor fundamentar a compreensão da origem, dinâmica e abrangência do assunto estudado. Entre estas dimensões, temos a histórica, a social, a política e a de gestão.

Na dimensão histórica, trata-se da trajetória percorrida pelos sanitaristas e pelos municipalistas na busca de um sistema de saúde público democrático e a formação, implantação e implementação do processo de municipalização da saúde no Brasil e em especial no Piauí. Nesta trajetória é identificado o contexto institucional do surgimento das propostas norteadoras da criação do S.U.S e implementação das políticas de saúde nos anos de autoritarismo político e nos anos mais recentes.

Na dimensão social, trata-se da questão do controle social e da cidadania, em que a participação da comunidade passa a assumir importante papel na representatividade cidadã e no controle social da gestão de saúde. Com o novo conceito de controle social, surge o conjunto de instrumentos de gestão - conselho de saúde, conferência, plenária, orçamento

participativo, etc. – que caracterizam a capacidade inovadora e contestadora da sociedade civil organizada.

Nesta dimensão destacam-se as atuações de um dos sujeitos da pesquisa, o conselheiro de saúde, sendo na sua representação que se consubstancia a concepção inovadora em cidadania, bem como, é na sua atuação que se evidenciam as contradições e impasses vividos no Estado e nos municípios nesta área de representatividade social e política.

Na dimensão política, é onde são abordadas as estruturas e as relações de poder existentes, suas estratégias tradicionais e as inovadoras com os princípios do S.U.S. Nesta dimensão, trata-se basicamente das atuações dos atores políticos – prefeitos e gestores de saúde – quanto ao desempenho destes na formulação e execução das políticas de saúde junto à população.

E na dimensão da gestão, fazem-se referências às inovações alcançadas com o S.U.S e as NOBs, nas formas de organização e na adoção do planejamento estratégico e operacionalização da Programação Pactuada e Integrada (PPI) como bases para o processo de tomada de decisões. Nesta dimensão, são explicitadas e analisadas as atuações dos gestores municipais correlacionados com gestores estaduais e mesmo da União em alguns casos.

Os aspectos técnico-operacionais como a municipalização, a descentralização, a regionalização, a hierarquização, os sistemas de informações, a gestão de recursos financeiros, são apresentados em uma visão política abrangente, de forma a possibilitarem melhores esclarecimentos acerca do processamento da municipalização da saúde no Estado do Piauí

O universo da pesquisa que dá base às informações e investigações para o trabalho de campo corresponde a cinco municípios estrategicamente selecionados, sendo um de cada região geográfica distinta no Estado. Ou seja: Luzilândia, da região Norte; Bom Jesus, da região Sul; Floriano, da região Oeste; Picos, da região Leste; e Teresina da região Centro-

Norte. Sem, no entanto, limitar-se apenas a estes, para ser dada uma visão geral da situação de municipalização da saúde no Piauí.

O período propriamente da pesquisa, junto aos municípios estudados, corresponde ao quadriênio 1998 a 2002, sem, no entanto, se limitar a esses anos, podendo, como acontece, haver referenciamentos a datas e fatos anteriores, posteriores e mesmo atualizações acontecidas no período próximo ou no ano de conclusão da dissertação.

No trabalho de campo, foi utilizada a entrevista direta com os sujeitos da pesquisa, tendo sido entrevistados formalmente 23 atores, entre gestores de saúde, prefeitos e conselheiros dos segmentos sociais: prestadores de serviços de saúde, profissionais e trabalhadores de saúde, usuários dos serviços de saúde. Como também foram contactados informalmente, 36 outros atores, através de participações em reuniões de conselhos, reuniões da Bipartite, conferências de saúde e plenárias comunitárias.

Convém ressaltar a importância do aprendizado com as experiências mostradas nos municípios visitados, por meio das entrevistas e conversas informais com os atores dos cenários locais, sempre dispostos e solícitos com a causa da saúde. Estes, em especial os usuários, sempre reclamando e solicitando a “preservação de uma vida digna e saudável, ou pelo menos, a garantia da assistência de saúde, quando da necessidade de recuperação desta”, (grifo nosso) como compromisso mais importante a ser cumprido pelos prefeitos e gestores de saúde.

Referente a essa visão reivindicatória, é que no decorrer da dissertação pode-se observar que, mesmo entre os avanços conquistados, constata-se que ainda há uma considerável distância entre as condições reais de vida das pessoas e o que lhes é de direito. Como também, e por isso, ainda têm de enfrentar desafios na luta pela universalização do acesso ao conjunto de ações e serviços de saúde que lhes são destinados.

Isso em virtude dos governos federal, estadual e municipal ainda não terem desenvolvido estratégias eficientes e instrumentos gerenciais de forma a promoverem plenamente a universalização, a integralização e a equidade do atendimento assistencial preconizado pelas políticas norteadoras do S.U.S.

A dissertação encontra-se dividida em duas partes, a primeira sobre informações gerais de fundamentação teórica e a segunda sobre a realidade da situação da saúde encontrada nos municípios do Piauí. Estas englobam quatro capítulos onde são mostrados, numa visão geral, como se processou a implantação e vem ocorrendo o desenvolvimento do S.U.S e da Municipalização da Saúde no Estado do Piauí.

No primeiro capítulo, “O S.U.S e a Municipalização da Saúde”, é apresentada a trajetória de lutas e conquistas dos sanitaristas reformistas brasileiros e dos municipalistas da saúde, os quais através dos seus movimentos influíram positivamente na discussão, criação e implantação do atual Sistema de Saúde Pública do Brasil, conseqüentemente na instituição e operacionalização da municipalização da saúde no país. Ainda são detalhadas a constituição e funções do Modelo de Atenção Integral à Saúde adotado pelo S.U.S objetivando proporcionar condições dignas de vida aos seus usuários. Fechando o capítulo, são apresentadas as formas de financiamentos do S.U.S e esclarecido como se processou a vinculação constitucional de recursos financeiros para a saúde com a aprovação da Emenda Constitucional Nº 29 (E.C-29) em 13 de setembro de 2000.

No segundo capítulo, intitulado “Descentralizando a Gestão para Integralizar o Atendimento”, são detalhadas e comentadas conceituações e propósitos da Descentralização como princípio constitucional e como processo descentralizador das ações e serviços de saúde. A dualidade Centralização e Descentralização é ressaltada e comentada por Marta Arretche, assim como são apresentados instrumentos de gestão regularizados nas NOBs e Lei Orgânica da Saúde, entre estes, instâncias de controle social, comissões intergestores,

condições de gestão de saúde, planos, relatórios de gestão, etc. Instrutivamente é comentada a organização e estruturação da gestão de um Sistema Municipal de Saúde, objetivando subsidiar propósitos de alcance da gestão plena da saúde. O tema Cidadania e Controle Social, conclui o capítulo referenciando a importância da fiscalização feita pela sociedade civil organizada junto as gestões de saúde através de suas representatividades, objetivando reduções das desigualdades regionais com as buscas de garantias da universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais.

O terceiro capítulo, refere sobre a “Municipalização e o Tradicionalismo Político Cultural do Consumo de Saúde”, enfatizando o tradicionalismo da época dos “coronéis” e o centralismo predominante à assistência hospitalar, na área da saúde. . Neste contexto ressalta ter sido feita e desenvolvida a municipalização da saúde no Estado, desde a NOB-INAMPS 01/91 até a NOB-SUS 01/96, em que os municípios cumpriram apenas burocraticamente os requisitos exigidos para habilitações nas condições de gestões pleiteadas. Um levantamento informativo versa sobre a implantação da municipalização da saúde no Piauí, desde os episódios da “municipalização por opção” recomendada na NOB-INAMPS 01/91 até as habilitações dos 222 municípios do Piauí conforme a NOB-SUS 01/96.

No quarto capítulo sobre a “Municipalização da Saúde e seu Processo de Implantação no Piauí”, são retratadas as ocorrências com a municipalização da saúde dentro da realidade dos municípios pesquisados, desde os envolvimento político-administrativos dos prefeitos, os relacionamentos entre gestores municipais e o gestor estadual, ao desempenho dos conselheiros de saúde, incluindo os membros da Comissão Intergestores Bipartite do Piauí. Uma espécie de confronto entre os itens da Proposta de Municipalização Plena e as ações correspondentes realizadas em cada município, mostra como vêm sendo executadas essas ações de saúde no Piauí. Em uma espécie de resenha, a cada município pesquisado é

caracterizado seu perfil histórico e situação da saúde, como também é dado destaque aos programas de saúde prioritários que estes vêm desenvolvendo.

No cômputo geral, desde a trajetória de lutas dos sanitaristas reformistas pela criação do S.U.S até a trajetória atual dos gestores piauienses pela concretização da municipalização da saúde no Piauí, muitos esforços têm sido feitos para que o conjunto das ações e serviços que compreendem o S.U.S seja de fato implantado no Estado com vistas a assegurar a municipalização plena propriamente dita, entretanto apesar de todas as dificuldades encontradas um caminho já foi traçado, é o que demonstrou a experiência dos municípios pesquisados, portanto resta a esses percorre-lo, buscando superar os desafios do caminhar na construção de políticas intersetoriais e atividades integradas a fim de garantirem a saúde como direito de todos.

CAPÍTULO I

O S.U.S E A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

I.1 ROMPENDO A POLÍTICA DUAL E SELETIVA

“Apesar de você,
Amanhã há de ser outro dia...”

Com esse refrão musical, o compositor Chico Buarque de Holanda, na década de 70, conseguiu mandar um recado ao autoritarismo militar que, na época, mandava, bradava, e o povo apenas ouvia e obedecia.

Esse autoritarismo ao impor o regime militar, foi o responsável pela continuidade e reforço do “modelo centralizado da saúde”, da era Vargas, em que eram beneficiados apenas os trabalhadores inscritos no mercado de trabalho, ou seja, aqueles com carteira assinada, sendo portanto segurados de instituição previdenciária. Enquanto as outras pessoas eram atendidas como “indigentes”, caso não tivessem condições financeiras em arcarem com as despesas do tratamento de doenças.

Esta, a política dual e seletiva de assistência em serviços de saúde que existia até fins da década de oitenta. O Ministério da Previdência e Assistência Social, através do seu sistema de seguro-saúde, oferecia aos segurados os serviços de assistência médica de forma contributiva e sendo estes restritos aos segurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), portanto de forma seletiva.

Por outro lado, o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde de Estados e Municipais, que desenvolviam apenas algumas ações de saúde pública, ofereciam estas ações à população de forma não contributiva e sem critérios seletivos.

Na mesma música, Chico Buarque, descreve que *“Hoje é você quem manda, / Falou, tá falado, não tem discussão, não / A minha gente, anda falando de lado, / E olhando pro chão, viu!”*

Realmente, naquela época, como testemunho pessoal, as pessoas tinham que se comportar em público assim, como descreve a canção, pois a censura era tão rigorosa, pelo menos no Recife, onde eu estudava, que qualquer suspeita de revolta ou defesa de ideologia diferente da militar podia levar à reclusão prisional e com difícil justificativa de defesa.

Mesmo assim, os sanitaristas desenvolvimentistas, naquela época, procuraram se organizar em um movimento que passou a ser conhecido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o qual, juntamente com outro de igual propósito, o Movimento Municipalista da Saúde, passaram a tomar iniciativas em defesa da democratização de um sistema de saúde pública.

Esses movimentos, desde então e posteriormente, tiveram papel fundamental na articulação e na criação do atual Sistema Único de Saúde (SUS), o qual só em ter posto fim à prática “seletista e centralista” do sistema anterior, podemos considerá-lo como a conquista mais importante da área social na década de oitenta.

I.2 TRAJETÓRIA DE LUTAS E CONQUISTAS

A luta pela criação do S.U.S foi:

“uma luta muito séria, muito dura, muito difícil, por que tivemos que construir o S.U.S na contramão da vontade política do poder executivo federal, e sobretudo daqueles que ditam as regras da política econômica do país.” (FILHO, 1995)

O resgate da memória e a investigação histórica propiciam elementos sobre os quais se deve projetar o futuro. Nesse sentido, o relato da trajetória sobre a municipalização da saúde no

Brasil objetiva proporcionar conhecimentos dos embates, das discussões e articulações, na criação e processamento da implantação do atual Sistema Público de Saúde do Brasil, situando entre as conquistas e fatores atuantes no permanente processo de sua construção.

Desde o período colonial que o Brasil foi administrado de forma centralizada, e segundo Marta Arretche,

“a centralização estatal a partir de 30 – e que teve expansão contínua até fins da década de 70 – não é apenas fruto de um processo de expropriação das capacidades de governos dos níveis sub-nacionais, mas também – e fundamentalmente – derivada do fato de ser em nível federal que demonstrou elevada capacidade institucional e de resposta às pressões advindas dos processos de industrialização e urbanização em curso” (ARRETCHE, 1966).

Continuando, Arretche diz:

“foi certamente a partir de 1930 que, com a emergência do Estado desenvolvimentista e a ampliação progressiva das funções de governo, a União assumiu uma parcela altamente expressiva das capacidades financeiras e administrativas vis-à-vis com os demais níveis de governo.” (ARRETCHE, 1966).

Assim, a formação e expansão do Estado brasileiro realizada durante o regime autoritário implicaria a criação de capacidades institucionais e administrativas nos estados e municípios, capacidades estas que explicam, em parte, a natureza do processo de descentralização hoje em curso no país. Conforme veremos a seguir, nesta trajetória de acontecimentos sobre lutas e conquistas na consolidação da criação do S.U.S e no processamento da municipalização da saúde

Antes da trajetória da municipalização no Brasil, vejamos um pouco da trajetória do surgimento da Saúde Pública no mundo, ou mesmo na Europa, já que este tipo de saúde é a base que fundamenta a construção do S.U.S.

As primeiras informações sobre ações de caráter sanitário que podem ser relacionadas como da área da saúde pública, surgiram na Europa, mais precisamente na Inglaterra, no ano de 1834, quando Edwin Chadwick publicou suas idéias, recomendando ao Estado centralizar responsabilidades com os indigentes, assim como enfrentar os problemas de saúde coletiva dando importância a obras sanitárias. Isso conforme Álvaro Cardona (1998) relata em seu trabalho “Marco teórico para la gestión descentralizada de las políticas de Salud”.

As idéias de Chadwick fizeram com que em 1842 fosse criada a Comissão de Condições Sanitárias, tendo esta como principais condições a serem cumpridas pelo Estado: a remoção de lixo de casas e da rua, e melhoramento de esgotos; atribuição de responsabilidades de prevenção de enfermidades a organismos de ordem nacional; designar o lugar onde iniciar medidas sanitárias como Distrito Médico Oficial e conceder poderes adicionais às autoridades locais para garantirem cumprimento da lei.(Fonte: CARDONA,1998)

Com essas idéias, Chadwick passou a ser considerado um grande impulsionador da Revolução Administrativa do Governo do Reino Unido, o qual influenciou na criação da “*Primeira Lei de Saúde Pública*” na Grã-Bretanha, em 1848, tendo esta, em síntese, os princípios:

a) problemas de saúde, restritos a serviços médicos assistenciais, com acesso privativo a pessoas de boas condições financeiras, e

b) serviços de assistência pública destinados a indigentes, estes sendo desarticulados das responsabilidades das autoridades.(Fonte: CARDONA,1998)

Neste mesmo período, na Alemanha passaram a ser desenvolvidos estudos e atividades sobre a Seguridade Social, tendo o Chanceler Otto Von Bismarck como o principal incentivador da causa e, em 1883, foi implantado o *Seguro Social de Saúde*, garantindo inicialmente seguro obrigatório aos trabalhadores industriais, depois, aos outros grupos populacionais.

As idéias de Otto Von Bismarck foram agrupadas em um tipo de modelo, que veio receber seu nome, ou seja, Modelo Bismarkiano de Seguridade Social, com as seguintes características: obedecer a decisões de regulação adaptada por dispositivos legais de nível central; uniformidade nos direitos dos afiliados, e especificidade dos assegurados, conforme atividades ocupacionais e região onde vive.(Fonte: CARDONA,1998)

No Brasil, apenas no início do século XX, começaram a surgir estudos e criação de instituições destinadas ao controle e combate de endemias e epidemias dentro da área da Saúde Pública.

No ano de 1899, a capital do país, o Rio de Janeiro, foi castigada por sucessivos surtos e epidemias de febre amarela e varíola, e via-se ameaçada pela peste bubônica que acabara de entrar no país pelo porto de Santos.

Na Europa, à época, já havia conhecimentos sobre o papel dos micróbios no surgimento de doenças e a necessidade de prevenção através da higiene para combatê-los. Enquanto isso, o Brasil continuava preso ao passado, nessa área. E nele, as

“epidemias exterminavam populações e afugentavam investimentos, fazendo com que as companhias estrangeiras de navegação proibissem seus navios a passarem no Porto do Rio de Janeiro, o qual era considerado o mais insalubre do mundo.”
(FIOCRUZ,MS,2000).

No início de Século XX, o Barão Pedro Afonso, um cirurgião famoso da cidade do Rio de Janeiro, conseguiu da Prefeitura do Rio de Janeiro a concessão da velha Fazenda de Manguinhos, para instalação de um Instituto destinado a fabricar soros e vacinas contra a peste que se alastrava. No entanto, faltava quem soubesse produzi-las. Foi então que, em contato com o Instituto Pasteur de Paris, o Barão soube da existência do jovem médico Oswaldo Gonçalves Cruz, já de volta ao Brasil e que fora o primeiro brasileiro a estudar no Instituto Pasteur e que se especializou em bacteriologia.

Com a inauguração do Instituto Soroterápico Federal, em Manguinhos, no dia 25 de maio de 1900, o Barão Pedro Afonso passou a ser o Diretor Geral e o Dr. Oswaldo Cruz, o Diretor Técnico. A produção de soros e vacinas foi iniciada, e a expectativa era que esse Instituto iria mudar os rumos da Saúde Pública no Brasil, como realmente aconteceu.

Oswaldo Cruz, nomeado depois, em 1903, ao cargo de Diretor Geral da Saúde Pública, cargo esse correspondente ao atual cargo de Ministro da Saúde, foi incumbido pelo Governo Federal de sanear a capital federal. Atuando vigorosamente nesse sentido, conseguiu reduzir, em poucos meses, a incidência da peste bubônica, com uma ferrenha ação de extinção dos ratos. Depois, voltou-se para a febre amarela. E como já sabia o que fazer, conseguiu convencer o Presidente Rodrigues Alves a tornar obrigatória a vacinação em massa.

Como incomodava as famílias tradicionais e mesmo os populares por acharem que a febre era transmitida por contato com pessoas infectadas, essa medida foi logo motivo de protesto na imprensa e no Congresso. A forma de protesto foi tão forte, que chegou a ser deflagrada uma rebelião popular, no dia 13 de novembro de 1904, a qual ficou conhecida como a “*Revolta da Vacina*”, tendo, no entanto, a mesma, sido sufocada três dias depois pelo Governo Federal, mas este, resolveu suspender a obrigatoriedade da vacinação.

Ainda em vida, Oswaldo Cruz viu seu trabalho ser recompensado, o qual proporcionou medalha de ouro para o Brasil, no XIV Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Berlim, em 1907, e o seu nome ser dado ao Instituto Soroterápico, como também presenciou, em 1908, que em “uma epidemia de varíola a população não mais se revoltou, mas sim, correu aos postos de vacinação.” (FIOCRUZ,MS,2000)

Com a morte de Oswaldo Cruz, em 1917, Carlos Chagas assume a direção do Instituto Oswaldo Cruz e processa muitas melhorias na área da Saúde Pública, como a elaboração do Código de Saúde Pública, a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, onde foram

organizados e difundidos diversos serviços especializados, entre estes, os de higiene infantil, de combate às endemias rurais, de combate à tuberculose, à hanseníase e às doenças venéreas.

Além do seu grande feito científico de âmbito mundial, ao descrever, no início do Século XX, todo o ciclo da TRIPANOSOMÍASE AMERICANA, doença parasitária que passou a ser chamada de MAL DE CHAGAS, e cujo parasita oficializou com o nome de TRYPANOSOMA CRUZY, em homenagem ao seu colega Oswaldo Cruz. O sanitarista Carlos Chagas criou também escolas de enfermagem, estabeleceu a formação de Médico Sanitarista e quando, em 1925, foi nomeado Professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, instituiu a Cadeira de Moléstias Tropicais e estabeleceu as bases do estudo de Higiene no Brasil.

Denota-se que o início e a evolução da Saúde Pública no Brasil começaram e caminharam juntas com os feitos de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, os sanitaristas pioneiros a despertarem e a batalharem pelo desenvolvimento da Ciência e da Saúde Pública no Brasil.

No início do Século XX, mesmo com os fatos importantes ocorridos na área da saúde pública, as autoridades davam mais importância à previdência social. Nesse sentido, registros afirmam que, em 1923, o deputado paulista Eloy Chaves apresentou, na Câmara Federal, projeto de criação de Caixas de Aposentadoria e Pecúlio, as quais, através do Decreto Lei Nº 4.685 foram criadas, sendo a primeira destinada à categoria dos ferroviários.

Esse tipo de Caixa prestava aos seus beneficiários serviços médicos, sem uma fixação de percentual estipulada inicialmente, o que veio a ser feito em 1931 através do Decreto Nº 20.465/31, fixando em 8% o percentual a ser gasto com assistência médica, o qual logo em 1932 passou para 10% (dez por cento).

Naquela época, os serviços médicos tinham pouca importância para as instituições previdenciárias, sendo mais valorizadas por estas, as caixas de aposentadorias e pensões. Essas

caixas eram financiadas de forma “tripartes”, ou seja, com recursos assegurados dos empregados, da empresa empregadora e do próprio Estado.

No período de 1933 a 1938, as Caixas de Aposentadorias e Pecúlios (CAPS) foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), tendo sido a Caixa da categoria dos marítimos a primeira a ser transformada, passando a ser o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM), isso em 1933, enquanto que em 1934 foram as caixas dos comerciários e bancários, ficando aqueles como o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários (IAPC) e estes com o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB).

Continuando as transformações, em 1936 foi a vez do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI) e em 1938, o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Trabalhadores em Transportes de Cargas (IAPTEC).

Esses institutos tinham como principal objetivo garantir a seguridade social dos seus segurados, tanto no infortúnio de doenças e acidentes como na velhice, usando para identificação de segurado contribuinte ou dependente, a “carteira de segurado” que lhe garantia e dava prioridade de atendimento nos serviços de saúde.

Naquela época, ou melhor, no início da década de 30, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, em 1930, demonstrando caráter secundário dado à saúde na época.

A primeira Conferência Nacional de Saúde aconteceu na década de quarenta, mais precisamente em 1941, a qual foi convocada pelo Ministro de Educação e Saúde, Gustavo Campanema. Nessa década, outro acontecimento de destaque foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, em decorrência de um acordo feito entre o Governo do Brasil e o Governo dos Estados Unidos da América do Norte.

Esse Serviço, criado através do Decreto Lei Nº 4.275, de 17 de abril de 1942, começou sua implantação no Estado do Amazonas, por ter como objetivo principal o estudo da

“malária”, sua profilaxia e o desenvolvimento de um programa de educação sanitária. Para atingir esses objetivos, foram programados e construídos vários sistemas de abastecimento d’água, fossas para destinação adequada de dejetos, postos de saúde e até hospitais, além de terem sido preparados muitos profissionais em saúde pública, assim como acordos de cooperação técnico-científica com várias organizações da área da saúde e de áreas correlatas. A partir de 1945, esse Serviço, com os seus programas de saúde pública, passou a ser expandido para o Nordeste, Centro Oeste e Sul do país.

A II Conferência Nacional de Saúde veio acontecer 10 anos depois da primeira, ou seja, em 1950, no período de 30 de novembro a 02 de dezembro de 1950, convocada pelo Ministro Pedro Calmon, da Educação e Saúde do Brasil. Nessa Conferência, o que se deu de destaque foi a proposta de desvinculação da Saúde do Ministério da Educação, o que veio acontecer em 1953, como reivindicação feita por funcionários da saúde e participantes dessa II Conferência Nacional de Saúde.

Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNRU), objetivando cuidar de profilaxia e combate às endemias em todo território nacional, procurando, assim, dar um melhor perfil da saúde pública no Brasil.

Foi nessa década de cinquenta, que os “sanitaristas desenvolvimentistas” começaram a articular e a idealizar a descentralização dos serviços de saúde pública no Brasil, já falando em municipalização da saúde.

Na década seguinte, no governo de João Goulart (setembro de 1961 a abril de 1964), confirmando a força da idéia municipalista dos sanitaristas, o Ministro da Saúde Wilson Fadul apresentou, na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, uma proposta nesse sentido, a qual dizia:

“o núcleo do projeto era criar uma rede flexível que em nível municipal se adequasse à realidade do município e que fosse tornando mais complexa à medida que o próprio município se desenvolvesse”... (FADUL, 1978:74).

No entanto, a instauração do regime autoritário em 1964 impôs um corte brusco nesse ânimo municipalista, passando a ser desdobrado, desde então, um período que favoreceu experiências centralizadoras e privatistas. Passou a predominar “um modelo de saúde centrado, sob aspectos financeiros e operacionais, no governo federal, cujo arranjo institucional culminou com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS”. (HEIMANN, [et al], 2000).

Na década de setenta, continuando as medidas de intimidação das pretensões dos sanitaristas reformistas, o Ministério da Saúde foi substituído pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), isso no ano de 1973, e no ano de 1975, no mês de agosto, foi realizada a V Conferência Nacional de Saúde, a qual, seguindo normas do sistema centralizado na previdência social, limitando articulações entre instituições de saúde e correlatas, não teve a devida repercussão de âmbito nacional.

Nesse mesmo ano de 1975, em especial no eixo Rio/São Paulo, começaram a aparecer movimentos organizados entre profissionais de saúde e outras pessoas interessadas no assunto. Movimentos esses tendo como principais objetivos denunciar a existência de crise no sistema de saúde centralizado pela Previdência Social, como a existência de *más condições de saúde da população e da precariedade do exercício profissional*. (grifo nosso).

Mesmo realizados em caráter informal, esses movimentos tinham sua importância pelos seus desdobramentos, e são lembrados como grupos de convivência do pensamento progressista em saúde, os quais se reuniam esporadicamente no Rio de Janeiro e em São Paulo. Um era conhecido como Projeto Andrômedra e o outro como Grupo Novo Mundo, sendo este em homenagem ao nome do velho hotel da praia do Flamengo, onde se reuniam. Quanto a esses grupos, Márcio José de Almeida, um dos seus integrantes, relata que:

“Existia uma articulação, em 1975, por aí. Isto não está registrado em canto nenhum. Reunimo-nos em hotéis, geralmente. O nome Andrômedra não sei bem de onde veio. Era um articulação meio clandestina, mas não tinha só pessoas do PCB. Eu participava

como Secretário Municipal de Saúde. Estavam sempre lá o (Sergio) Arouca, Nelsão (Nelson Rodrigues dos Santos), Hércio (Cordeiro), Gentile (Carlos Gentile de Melo) e outras pessoas. Carlyle (Guerra de Macedo) da OPAS foi algumas vezes. A preocupação era discutir e articular atuações, cada qual no seu campo. Numa dessas reuniões houve uma articulação, via Arouca e Nelsão, entre Tomasini (Niterói), Sebastião (Campinas) e eu, para organizarmos uma reunião de secretários municipais de saúde...” (GOULART,1996)

Em 1976, o Governo Federal criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e implantou, junto ao Ministério da Previdência e Assistência Social, as autarquias: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto da Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Assim, reforçando cada vez mais o modelo centralizado na previdência social.

Nesse meio de década, foi observado que o “desenvolvimento de ações e serviços organizados em âmbito local permaneceu praticamente restrito às experiências dos programas comunitários de saúde” (Paim,1998), sendo estes inspirados no modelo da Medicina Comunitária dos Estados Unidos, que consistia na “implantação de serviços básicos de saúde para populações pobres das periferias urbanas, geralmente negros, ou residentes de áreas sem acesso aos serviços de saúde” (Paim,1998:b). O que não vinha resolvendo, a contento, o quanto se esperava.

Com isso, os protestos continuavam a aumentar e iam se juntando a denúncias outras, tais como:

“deterioração da rede de equipamentos do setor público; a não adequação desta rede aos diferentes problemas de saúde da população e o não atendimento das necessidades nas diferentes regiões do país, entre outras deformidades do modelo, que deste modo, estava longe de corresponder às necessidades de acesso, quantidade e qualidade dos serviços” (Draib [et al], 1990).

Essa forma de pressão fez com que o governo, para amenizar os impactos, criasse em 1976, o Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde (PIASS), com as finalidades de proporcionar estruturas básicas de saúde para comunidades de pequeno porte populacional. No entanto, esse programa, não surtindo os efeitos esperados, demorou pouco tempo em atividade.

Ainda em 1976, surgem outros meios de protestos com informações mais qualificadas, como a publicação da revista Saúde em Debate e a fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBS), destinado a publicações em defesa das idéias sanitaristas.

Nesse ano também, aconteceu a VI Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, ainda com pouca repercussão no campo da saúde no país. No entanto, a realização do I Congresso Paulista de Saúde Pública teve maior repercussão no meio da saúde que essa conferência, principalmente pelas críticas feitas aos desmandos do sistema de saúde implantado no país.

Em 1977, com a instituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), houve a separação da parte de benefícios, ficando com o INPS, e o da assistência médica com o INAMPS, demonstrando o reconhecimento, de fato, da importância que a assistência médica previdenciária passou a assumir, tanto pelo volume de recursos a ela destinados, como por se tornar instrumento de barganha política a proporcionar negociações.

Continuando os movimentos progressistas da saúde, passam a surgir encontros em âmbito municipal, como o que aconteceu informalmente na cidade de Campinas, São Paulo, tendo como Secretário Municipal de Saúde o médico sanitaria Nelson Rodrigues dos Santos e onde foi aprovado um documento chamado “Memorial”, contendo, entre outros assuntos, as preocupações e discussões com a Atenção Primária à Saúde, o Financiamento e as Políticas de Saúde.

Nesse mesmo ano, 1978, foi realizado em Teresina, Piauí, um destes encontros, o qual foi formalmente programado para participação de Secretários Municipais de Saúde de Capitais, intitulado *Encontro de Secretários Municipais de Saúde das Capitais do Nordeste*.

Foi bem-sucedido na sua realização, pois, dos 09 Estados do Nordeste, 08 se fizeram presentes através dos Secretários de Saúde de suas respectivas capitais. Entre as capitais mais próximas, como Fortaleza e São Luiz, vieram delegações bem representativas, enquanto a sociedade local prestigiou bem o evento, especialmente na solenidade de abertura, superlotando o Centro de Convenções de Teresina.

Esse Encontro, ao ser convocado e programado oficialmente, passou a ser considerado o pioneiro nessa categoria de eventos no país.

Assim, os Encontros de Teresina (formal) e o de Campinas (informal) representam o ponto de partida do Movimento Municipalista da Saúde no Brasil, de forma a despertar a organização formalizada entre as entidades representativas e a estimular a realização de novos eventos, como veio acontecer em Niterói (1979), em Belo Horizonte (1981), em São José dos Campos (1982) seguidos de outros.

Ao se originarem no bojo de uma extrema crise, de natureza política, institucional, financeira e ideológica, “estes Encontros serviram e se fortaleceram ao focalizarem e formularem denúncias contra o autoritarismo e a crise da saúde, vivida na época, como também para a formulação de propostas para superação do que denunciavam”.(Goulart, 1996:17)

Nessa mesma época, 1978, em outros países, estudos, pesquisas, inovações e reformas na área da saúde, sempre vinham acontecendo, e, como decorrência de um vasto movimento mundial estabelecido em anos anteriores, realizou-se na cidade de Alma Ata, na Rússia,(à época), uma importante Conferência Internacional de Saúde, onde foi difundido o ideário da

Atenção Primária de Saúde, trazendo importantes subsídios para a Atenção Básica da Saúde em desenvolvimento no Brasil.

Mesmo o Brasil não tendo participado oficialmente dessa Conferência, foi grande a difusão alcançada pela proposta da Atenção Primária da Saúde, a qual foi levada ao conhecimento dos municípios através de universitários da área da saúde, e sendo considerada uma proposta estratégica para atuação nos municípios, teve grande impacto nos Encontros de Secretários Municipais de Saúde realizados em Niterói e em São José dos Campos, ocorridos logo após de sua divulgação no Brasil.

Esses e outros acontecimentos ocorridos no final da década de setenta fizeram completar-se a “*etapa pioneira e heróica do movimento*”,(grifo nosso) pois a partir da década seguinte surgiram modificações substantivas em seu caráter propositivo e de protestos. O Movimento Municipalista passou a ter seu campo temático ampliado, incluindo elementos de uma pauta mais extensa, como unificação de um sistema público, ampliação do conceito de saúde e mudanças nas formas de financiamento.

Por outro lado, os seus “intelectuais orgânicos” também se modificaram, fazendo o movimento receber, além dos egressos da academia e de grupamentos político-ideológicos específicos, integrantes de entidades associativas da área da saúde e mesmo da área social.

Na década de oitenta, logo em março de 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Ministro da Saúde, o piauiense Waldir Mendes Arcoverde. Nessa Conferência foi apresentado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o PREV-SAÚDE, articulado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social.

O Prev-Saúde tinha como objetivos a participação da comunidade, a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde e a integração das ações preventivas e curativas de saúde. Tinha possibilidades de boa aceitação entre as instituições e entidades e de bons

proveitos à comunidade carente em especial. No entanto, em virtude da resistência do setor privado e da burocracia do Inamps, esse Programa, mesmo tendo sido divulgado no país, inclusive em Teresina, não chegou a ser efetivado.

Em 1981, foi criado o Conselho Nacional de Administração em Saúde Pública (CONASP), tendo, como principal fundamento, a regionalização e mobilização dos serviços de saúde, e como objetivos: a expansão da rede ambulatorial racionalizada, o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS) e a compra de serviços do setor privado.

Em 1982, o Governo Federal, certamente sentindo a pressão das críticas sobre o “sistema”, fez algumas mudanças na área da saúde. Entre elas, mudou a forma de pagamento de serviços prestados pelo setor privado na área da saúde, sendo introduzida, junto aos hospitais, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e, para os serviços ambulatoriais, a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Como também, passou a celebrar convênios com os Estados e Municípios, repassando recursos.

Entre os componentes dos movimentos sanitaristas, municipalistas e de entidades que batalhavam pela libertação da saúde pública do sistema autoritário, se destaca um grande crítico e articulador da causa, o médico sanitarista e político Sergio Arouca, o qual, resgatando a memória do período autoritário no Brasil, fez um depoimento com importantes revelações nesse sentido, durante a realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano 2000, dizendo em um dos trechos:

“Durante a ditadura militar, o Movimento Sanitário Brasileiro, formado por pessoas ligadas ao CEBS e à ABRASCO, formalizou o documento “Saúde e Democracia”, apresentado no Simpósio sobre Saúde da Câmara dos Deputados. Debaixo do autoritarismo, da opressão, da violência que atentava contra os princípios da vida humana, apresentamos um documento onde a saúde não era vista como simples assistência médica. Ali começamos a luta pelo valor da liberdade. Foi o primeiro marco que não podemos esquecer. O movimento sanitário brasileiro não nasceu de um simples processo gerencial, tecnocrático ou burocrático. Nasceu marcado pela defesa de valores, assumindo a luta pela democracia.” (Brasil, Fiocruz,2000).

Esse Simpósio a que Sergio Arouca se refere em seu depoimento acima, foi o V Simpósio de Política Nacional de Saúde, realizado em 1984, tendo sido organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e tido grande participação de técnicos, políticos e outras pessoas da sociedade local.

Nesse evento, também foi apresentado o documento A Questão da Saúde no Brasil e Diretrizes de um Programa para um Governo Democrático, elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde dos Estados (CONASS), além do documento A Questão Democrática na Área da Saúde, preparado pelo Centro de Estudos Brasileiro sobre Saúde (CEBS), que Arouca chamou de “Saúde e Democracia”.

Esses documentos bem analíticos e bem propositivos foram amplamente divulgados e transformados em peças fundamentais para a reconstrução democrática na área da saúde e na organização do Plano de Governo do Presidente Tancredo Neves. Suas teses, quase todas, foram incorporadas ao Relatório Final desse Simpósio, destacando-se as seguintes:

01 – Um Sistema Unificado Federativo e Democrático para a Saúde, tendo como características a Descentralização, a Integralidade, a Participação Social, o Controle do Privado mediante contrato de concessão e a definição precisa de atribuições entre as três esferas de governo;

02 – Ênfase no papel do Poder Legislativo na construção e fiscalização do referido Sistema;

03 – Política adequada de Recursos Humanos;

04 – Vedação da área da saúde ao capital estrangeiro;

05 – Equiparação entre os cidadãos rurais e urbanos perante o Sistema;

06 – Novas bases de financiamento;

07 – Oposição a políticas de controle da natalidade;

08 – Proposição de medidas emergenciais, inclusive a expansão das Ações Integradas de Saúde. (Fonte:HEIMANN...[et al], 2000)

No final do ano de 1984, em dezembro, na cidade de Araxá, Minas Gerais, foi realizado o I Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, onde foi elaborada e aprovada a Carta de Araxá, com uma temática voltada para as questões do momento, ou seja, os avanços das Ações Integradas de Saúde (AIS) e o apoio às teses aprovadas no Simpósio de Política Nacional de Saúde, referido acima.

As Ações Integradas de Saúde, embora propostas pelo Conselho de Administração da Saúde Previdenciária, em 1982, tiveram o mérito de abrir para Estados e Municípios a possibilidade de se transformarem também em “atores da política nacional de saúde”, conforme esclarece Flávio Goulart, Secretário de Saúde que participou intensamente dos momentos de expansão das propostas de saúde nos municípios, nessa época.

“As AIS foram mais do que a abertura possível. Foram um espaço em que nós, secretários municipais de saúde, entramos como convidados a princípio, mas logo percebemos que era um foco de luta e de conquista. A gente então se telefonava para perguntar como é que eram feitas as faturas, se o pagamento já havia saído, se podíamos cobrar o INAMPS, isto ou aquilo. Fomos constituindo uma rede de contatos que, até então, não existia. Se não fosse as AIS, o movimento de secretários municipais de saúde não teria deslanchado, nem em Minas Gerais, nem no resto do País.” (GOULART, 1995,b)

Com esse espaço proporcionado aos Secretários de Saúde através das discussões sobre as AIS, o movimento municipalista de saúde foi reforçado, sendo dado melhores condições de resistências ao centralismo dos governos estaduais e do INAMPS. Como também, possibilidades de conquistar novos aliados internos e externos à área da saúde, tanto para garantir o devido avanço das AIS, como a preparação para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que aspiravam realizá-la fora do modelo centralista do governo federal.

Continuando a realização de eventos municipais, em 1985, foi realizado, na cidade de Montes Claros, o III Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde junto ao IV Encontro Municipal do Setor Saúde, onde houve importantes discussões sobre mudanças no sistema e no modelo de saúde impostos. Foram propostas tantas mudanças que, no final desses eventos, foi aprovada a Carta de Montes Claros, “adequadamente apelidada *de MUDA SAÚDE*”.

Entre as mudanças, divulgadas como diretrizes, analisavam que, na história recente do país, o crescimento econômico não podia por si só ser considerado suficiente para garantir a solução dos problemas sociais que afetavam a maioria da população brasileira, sendo recomendado que as políticas sociais e econômicas deveriam estabelecer relações diferentes sem considerar o desenvolvimento social como “mero reflexo de retomada do crescimento econômico” (CARTA DE MONTES CLAROS, 1985)

Seguindo a linha mudancista, uma das diretrizes dessa Carta defende que a “política de saúde deverá estar orientada pelo princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, devendo através desse princípio, ser objetivado o alcance pela população, da universalização do acesso às ações e aos serviços de saúde. Com isso, fazendo o setor público ser o responsável pelo cumprimento desse objetivo e o setor privado podendo ter uma atuação complementar.

Também é recomendada nessa Carta, a reformulação no setor saúde em âmbito do Ministério da Saúde, sendo transferido para esse Ministério, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), a Central de Medicamentos (CEME), o setor de saúde ocupacional, o saneamento básico, com o repasse dos recursos financeiros correspondentes a estes. E acrescentando que a transferência do INAMPS “deverá vir acompanhada de modificações em sua estrutura, que eliminem as práticas distorcidas de clientelismo e de fraudes,” (CARTA DE MONTES CLAROS, 1985)

A municipalização da saúde foi discutida em um eixo temático, no III Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em Montes Claros, onde se deliberou dar prioridade para a rede própria municipal de Unidades de Atenção Primária à Saúde. Entendeu-se esse tipo de Atenção Primária como um “elenco de atividades exercidas por profissionais não especializados, treinados em técnicas de manejo simples, sólido embasamento técnico-científico e custos compatíveis com grande cobertura populacional” (CARTA DE MONTES CLAROS, 1985), tendo como principais objetivos promover e proteger a saúde, através de educação para a saúde, vacinação, saneamento e prestação de primeiros socorros, e também, a prestação de atendimentos de urgência para casos simples e encaminhamentos dos mais complexos para hospitais.

Dentro desse eixo temático, foi questionada também uma nova definição de responsabilidade nas três esferas de governo, quanto aos níveis de complexidade dos serviços de saúde e quanto ao financiamento destes e seus controles. Em relação aos recursos humanos incluídos nessa discussão temática, ficou decidido como prioridade, além da capacitação técnica-científica em saúde, a “competência em programação, supervisão, avaliação, administração e gestão, assim como implantação de um plano de cargos e salários”.(CARTA DE MONTES CLAROS, 1985)

Constata-se assim que parte dos assuntos ainda hoje discutidos nos eventos de interesse da saúde pública, foi idealizado e questionados no período antes da criação do SUS, quando se verifica que a política nacional de saúde começou a se estruturar melhor, com o amadurecimento das bases de uma política de saúde pública destinada a integrar um sistema democratizado, conforme apregoado e defendido nas propostas desses eventos realizados.

Com essas atividades participativas e influências mudancistas, surge o interesse entre os Secretários de Saúde dos municípios em se organizarem em entidades representativas dos municípios na área da saúde. Isso devido já haver, em alguns estados, nessa época, o

surgimento de tipos de congregações entre Secretários de Saúde formando associações, conselhos ou outro tipo semelhante.

Nessas entidades, nos encontros e em outras oportunidades foi amadurecendo a idéia de organização e criação de um organismo nacional de representação da categoria de Secretários Municipais, o que veio acontecer em 1987 com o nome de Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

Nessa época, morre Tancredo Neves antes de assumir o Governo. No entanto, mesmo com a frustração de sua morte e com a “pactuação das elites que se mostraram como verdadeiro pano de fundo da Nova República” (Goulart, 1996,c), o movimento sanitarista colheu algumas vitórias, como a indicação de alguns de seus membros para cargos de destaque no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) , no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e no Ministério da Saúde, como também o compromisso do novo Governo em convocar a VIII Conferência Nacional de Saúde.

A convocação dessa Conferência era de grande expectativa na área da saúde, despertando e renovando as esperanças de muitos dos que vinham lutando por mudanças na saúde desde a década anterior, entre estes, os sanitaristas, os movimentos de profissionais, o movimento municipalista e o movimento de usuários que também já se avolumava e se alvoroçava em defesa das esperadas mudanças.

Assim então, em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, no período de 17 a 21 de março, convocada pelo Ministro da Saúde Dr. Carlos Correia de Meneses Sant’Ana. Foi realizada no Ginásio Esportivo de Brasília com uma participação histórica de mais de 5.000 inscritos, entre estes, mais de 150 Secretários Municipais de Saúde ou representantes, que participaram ativamente de muitas atividades que lhes foram possíveis.

Em seu livro “Municipalização: Veredas – Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil”, Flávio de Andrade Goulart (1996), um dos participantes desse evento,

relata que, já no terceiro dia, foi programada paralelamente e realizada uma reunião entre os Secretários Municipais de Saúde presentes, coordenada pelo Secretário Municipal de Saúde de Campinas, São Paulo, Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, este um dos baluartes e pioneiros na defesa do sanitarismo reformista brasileiro.

Foi elaborado um documento dessa reunião, destinado a ser incluído no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, conforme prometido pelos organizadores, o que, não tendo sido cumprido, motivou ao coordenador da reunião registrar um comentário crítico e realista sobre a situação da época, conforme é incluído no livro de Goulart:

“Quero também comentar as condutas de alguns companheiros de luta pelas liberdades democráticas e pela Reforma Sanitária. Há uma cultura política e institucional plasmada nos dirigentes de saúde, apesar das propostas mudancistas.(...) A experiência heroicamente acumulada pelos municípios desde a década de 70 foi alvo de resistência por parte de alguns organizadores da VIII Conferência, que não abriram para a mesma um espaço coerente, à altura do que já representava o movimento municipalista de à época. (...) Os secretários municipais de saúde não tiveram espaço para participar enquanto movimento e o próprio temário não concedeu espaço para a questão municipal. A reunião de SMS teve que ocorrer nas escadarias, em paralelo aos trabalhos dos grupos. Aprovamos um documento com 84 assinaturas, uma contribuição ao Relatório Final da VIII. Tentamos fazer este documento compor o Relatório Final e a Comissão Relatora o recusou, com a promessa de publicação à parte, o que terminou não ocorrendo”. (GOULART, 1996).

Com o que foi aprovado de importância reformadora, essa Conferência passou a ser o marco preparatório principal para as reformas sanitárias esperadas, pois o momento era oportuno e a ansiedade do povo por mudanças foi muito bem demonstrada com a ampla participação nesse evento. Após intensas discussões sobre a situação da saúde no país, foi apresentado e aprovado o Relatório Final, de onde muitas recomendações passaram a constituir o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, entre as principais temos:

01 – Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS;

02 – Elaboração das bases para formulação da Lei Orgânica da Saúde;

03 – Inversão do Modelo Assistencial da Saúde, conforme propõe a Reforma Sanitarista Brasileira;

04 – O pagamento dos serviços de saúde pela forma de controle através das AIHs;

05 – A institucionalização e integração programática das Ações Integradas da Saúde com o setor público estadual e municipal, através de celebração contratual por termo de adesão.(Fonte: HEIMANN...[et al],2000)

Quanto à realização da VIII Conferência Nacional, onde foi discutido o valor da participação da população, o valor do controle social, o valor da democracia direta e a luta pela democratização do País, o Presidente dessa Conferência, Sergio Arouca, ao falar do reforço das bases a essa democratização, diz:

“o desafio era fazer com que as associações de moradores, sindicatos, igrejas, clubes de serviços, participassem de uma reforma democrática do Estado brasileiro, de perfil centralizado e autoritário. A oitava conferência rompe com este Estado e promove reuniões desde os municípios, que se consolidam nos estados, com ampla participação da população, que elege delegados à conferência nacional, clamando por uma reforma democrática do Estado”. (Anais da VIII CNS, 1987).

A VIII Conferência Nacional de Saúde teve, como desdobramento imediato, a formação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) criada em agosto de 1986, através de Portaria Interministerial do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Educação e Cultura.

Em 1987, no dia 20 de julho, o Presidente da República, José Sarney, assinou o Decreto de Nº 94.657/87, criando o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), o qual estabelece em seu Artigo primeiro:

“Fica criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde dos Estado (SUDS), com o objetivo de contribuir para a consolidação e desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde (AIS) e que será implantado e executado observado as diretrizes aprovadas pelo Presidente da República na Exposição de Motivos nº 31 de 10 de julho de 1987.” (BRASIL,M.S,1987)

A instituição deste tipo de “Sistema,” mesmo que não tenha acatado todas as proposições da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, possibilitou grandes avanços nas aspirações dos sanitaristas e municipalistas, em especial a utilização das “AIS” como subsídios para outras conquistas importantes na área da municipalização.

Nesse mesmo ano, teve início, em Brasília, a instalação da Assembléia Nacional Constituinte, em que os trabalhos de elaboração da Nova Carta Constituinte do Brasil passaram a ser discutidos no Congresso Nacional, inclusive as propostas da Reforma Sanitária Brasileira.

A instalação do Congresso Nacional Constituinte aumentou os interesses e as discussões pelas melhorias na área da saúde, fazendo com que fossem formalizados conselhos e associações de Secretários Municipais de Saúde em vários Estados, realizados eventos regionais e nacionais, promovidos por instituições como a ABRASCO, CEBES, SBPC, OPAS, e muitas outras entidades, tendo como temas principais a Reforma Sanitária, a Municipalização da Saúde e o Sistema de Saúde Pública em discussão na Constituinte.

Ainda nesse ano de 1987, em março, aconteceu na cidade de Londrina o IV Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde e o V Encontro Municipal do Setor Saúde, onde, na ocasião, além de discussões de aprofundamentos dos temas da Reforma Sanitarista e elaboração da Carta de Londrina, houve a oficialização da criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, conforme referido anteriormente.

No entanto, apenas em abril de 1988, no V Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde e VI Encontro Municipal do Setor Saúde, em Olinda, Pernambuco, foi que aconteceu a eleição oficial da primeira Diretoria desse Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

A partir de então, começam a se tornar frequentes as convocações desse Conselho para participar de reuniões junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência

Social, geralmente versando sobre temas referentes à Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. Em algumas dessas reuniões, havendo “mobilização pela votação de um relatório de saúde para a Constituição”, foram colocados em estado de alerta não só os dirigentes do Conasems, mas os Secretários Municipais de Saúde de todo o país, para que esse relatório fosse adequado às diretrizes filosóficas do movimento municipalista, estas já discutidas por mais de uma década..

Em defesa dessa posição, fizeram pressão social sobre os constituintes, seja através de Plenárias de Saúde, seja no corpo-a-corpo nos gabinetes do Congresso, até chegar a realização da Constituinte, e durante esta até a votação final sobre o Sistema de Saúde.

Finalmente, em 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal do Brasil, onde, no título VIII – da Ordem Social, na Seção II – da Saúde, encontra-se oficializado constitucionalmente o Sistema Único de Saúde – S.U.S – conforme consta da redação do Artigo 198:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais

III – participação da comunidade.” (FONTE: C.F, 1988) (Grifo nosso).

Parágrafo único: O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.” (Fonte: CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988:133)

O texto constitucional consagrou, assim, a saúde como produto social e estabeleceu as bases legais dos estados e municípios como responsáveis pela elaboração das políticas de saúde.

No ano seguinte à promulgação da Constituição e criação do S.U.S, a tônica do movimento municipalista foi a legislação orgânica do Sistema, que culminou em 1990 com a elaboração, aprovação e promulgação da Lei Orgânica da Saúde de Nº 8.080, no dia 19 de setembro de 1990, dispondo sobre as “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o financiamento dos serviços correspondentes”. (LOS 8080/90)

Nesse mesmo ano, foi discutida e observada a falta de legislação referente às formas de financiamento e a participação da comunidade. Então, foi discutida, elaborada, aprovada e sancionada pelo Presidente da República no dia 28 de dezembro de 1990, a Lei Nº 8.142, dispondo sobre “a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros da área da saúde.” (LOS, 8.142/90).

Por outro lado, ao ser observado o rigorismo comportamental do Presidente da República, Fernando Collor, ao vetar 9 artigos e vários parágrafos de outros artigos da Lei 8.080, foi verificado também que nos anos de 1991 e 1992,

“supostamente aqueles em que o S.U.S deveria definitivamente ‘deslanchar’, não corresponderam ao esperado, dado ao caráter centralizador e antiunificador imprimido pelo Governo Collor ao processo, mercê das fortes pressões que setores privatistas mantiveram junto ao governo e, particularmente, através da atuação da ‘tropa de choque’ no Congresso Nacional.” (GOULART, 1996)

Nessa mesma ocasião, 1992, aconteceu a IX Conferência Nacional de Saúde, adiada por mais de uma vez em virtude da crise desencadeada no Governo Collor, o qual era pressionado a evitar sua realização. Com isso, o CONASEMS assumiu de fato e de direito a Coordenação Geral da Comissão Executiva da Conferência, enquanto nos estados e

municípios, os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), organismos similares e os próprios Secretários Municipais de Saúde, onde não havia COSEMS, se responsabilizaram por grande parte do extenso movimento preparatório que antecedeu a realização desse evento.

Demonstrado que o Presidente da República se encontrava reticente à realização da IX Conferência Nacional de Saúde, o próprio Ministério da Saúde concordou que o Presidente do CONASEMS, José Eri Medeiros, fosse o Coordenador Executivo da Conferência. Assim, superando esse e outros obstáculos de ordem político-administrativa, a Conferência foi realizada no período de 09 a 14 de agosto de 1992, na Universidade de Brasília, tendo como Tema Central: *“S.U.S: a municipalização é o caminho.”* (Grifo nosso).

No Piauí, a própria Secretaria Estadual de Saúde assumiu as realizações da Etapa Municipal e Etapa Estadual dessa Conferência Nacional, e garantiu também a ida da Delegação de Saúde do Piauí a Brasília e participação na IX Conferência Nacional de Saúde.

Na época, não havia ainda o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) no Estado, mas a Fundação Municipal de Saúde de Teresina, correspondendo à Secretaria Municipal de Saúde, deu todo apoio logístico e outras formas de contribuições na realização da Conferência Estadual, juntamente com sindicalistas e professores da Universidade Federal do Piauí.

Partindo do Tema Central afirmando que “municipalização é o caminho”, a IX Conferência Nacional de Saúde trouxe muitos subsídios de estímulos para as aspirações municipalistas. Como, por exemplo, entre as propostas “mudancistas” referidas na Carta de Montes Claros, foram reforçados os propósitos de unificação do Ministério da Saúde com aprovação da extinção de órgãos de administrações paralelas, como o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e a Fundação Nacional de Saúde (FNS), os quais passariam os acervos e recursos para o Ministério da Saúde.

Propostas estas concretizadas quase de imediato em relação ao INAMPS, mas quanto à Fundação de Saúde se estendeu por muitos anos e ainda não se encontra extinta por completo, mas unificada ao Ministério da Saúde.

Por essa ocasião, surgiu um outro importante apoio ao movimento municipalista. Foi o apoio da Frente Nacional de Prefeitos, com a qual os Secretários de Saúde e outras autoridades municipalistas passaram a ter bom relacionamento e a reforçarem seu peso político, já que essa Frente tinha muito prestígio nos meios executivos, em especial, devido à origem de seus membros, prefeitos de capitais, e por contar com lideranças importantes e respeitadas nacionalmente, isso articulado em uma perspectiva suprapartidária..

Após a substituição de Collor de Melo na Presidência da República por Itamar Franco, assumiu o Ministério da Saúde, Jamil Haddad, o qual muito afeito aos propósitos “inampsianos” ainda, fez ocorrer transformações radicais em relação à participação do movimento municipalista de saúde.

Uma das mais graves foi quanto às distorções dirigidas ao processo de elaboração da “Norma Operacional Básica do SUS” de 1993, em que o Ministério da Saúde constituiu, desde o final de 1992, um Grupo Técnico com representantes de seu próprio quadro e com pessoas indicadas informalmente pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) para a realização desse documento, fazendo assim contrariar os membros oficiais desses Conselhos e aos princípios democráticos estabelecidos.

Então, foi criado, simultaneamente, por esses Conselhos dos Secretários, o Grupo Especial de Desenvolvimento (GED), destinado à condução da política de desenvolvimento municipalista, tendo uma composição formalizada oficialmente com representantes do CONAS, do CONASEMS e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cujo Grupo passou a estabelecer uma outra ordem de negociação no impasse criado pelo Ministério da Saúde

Os representantes do “GED” tiveram papel importante na condução da elaboração da proposta de descentralização da gestão da saúde nos municípios junto ao Ministério da Saúde, protestando fortemente quanto a isso, e elaborando, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, o documento “*Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*”(Grifo nosso), o qual pressionou ao Ministério da Saúde a elaborar e editar a Norma Operacional Básica do SUS 01 /93, dentro dos critérios normais e dos princípios democráticos, o que veio acontecer logo após a publicação desse documento de protesto pelo Conselho Nacional de Saúde.

Com a publicação da NOB SUS 01/93 no Diário Oficial da União, em maio de 1993, foram abertas as portas para a efetiva implantação do SUS no país.

O novo Sistema de Saúde passou a melhor ser desenvolvido e aplicado na prática, mas com fortes resistências ainda, pois, além da falta de instrumentos administrativos e jurídicos, percebeu-se que “grande parte das forças oponentes às diretrizes do SUS permaneciam encasteladas em diversos setores do Governo”,(Goulart,1996,e) como no Ministério da Fazenda, no Ministério da Previdência Social, na Secretaria de Planejamento e até no Legislativo.

No combate a essas forças oponentes, o movimento municipalista procurou desencadear algumas formas de lutas politizadoras através da organização dos chamados “dias de luta pela saúde” e do jornal do “Conasems”, o qual foi transformado em uma verdadeira “tribuna” de luta a favor da saúde e das demais questões sociais de uma forma geral.

Os municipalistas também tiveram que pleitear, dentro de instituições governamentais, importantes reivindicações, sendo na Previdência Social, a retomada da transferência financeira à saúde; no Ministério da Fazenda, a manutenção das transferências firmadas em acordos, com termos de valores e prazos, e no Supremo Tribunal Federal, as liberações dos depósitos bloqueados, referentes ao Finsocial e ao Cofins.

Com a implantação do Plano Real e do Fundo Especial de Emergência no país, a saúde fica mais uma vez à mercê de decisões de setores do governo, como no Ministério da Fazenda, onde a “defesa da equidade e da gratuidade do Sistema era encarado com reticências”.(HEIMANN...[et al], 2000), o que continua até hoje, sendo extensivo à Emenda Constitucional 29, que conseguiu a vinculação de recursos próprios para a saúde, mas vem sendo tratada com resistências por uns e restrições por outros. Essa Emenda, mesmo aprovada como autoaplicável, os “lobistas contratados” arranjaram meios de ela ser regulamentada e talvez seja com alterações comprometedoras em relação à versão original.

Essa trajetória de lutas e conquistas certamente continuará enquanto o S.U.S se constituir um processo em construção.

I.3 MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Na trajetória de lutas, sabe-se que, antes da criação do S.U.S, o modelo de saúde no Brasil se caracterizava pela predominância do atendimento de caráter curativo. O maior investimento de recursos, naqueles tempos, era destinado à construção e manutenção de hospitais. O Brasil chegou a gastar até 80% dos recursos destinados à saúde na área hospitalar. Quando se pensava em saúde, lembrava-se de um hospital. Por isto, o modelo de assistência em saúde passou a ser chamado de “hospitalocêntrico”.

Com essa cultura centralizadora, normalmente o profissional de saúde mais importante era o médico, e então, a organização dos serviços de saúde, necessariamente, passava pela área hospitalar, onde, além dos leitos hospitalares, se instalavam os ambulatórios e o pouco do que existia na área das ações preventivas. Assim, por anos, por décadas, os primeiros investimentos feitos nos municípios na área da saúde foram com a contratação de médicos

para atendimentos à população, enquanto os outros profissionais contratados se destinavam apenas a dar suporte aos médicos.

Não se demonstrava na prática que saúde é diferente de doença, e as próprias autoridades aceitavam assim, pois “os governos não executavam ações que favoreciam a qualidade de vida, nem entendiam como de suas responsabilidades realizarem ações e serviços para melhorar o lugar onde as pessoas viviam e trabalhavam.” (RESENDE, 1996)

Mesmo as escolas superiores formadoras dos profissionais para a área da saúde tinham essa mesma visão, e ainda hoje, em especial as de medicina. “Continua predominando o espírito de negócio e de mercado, em que o próprio financiamento público do setor saúde reforça essa prática.” (RESENDE,1996) Com isso, a atenção individual em detrimento de ações coletivas foi, e continua sendo, a característica principal desse tipo de modelo de assistência à saúde.

Justamente contra essas características foi que os sanitaristas reformistas e outros setores da sociedade se mobilizaram e construíram processos de discussões e proposições sobre a mudança do conceito de saúde e a estruturação de um novo sistema com um modelo de características diferentes das centradas no atendimento individual.

Na criação do Sistema Único de Saúde, a própria Constituição de 1988, em seu Artigo 196, muda o perfil conceitual da saúde, registrando:

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

Com esse perfil abrangente da função da saúde, o S.U.S passa a adotar o Modelo de Atenção Integral à Saúde, que objetiva garantir qualidade de vida digna às pessoas.

Nesse modelo, a integração é feita entre as ações da Atenção Básica e os procedimentos da Assistência à Saúde, sendo que as ações da Atenção Básica normalmente são prestadas de forma coletiva, através de programas básicos e outras atividades junto à coletividade, e os procedimentos de Assistência à Saúde são realizados de forma individual, em ambulatórios e leitos hospitalares, disponibilizados conforme o nível de complexidade de cada caso.

Adotando a prática sanitária de vigilância à saúde, esse novo modelo de Atenção Integral organiza os processos de trabalhos em saúde mediante ações intersetoriais, ligadas e articuladas por diferentes estratégias de intervenções na prática do cotidiano. Essas estratégias de intervenções da “vigilância da saúde” resultam da combinação de três grandes tipos de ações: *Promoção da Saúde; Prevenção das Enfermidades, Agravos e Acidentes e as Ações de Recuperação*. (grifo nosso).

Em conformidade com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), a **Promoção da Saúde** (grifo nosso) se constitui na soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidos a possibilitarem o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva.

A **Prevenção das Enfermidades, Agravos e Acidentes** (grifo nosso) destina-se a organizar estruturas que procuram antecipar-se aos eventos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles.

A **Recuperação** (grifo nosso) é destinada a proporcionar a cura ou cuidados de recuperação dos doentes para o restabelecimento da saúde ou prolongamento da vida, assim como para a reabilitação de seqüelas.

As ações de promoção e proteção de saúde passam então a proporcionar a prevenção ou redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes doenças diferenciais ou incapacidades. Estas ações, vistas em grupos, compreendem um elenco bastante vasto e diversificado de ações, de natureza eminentemente preventivas, que,

em seu conjunto, constituem o campo de aplicação precípua do que se pode chamar de SAÚDE PÚBLICA.

Entre conceitos de vários autores, selecionou-se o de Winslow, citado por Tarride (1998) que diz ser a Saúde Pública:

“a arte e a ciência de prevenir as doenças, prolongar a vida e melhorar a saúde e a eficiência mediante o esforço organizado da comunidade para o saneamento do meio, o controle das doenças transmissíveis, a educação dos indivíduos em higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo das doenças, e o desenvolvimento de um mecanismo social que certifique a cada pessoa um nível de vida adequado para a conservação da saúde, organizando estes benefícios de tal modo que cada cidadão se encontre em condições de gozar do seu direito natural à saúde e à longevidade.” (WINSLOW, / TARRIDE 1998).

E quanto aos grupos das ações de promoção e proteção da saúde, estas podem ser desenvolvidas por instituições públicas federais, estaduais e municipais, empresas, associações comunitárias e individuais.

No **campo da promoção**, (grifo nosso) são exemplos de ações: educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos, como os de cunho genético e sexual.

No **campo da proteção/prevenção**,(grifo nosso) são exemplos de ações: vigilância epidemiológica, vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos, entre outros.

Através da vigilância epidemiológica, são obtidas as informações para conhecer e acompanhar, a todo momento, o estado de saúde da comunidade e para desencadear, oportunamente, as medidas dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos à saúde.

A vigilância sanitária busca garantir a qualidade de serviços, meio ambiente de trabalho e produtos (alimentos, medicamentos, cosméticos, agrotóxicos e outros), mediante a

identificação, o controle ou a eliminação de fatores de risco à saúde, neles, eventualmente, presentes.

São exemplos de serviços sujeitos à vigilância sanitária: unidades de saúde, restaurantes, academias de ginástica, institutos de beleza, piscinas públicas etc. No meio ambiente, a vigilância sanitária preocupa-se, por exemplo, em assegurar condições ambientais satisfatórias (iluminação, temperatura, umidade, ventilação, nível sonoro), adequação ergométrica de máquinas, equipamentos e móveis e eliminação de substâncias e produtos que podem provocar doenças ocupacionais.

Em relação aos produtos, a vigilância sanitária não se limita apenas à fiscalização dos artigos já expostos ao consumo, mas efetua, com prioridade, a inspeção sanitária e técnica das respectivas linhas de fabricação, de modo a evitar a sua comercialização em condições insatisfatórias de segurança e qualidade ao consumo humano.

Todos esses grupos de ações geralmente têm o suporte de legislação específica, na qual são inseridas as normas e regulamentos de proteção à saúde, com vistas à sua observância por todos.

Enquanto que, no **campo da recuperação**,(grifo nosso) as ações envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a limitação ou deficiência e a reabilitação.

Essas ações são exercidas, fundamentalmente, pelos serviços públicos de saúde (ambulatoriais e hospitalares) e, de forma complementar, pelos serviços privados, contratados ou conveniados, que integram a rede do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal, particularmente nos dois últimos, onde deve estar concentrada a maior parte dessas atividades.

De todo modo, nesses serviços as ações típicas são: consultas médicas e odontológicas, a vacinação, o atendimento de enfermagem, exames diagnósticos e o tratamento, inclusive em regime de internação e em todos os níveis de complexidade.

A realização de todas essas ações para a população deve corresponder às suas necessidades básicas, e estas transparecem tanto pela procura aos serviços (demanda), como pelos estudos epidemiológicos e sociais de cada região (planejamento da produção de serviços).

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença. Por isso, os serviços de saúde, especialmente os de nível primário de assistência, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde, visto que tais serviços representam a porta de entrada do sistema de saúde, onde a população toma os seus primeiros contatos com a rede assistencial.

A condução do tratamento deve ser desde o início, com a preocupação de impedir o surgimento de eventuais deficiências simples ou incapacitantes decorrentes das diferentes doenças e danos. Ao surgir deficiência, o caso deve ser encaminhado para assistência de reabilitação

A reabilitação consiste na recuperação parcial ou total das deficiências no processo de doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e à sua atividade profissional, quando for o caso. Com essa finalidade, são utilizados não só os serviços de fisioterapia e terapia ocupacional, instalados em hospitais, como os serviços públicos e privados (conveniados) instalados fora dos hospitais ou mesmo comunitários. .

As ações de recuperação da saúde, na maior parte das vezes, podem ser planejadas, através de estudos epidemiológicos, definição de cobertura e concentração das ações ambulatoriais e hospitalares, aplicando-se parâmetros de atendimento.

No caso da atenção a grupos de risco, a previsão e planejamento dessas ações tornam-se imperiosas, e conjugadas às ações de promoção e proteção.

Constituem-se persistentes essas informações, para uma melhor análise de como os municípios foram instruídos por ocasião da divulgação e implantação do S.U.S no Estado com a realização do Ciclo de Seminários sobre o S.U.S, em 1991, e como se encontram acatando e executando essas orientações em benefício da população.

Tendo como base estas ações de saúde, o Modelo de Atenção Integral à Saúde consta de duas macroações, as Ações da Atenção Básica e as Ações da Assistência Ambulatorial e Hospitalar, as quais, na prática, se inter-relacionam.

São ações da Atenção Básica, os Programas Básicos de Saúde, os Indicadores de Saúde e os Sistemas de Informações da Saúde, e entre as ações da Assistência Ambulatorial/Hospitalar, tem-se a Assistência de Média Complexidade, a Assistência de Alta Complexidade e a Assistência Complementar à Saúde.

A Atenção Básica da Saúde, definida como “um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos à saúde, o tratamento e a reabilitação,” (BRASIL,MS,1999). Esse conjunto de ações teve sua base de origem na caracterização da Atenção Primária da Saúde, definida na Conferência Internacional de Alma Ata, na Rússia, à época, em 1978.

Nessa Conferência, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foram reiterados os princípios da meta “Saúde para Todos”, definida a Atenção Primária de Saúde e indicado os seus oito componentes mínimos, os quais são:

“01 – Educação para a saúde;

02 – Alimentação e Nutrição;

03 – Água potável e saneamento básico;

04 – Assistência materno-infantil, inclusive planejamento familiar;

- 05 – Imunizações;
- 06 – Combate às enfermidades endêmicas;
- 07 – Tratamento de enfermidades e traumatismos;
- 08 – Medicamentos essenciais” (Fonte:Macedo, 1997).

Por essas e outras recomendações incluídas na Declaração de Alma Ata, esta Conferência se tornou um “*marco maior no desenvolvimento da saúde mundial*” (MACEDO,1997, grifo do autor).

E por outro lado, foi observado que, após as avaliações realizadas no processo de Saúde Para Todos e Atenção Primária de Saúde, “as recomendações da Atenção Primária de Saúde tenham sido formuladas com a preocupação principal de atender as necessidades e realidades dos países pobres (em desenvolvimento), mas os países desenvolvidos foram talvez os que mais souberam beneficiar-se delas.” (MACEDO,1997).

Situação essa ainda em evidência pelos países mais desenvolvidos, no entanto o Brasil vem procurando reverter esse quadro com a implementação do S.U.S, dependendo das autoridades e seus comportamentos político-administrativos aceitarem e desenvolverem devidamente os benefícios de seus princípios junto às populações.

Discutindo sobre esse tema, Schaiber & Mendes Gonçalves (1996) disseram que:

“a imagem da atenção primária como uma assistência de baixo custo, simplificada e com poucos equipamentos é completamente inadequada. Na verdade, a maioria das situações assistenciais da atenção básica pode ser conceituada como ‘casos epidemiologicamente complexos’, complexidade que se transfere para o trabalho profissional mesmo que, enquanto situação clínica, seja uma patologia simples”. (SCHIBER & M.GONÇALVES, 1997)

Esses autores ressaltam que a atenção primária, ao ser um primeiro atendimento, servirá de porta de entrada para o sistema de assistência, mas ao mesmo tempo, constitui, no sistema,

um nível próprio de atendimento, resolvendo um elenco de necessidades que extrapolam a intervenção curativa individual, sendo estas, denominadas de necessidades básicas de saúde.

A prática da vigilância da saúde, como referenciado, implica o desenvolvimento de três grandes tipos de ações: a *promoção da saúde*, a *prevenção das enfermidades e acidentes* e a *atenção curativa e reabilitadora*. (grifo nosso). Pode-se observar que o âmbito de cada um dos três tipos de ação é diferenciado, em que, a atenção curativa concentra-se, relativamente, nos indivíduos; a prevenção, em indivíduos e grupos; e a promoção, em grupos e na sociedade em geral.

É nesse sentido que Mendes Gonçalves (1996), também destaca que a atenção primária à saúde,

“é o nível de menor densidade e maior complexidade tecnológica, porque se utiliza, por um lado, de poucos recursos, de baixo custo, no que se refere a equipamentos diagnósticos e terapêuticos, e incorpora, por outro, instrumentos tecnológicos advindos das ciências sociais (antropologia, sociologia e história) e humanas (economia, geografia, etc.) na compreensão do processo saúde-doença e na intervenção coletiva e individual, exigindo dos profissionais um amplo domínio de saberes e técnicas que permitem a apreensão de um determinado objeto de grande complexidade.” (M.GONÇALVES,1996).

A realidade formada ultimamente, nesta área primária da saúde, com a implantação da equipe de saúde da família, faz surgir a necessidade do médico generalista, o que vem trazendo uma série de problemas na equalização dessa realidade, tanto na falta de domínio de saberes e técnicas gerais, como na falta de sensibilidade humanitária no trato comunitário, entre a maioria dos profissionais médicos que se aventuram nessa nova atividade.

Como se sabe, grande parte dos médicos destinados a compor equipes de saúde da família geralmente são especialistas de uma das áreas de tratamento, então apresentam dificuldades de acatarem e atenderem regularmente as normas do Programa de Saúde da

Família, sem antes, estes profissionais fazerem uma espécie de “reciclagem” ou mesmo especialização nessa área.

No sentido de maiores esclarecimentos e orientações não apenas sobre a atuação do Programa Saúde da Família, mas de todos os outros programas e ações básicas a serem desenvolvidas nos municípios, foi lançado pelo Ministério da Saúde, em 1999, o “*Manual para a Organização da Atenção Básica*”, (grifo nosso) onde é orientado a conformação do nível de atenção e a organização da Atenção Básica, fundamentados nos princípios do SUS.

Nesse Manual se encontram elencadas as instruções para a operacionalização da Atenção Básica, como as responsabilidades na gestão e na atenção às pessoas, e também a execução das ações de Atenção Básica dirigidas a toda população e a grupos específicos da população, como crianças, gestantes, idosos, entre outros. Medidas essas que os municípios se comprometem a assumir, como requisito para pleitearem habilitação em uma das condições de gestão conforme a NOB-SUS 01/96.

As ações executadas, periodicamente, devem ser avaliadas, e os instrumentos utilizados a esse fim são os *Indicadores Básicos para a Saúde*, (grifo nosso) os quais devem ser feitos apoiados em dados válidos e confiáveis, já que esse tipo de informação é condição essencial para “a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde”. (BRASIL,MS,2002).

A busca de medidas do estado de saúde da população é uma antiga tradição em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência.

Os avanços obtidos no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de mortalidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade de atenção, condições de vida e fatores ambientais,

fazendo, então, os atuais indicadores desenvolvidos facilitarem a quantificação e a avaliação das informações produzidas nesta finalidade.

Essas medidas contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. “A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.” (BRASIL/MS,2002)

Os indicadores gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Pois um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidências sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde.

O conjunto de indicadores básicos para a saúde normalmente é elencado no instrumento de gestão Agenda de Saúde, conforme Portaria do Ministério da Saúde Nº 392, de 29 de março de 2001, que recomenda os indicadores selecionados para fazerem parte das Agendas tanto da União como dos Estados e municípios. Normalmente, a quantidade de indicadores selecionados é em torno de 45, podendo variar de um Estado para outro conforme a realidade justificada a esse fim.

A Agenda de Saúde do Estado do Piauí, em sua introdução, diz ser o instrumento fundamental para a formação da política de saúde no Estado, “incorporando os eixos nacionais para intervenção e explicitando as especificidades do Estado a serem consideradas como referências prioritárias no processo de planejamento em saúde.” (A. S -PI,2001).

Os eixos prioritários dessa Agenda são:

- 01 – Redução da Mortalidade Infantil e Materna;
- 02 – Controle de Doenças e Agravos Prioritários;
- 03 – Reorientação do Modelo Assistencial e Descentralização;
- 04 – Melhoria da Gestão, do Acesso e da Qualidade dos Serviços de Saúde;
- 05 – Desenvolvimento de Recursos Humanos do Setor Saúde e;
- 06 – Qualificação e Revitalização do Controle Social. (AS/PI, 2001)

Entre os indicadores de saúde que ficam nesses eixos, os mais evidentes a possibilitarem uma análise da realidade no Estado do Piauí estão nos três primeiros eixos, mas ainda não são bem confiáveis os dados prestados por estes, pois existem ainda, sistemas de informações de saúde deficientes em alguns municípios, principalmente os de pequeno porte populacional.

Acompanhando a tecnologia da informatização, a saúde tem adotado seus avanços como importantes aliados dentro da área de *Informação em Saúde*, (grifo nosso) como uma forma de agilização dos demais mecanismos de gestão. Isso principalmente estando o Ministério da Saúde desenvolvendo importantes sistemas nacionais de informatização com notáveis avanços na disseminação eletrônica de dados sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atendimentos hospitalares e ambulatoriais, atenção básica e orçamento público em saúde.

A disponibilização desses dados tem motivado bastante sua crescente utilização nas instituições de ensino de saúde pública, assim como informações adicionais também têm resultado de estudos amostrais sobre temas específicos de saúde.

Conforme tem sido observado, o IBGE, no plano intersetorial, vem aperfeiçoando os censos demográficos e ampliando a realização de estudos amostrais de base domiciliar, como visto nesse último censo, que forneceu informações consistentes, de âmbito nacional, sobre aspectos socioeconômicos e de saúde.

Atualmente, um dos sistemas de informação que é destacado por melhor condizer com realidade brasileira, em especial a nordestina, é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o qual é um “sistema de informação territorializado que coleta dados que possibilitam a construção de indicadores populacionais referentes às áreas de abrangência bem delimitadas.” (BRASIL,MS,2002)

Nesse sistema, os níveis de agregação são a microárea de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e a área de atuação das equipes de Saúde da Família, sendo que na microárea dos Agentes de Saúde residem de 150 a 250 famílias e na área de atuação das equipes de Saúde da Família, residem de 600 a 1.000 famílias.

O sistema possibilita, assim, a microlocalização de problemas de saúde, ou seja, a identificação de desigualdades nas condições de saúde da população através da espacialização das necessidades e respostas sociais.

Os indicadores sociais e demográficos são provenientes do cadastramento das famílias acompanhadas, sendo este cadastramento realizado na implantação das ações de Saúde da Família, incluindo dados sobre o número de indivíduos na família, por sexo, idade, ocupação, escolaridade, condições de moradia, saneamento e morbidade referida. Os indicadores de morbidade, mortalidade e de serviços são provenientes do acompanhamento mensal das famílias pelos Agentes Comunitários e demais profissionais das equipes de Saúde da Família.

O acompanhamento mensal de grupos de risco é feito por visitas mensais dos agentes às famílias e inclui informações referentes aos grupos de menores de 2 anos (situação vacinal, estado nutricional, prevalência de alguns agravos e mortalidade infantil), gestantes (atenção pré-natal e detecção de fatores de risco para morbi-mortalidade materno-infantil) e mais, hipertensão, diabéticos, portadores de tuberculose e portadores de hanseníase.

Todos os óbitos ocorridos na população são registrados. E na informatização dos dados, além do total dos óbitos, são consolidados os óbitos de menores de 1 ano (subdivididos por

dias – menores de 28 dias e de 28 dias a um ano - e por causas, como diarreia, infecção respiratória aguda e outras), e ainda óbitos de adolescentes por violência e de mulheres de 10 a 49 anos. (Fonte: BRASIL (SIAB), 2001).

O elenco de indicadores do SIAB se destaca como fonte de dados de valor inestimável para orientar a definição de políticas sociais para as populações cobertas pelo PACS/PSF. Com também, a utilização dessas informações deve ser feita pelos gestores de saúde para alertar e incentivar a população quanto a certos costumes prejudiciais e quanto a medidas de prevenção de agravos à saúde, entre outros fatores de importância social.

Nesse sentido preventivo, principalmente, deve ser feita intensa divulgação, através dos meios de comunicação existentes na localidade, assim como nas unidades de saúde, nos logradouros públicos populares e especialmente nas reuniões de conselhos e mesmo nas conferências de saúde.

Outros sistemas nacionais de informações importantes são o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAM), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistemas de Informações Ambulatoriais (S I A), Sistema de Informações Hospitalar (SIH), entre outros

Esses Sistemas devem ser alimentados mensalmente em cada município, e deste, prestadas as informações aos bancos de dados Estadual e Nacional. O não cumprimento dessa norma fará o município ser penalizado, até mesmo com a desabilitação da condição de gestão em que se encontrar habilitado, conforme preceituam normas do Ministério da Saúde.

Entre as ações da Atenção Básica, as que vão mais diretas ao encontro da população e disponibilizam ações de proteção, promoção e prevenção são os Programas Básicos de Saúde, os quais são avaliadores das melhorias das condições de saúde de uma população e os

responsáveis pelos avanços acontecidos e acontecendo no processo de municipalização da saúde.

Esses programas são implantados em cada município, conforme cumprimento de requisitos específicos, estando o município habilitado em uma das condições de gestão da saúde. Entre os 18 Programas na área da Atenção Básica, em execução nos municípios do Piauí, destacam-se, pela importância preventiva, movimentação de recursos e evidência de aceitação popular, o Programa Nacional de Imunização (PNI), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Prevenção do Câncer Cervico-Uterino e da Mama, o Programa de Controle da Hipertensão Arterial, o Programa de Controle da DST/AIDS e o Programa de Saúde Bucal.

No desenvolvimento da Atenção Básica, são implantadas estratégias que reorientam o modelo de atenção à saúde, sendo estas adequadas às realidades locais e regionais. Entre essas estratégias, destaca-se a Saúde da Família, que tem demonstrado seu potencial para contribuir na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado.

A implantação e organização da Atenção Básica devem contribuir, portanto, para o ordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de assistência.

Quando a pessoa perde a condição de estado de saúde e passa a necessitar da atenção médica para atendimento clínico ou atendimento hospitalar, ela passa a ter atendimento ambulatorial ou assistência em leito hospitalar, sendo que na assistência hospitalar esta pode ser de média ou de alta complexidade.

Nesse tipo de assistência propriamente à doença, dependendo da gravidade da enfermidade, esta enfermidade será assistida por procedimentos que seguem níveis de complexidades, os quais são classificados de nível I a nível IV.

No nível I, o de menor complexidade, deve haver um corpo clínico mínimo: 01 médico, 01 enfermeiro e pessoal de apoio. No nível II, o corpo clínico é acrescido de 01 pediatra, 01 gineco-obstetra e 01 anestesista. Deve atender, além dos casos do nível I, casos de urgência, parto cesariano e cirurgias pequenas. O nível III, além de realizar os procedimentos dos níveis I e II, deve resolver casos de urgência e emergência clínica e cirúrgica que cheguem a necessitar de anestesia geral.

O nível de complexidade IV, além de resolver os procedimentos dos níveis anteriores, deve realizar procedimentos de alta complexidade nas áreas de Oncologia, Cardiologia, Neurocirurgia, Nutrição Parenteral e Enteral, Oftalmologia, Traumatismo/Ortopedia, Terapia Intensiva e Cirurgia Plástica Reparadora. E contar com uma equipe multi-especializada e com equipamentos requeridos às necessidades de cada especialidade em atividade. (Fonte: P.D.R./SESAPI, 2001).

No processo de Municipalização, a assistência aos usuários que necessitem de atendimento hospitalar com internação é feita em municípios que disponham de Unidade Mista de Saúde ou de Hospital com leitos de internação e as condições necessárias a essa finalidade.

No Piauí, essas unidades hospitalares normalmente são do Estado, e o gerente de cada unidade é nomeado pelo Gestor Estadual, mesmo nas Unidades Mistadas, cabendo aos municípios apenas sediá-las e, nas necessidades de atendimentos aos usuários locais, custearem as despesas, quando estas não são pagas através de “AIHs”.

Conforme regulamentado no Plano Diretor de Regionalização do Estado do Piauí, a assistência hospitalar normalmente deve ser feita apenas nos municípios com Unidades de Internação que preencham os requisitos para um bom funcionamento, tendo no mínimo a presença assegurada de médico e de enfermeiro nas 24 horas, no caso das Unidades de Internação de menor complexidade (Nível I).

À medida que aumente o nível de complexidade, aumenta também quantitativa e qualitativamente a equipe de profissionais, necessitando-se para atuação destes, de equipamentos apropriados ao grau de especialização da Unidade de Saúde onde se encontram em atuação.

NÍVEIS DE COMPLEXIDADE

NÍVEIS DE COMPLEXIDADE	UNIDADES DE INTERNAÇÃO	EQUIPE MÍNIMA	PROCEDIMENTOS REALIZADOS
I	Unidade Mista	01 médico 01 enfermeiro Apoio	Clínica Médica Pediatria Obstetrícia SADT
II	Hospital Local	01 médico 01 enfermeiro 01 obstetra 01 anestesista Apoio	Urgência com escala de plantão Parto Cesariano Cirurgia Cutânea Cirurgia abdômen inferior Cirurgia de MMII
III	Hospital Regional Estadual	01 Clínico Geral 02 Cirurgiões 02 Enfermeiros Especialista	Urgência Emergência Clínica Cirúrgica com anestesia geral
IV	Hospital Geral Especializado	Especialistas em cada área	Procedimentos de alta complexidade Oncologia Cardiologia Neurologia Oftalmologia Traumato-ortopedia Nutrição parenteral e enteral Terapia intensiva Cirurgia plástica reparadora

Com base no quadro acima, normalmente na maioria dos municípios do Piauí, os atendimentos de média complexidade são realizados apenas em hospitais do Estado e em

poucas Unidades Mistas bem equipadas, enquanto os atendimentos de alta complexidade ainda são realizados apenas em Teresina, principalmente no Hospital Getúlio Vargas.

Essa assistência hospitalar é feita, para efeito de cálculos, com base em uma cobertura de atendimento em percentuais. Atualmente, essa cobertura anual é de 8% da população do Estado. Para efetivação dessa cobertura, são utilizados parâmetros. Como exemplo, cada pessoa tem direito a 1,75% de consultas por ano, em procedimentos médicos básicos, e 2,5% do total dessas consultas em cirurgias básicas.

Os parâmetros são organizados seguindo a lógica hoje recomendada de classificação das ações de saúde conforme graus de complexidades e com a preocupação de manter explícita a integralidade das ações de saúde. São destinados ao planejamento e à programação de saúde em geral, não devendo serem vistos como mera etapa burocrática, e seus instrumentos técnicos devem ser sempre avaliados quanto a adequação à realidade local.

A assistência farmacêutica também faz parte da Atenção Integral à Saúde, estando vinculada ao atendimento terapêutico, pois o paciente que se encontra sendo tratado no S.U.S tem o direito de obter o medicamento necessário ao seu tratamento e gratuitamente. Isto conforme determina a Lei Nº 8080/90, onde se encontra disposto que o atendimento terapêutico integral inclui a assistência farmacêutica.

Assim, as pessoas que se encontram sob tratamento em algum serviço do S.U.S têm o direito de receber, juntamente com os exames, as consultas, a internação, o medicamento que for receitado. Observa-se que as pessoas que estão em tratamento em outro tipo de serviço, não público nem conveniado com o S.U.S, não têm esse direito.

O Estado do Piauí, através dos serviços de saúde oferecidos pela sua capital Teresina, tem se caracterizado como pólo de referência em saúde para os municípios do Piauí e dos estados do Maranhão, Tocantins, Pará, Ceará. e outros.

Nessa “Cidade-Pólo” há serviços de saúde na área privada e pública, com incorporações de equipamentos de tecnologia de ponta e, diferentemente de outros pólos de referência em saúde, tem os recursos públicos como principal fonte de financiamento, firmados em convênios com a área privada.

E mesmo com todo empenho na difusão do S.U.S para o emprego do seu modelo de atenção integral à saúde,

“o Estado do Piauí ainda apresenta um modelo centrado na assistência à saúde, com altas taxas de internações hospitalares, baixa cobertura de ações básicas de saúde, o que assim apresentado, faz com que tenha baixo poder resolutivo para os problemas mais simples de saúde, mesmo não sendo os menos graves. Isto no geral, faz o sistema ter pouca eficiência no tratamento das necessidades da maioria da população do Estado” (MIRANDA, 2001).

Enquanto a descentralização das ações e serviços de saúde e a mudança no modelo assistencial não forem processados com eficiência, o Estado continuará com defasagens irremediáveis na construção do S.U.S estadual, sendo prejudicada, com isso, a população na sua qualidade de vida.

Quando os atendimentos não são resolvidos normalmente pelo serviço público de saúde através do S.U.S, por motivos justificáveis, como excesso de demandas, precariedade no acesso universal, dificuldades de cobertura total nos procedimentos de internações hospitalares, entre outros, se torna necessário a complementariedade de assistência à saúde através do setor privado, sendo prioritariamente antes recorrido ao setor de assistência filantrópica sem fins lucrativos.

Para isso, se torna necessário os hospitais, as clínicas privadas firmarem convênios com o S.U.S para prestação de serviços em assistência hospitalar e mesmo ambulatorial. Esses serviços são pagos pelas instituições correspondentes ao gerenciamento do S.U.S no Estado e no município.

Uma outra forma de financiamento desses procedimentos hospitalares e ambulatoriais se encontra regulamentada como assistência suplementar privada de saúde, a qual é movimentada através dos Planos de Saúde.

Essas as informações básicas do que seja o Modelo de Atenção Integral à Saúde, o qual, adotado pelo S.U.S, é para ser aplicado em todo o território no objetivo de proporcionar condições dignas de vida aos usuários do sistema e não apenas para demonstrar separação entre o que sejam ações curativas e ações preventivas.

Sabe-se que a aplicação desse modelo implica determinar os rumos que a saúde deve tomar, com as estratégias de ações que serão desenvolvidas e as prioridades que deverão ser buscadas, as quais devem ser vistas e analisadas de forma intersetorial e não apenas na dimensão política local.

Para isso, seguem-se algumas diretrizes fundamentais na execução desse modelo, compatíveis com a defesa da vida e da cidadania:

01 – promover a ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, criando canais de informação e formação para que se desenvolvam comportamentos e ações saudáveis junto aos cidadãos e à sociedade;

02 – não se limitar a oferecer ações e serviços que respondam apenas a necessidades individuais da população;

03 – assegurar garantia de acesso em que os usuários sejam atendidos em unidades e/ou em serviços o mais próximo possível da residência ou do trabalho destes;

04 – assegurar garantia de acolhimento, sendo necessário humanizar as relações entre os serviços e aqueles que são os destinatários e a razão de ser do setor saúde, os usuários; os trabalhadores do Sistema de Saúde (Secretaria) e dos serviços de atendimentos (profissionais) devem dar atenção ao usuário e, quando necessário, realizar o encaminhamento adequado para solução do problema que originou a demanda;

05 – assegurar a garantia de resolutividade em que a equipe de cada unidade de saúde deve resolver o problema do usuário, e quando a unidade não dispuser de condições, encaminhá-lo devidamente recomendado para onde for necessário, disponibilizando a este o traslado de encaminhamento;

06 – assegurar garantia de petição e prestação de contas, necessárias à avaliação do Conselho de Saúde e que impliquem o controle social. (Fonte: COSEMS/MG,1996)

No entanto, para desenvolver-se um modelo de saúde são necessários os pré-requisitos referentes aos recursos com que o gestor conta para desenvolver as ações de saúde, como: condições materiais, equipamentos, áreas físicas, recursos humanos capacitados e recursos financeiros. Como também, a vontade política para resolver os problemas existentes, que certamente dependerá da concepção política de cada gestor sobre políticas públicas, gestão pública, cidadania e o processo saúde/doença.

Tudo isso dependendo da realidade local, pois a forma de organizar um Sistema de Saúde depende seguramente da realidade de cada município.

I.4 FINANCIAMENTO E VINCULAÇÃO CONSTITUCIONAL DE RECURSOS PARA A SAÚDE.

Os investimentos e o custeio para execução das atividades, das ações e dos serviços operacionalizados nos municípios com a saúde municipalizada através do Sistema Único de Saúde, são feitos com recursos das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, em que cada governo deve “assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde” (NOB/SUS/96)

Os tetos financeiros de estados e municípios têm sido estabelecidos com os recursos do orçamento da Seguridade Social repassados ao S.U.S

A participação dos orçamentos de estados e municípios no financiamento do S.U.S, embora de entendimento consensual, carece de uma fórmula de fácil aplicação. Pois a arrecadação nessas esferas de governo é bem menor que no plano federal, e a variabilidade no aporte de recursos não permite que a questão seja definida simplesmente com a destinação de 10% ou 15% do orçamento para a saúde.

Esse tema, como o mais consistente nas discussões referentes à operacionalização da municipalização da saúde no país, em que o financiamento sempre foi deficiente é comentado pelo gestor de saúde de Teresina, Silvio Mendes, e presidente do CONASEMS, à época, dizendo que “nenhuma estratégia será competente e eficiente em uma situação de financiamento deficiente.” (FILHO, 1999).

Mesmo assim, várias estratégias foram e continuam sendo propostas e elaboradas na tentativa de equacionar forças com o objetivo de proporcionar a “equidade” em saúde à população.

Esta, uma outra utopia vista não como “um sonho impossível” mas como “um sonho que falta ser realizado”, assim como é referido, pelo autor, sobre a municipalização da saúde no Piauí, pois neste caso, sendo eficiente o financiamento, a municipalização plena certamente será conseqüente.

Sobre o financiamento do S.U.S e assuntos correlatos, torna-se necessário resgatar um pouco as estratégias pioneiras e as atuais em andamento, na tentativa de efetivarem a equidade esperada.

A criação do S.U.S, ao incluir entre suas diretrizes a descentralização do Sistema com o propósito de melhorar sua organização e aumentar sua eficiência, atribuiu ao município a

responsabilidade de fornecer atendimento público de saúde à população, contando com a cooperação técnica e financeira dos estados e da União.

No entanto, por não haver definido nenhum parâmetro para garantir um mínimo de cobertura das necessidades dos estados e municípios,

“o financiamento do Sistema permaneceu como antes, ou seja, extremamente dependente de recursos da esfera federal, o que até a década de 80, respondia por mais de 80% das dotações orçamentárias para eles destinadas, percentual este que foi reduzido para cerca de 70% nos anos noventa” (OLIVEIRA, 1999)

Isso aconteceu, podemos dizer, como consequência do avanço do processo de descentralização das políticas públicas no país.

Esse avanço no exercício das funções de descentralização começou propriamente em dezembro de 1994, quando houve a primeira transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para um Fundo Municipal de Saúde, apesar de previsto a acontecer desde dezembro de 1990, quando criado em lei, mas só teve condições operacionais de implementação dessa modalidade em 1994.

E a partir de então, essa modalidade passou a ser feita pelo Ministério da Saúde, e no ano seguinte 24 municípios conseguiram esse tipo de transferência de recursos, representando “pouco menos de 4,5% da população brasileira” em que “o volume de recursos envolvidos representava pouco mais do que 6% do total da despesa assistencial realizada pelo Ministério da Saúde” (LEVCOVITZ, 1999).

Com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) através da NOB-SUS 01/96, que teve uma implantação lenta, mas tendo um impacto real observado apenas a partir de 1998, essa modalidade de transferência adquiriu uma velocidade que praticamente duplicava a cada ano. Isso basicamente por ser mais flexível e previa condições mais adequadas ao universo de municípios brasileiros. Velocidade essa de tal forma que “90% dos municípios em dezembro de 1998, já estavam iniciando o processo das transferências fundo-a-fundo, dos 53% dos

recursos executados diretamente pelos estados e municípios” (LEVCOVITZ, 1999). Entre esses, no Estado do Piauí, pouco mais de 5% dos seus municípios estavam habilitados a receber recursos através desse tipo de transferência.

Mesmo com esse progresso de acontecimentos no exercício das funções de descentralização da gestão do S.U.S, na década de 90 propriamente, igual prosperidade não se efetivava no âmbito federal, quanto à questão do esquema de financiamento definido na Constituição de 88, que contemplou a destinação obrigatória de no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para a Saúde. Esse recurso, mesmo não tendo sido rigorosamente cumprido no período, não fez surgir graves problemas, a ponto de produzirem fortes desequilíbrios para o Sistema.

No entanto, a partir de 1993, quando, diante do expressivo aumento dos benefícios previdenciários e as investidas do então Ministro Antonio Brito fazendo o Governo decidir vincular os recursos arrecadados do Instituto Nacional de Seguridade Social, integrantes do Orçamento da Seguridade Social, exclusivamente para a cobertura dos gastos com a Previdência, a saúde perdeu essa importante fonte de financiamento para cobertura de suas necessidade, trazendo considerável desequilíbrio ao Sistema.

Não bastando isso, outras características ajudaram e ainda ajudam a dificultar a problemática financeira. Temos, por exemplo, um federalismo peculiar, em que a distribuição dos municípios é extremamente heterogênea, existindo um município com menos de 1.000 habitantes e outro com mais de 10.000.000, (São Paulo), os quais com intermediações na questão de portes populacionais de municípios, as mais variadas possíveis. Nesse caso, do ponto de vista legal, ou das funções, todos são municípios, com direitos iguais. Isso, constituindo um problema bastante sério nessa área do financiamento, em que o federalismo concreto terá de ser cotidianamente construído sem atropelar as funções entre os municípios.

Outra característica marcante e profundamente dominada por essa situação do federalismo nacional é a necessidade de pactuação permanente dos processos de descentralização das políticas públicas. No caso específico da Saúde, foram adotadas, nesse sentido, as Normas Operacionais Básicas, como um conjunto de instrumentos normativos pactuados entre o Ministério da Saúde, o governo estadual e os municípios, sem depender de alterações da lei.

Ao longo do processo de criação e de implantação das NOBs, as capacidades e negociações gestoras entre União, estados e municípios têm se modificado progressivamente, conforme já observadas as implicações frente à heterogeneidade populacional dos municípios brasileiros.

Então, com a perda dos recursos vinculados do INSS e com as limitações geradas pela própria conjuntura para assegurar, no espaço orçamentário, fontes estáveis e adequadas de recursos para o seu funcionamento, observou-se que a oferta de serviços de saúde, no Brasil, passou a se defrontar com grandes dificuldades, e os programas oferecidos à população por uma acentuada e crescente instabilidade.

Nesse contexto foi que começaram a surgir soluções provisórias. A primeira, visando ampliar os recursos para o financiamento da saúde, foi a proposta defendida pelo então Ministro da Saúde Adib Jatene, inicialmente chamada de Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), em 1994, posteriormente prorrogada e rebatizada com o nome de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

Tendo sucesso na forma de arrecadação, mas depois, tendo havido desvios de finalidades em suas verbas, pelo próprio governo federal, o montante dessa contribuição não sendo suficiente, foi dado início ao processo de contratação de empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para complementos de recursos do Sistema, o que, como conseqüência, fez elevar as despesas financeiras do setor saúde.

Sendo reconhecido o caráter provisório e as limitações do instrumento parlamentar, Medida Provisória, que aprovou a “CPMF,” surgiram outras propostas de igual teor quanto à criação de uma fonte estável e segura para o atendimento de demandas endereçadas ao setor Saúde, destacando-se a Proposta de Emenda Constitucional da Saúde de Nº 169 que passou a ser conhecida como “PEC da Saúde”.

Esta primeira proposta de Emenda Constitucional foi elaborada originalmente pelo Deputado Federal Eduardo Jorge (PT/SP) com colaboração de Waldir Pires (PT/BA) que a apresentaram no Congresso Nacional em 1993, reivindicando uma vinculação orçamentária para a saúde. Não obtiveram êxito de imediato, mas sempre ficaram persistindo e conseguindo adeptos ao longo de sete anos de sua tramitação no Congresso Nacional.

Em 1995, houve a interferência do Deputado Federal Carlos Mosconi (PSDB/MG), apresentando a Proposta de Emenda Constitucional Nº 82, com proposições semelhantes. Logo foi feito um acordo de fusão das emendas, passando a tramitar no Congresso com o nome Proposta de Emenda Constitucional Aglutinativa 86-A, a qual, mesmo com esse novo nome, continuou sendo chamada de PEC da Saúde.

Intensificadas as solicitações e pressões para que entrasse em pauta, foi inicialmente aprovada na Câmara Federal e depois de várias lutas reivindicatórias de âmbito nacional, entre entidades de categorias e representações da saúde e áreas afins, foi aprovada pelo Senado Federal e depois promulgada pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso no dia 13 de setembro de 2000, com o nome de Emenda Constitucional Nº 29 (EC – 29, 2000).

Com a sua entrada em vigor, dá-se início ao processo de construção das condições necessárias para que se alcance o equilíbrio desejável entre as demandas da população por serviços de saúde e os recursos necessários para o seu financiamento.

Essa Emenda, se aplicada à risca, será muito importante e fundamental para equacionar as finanças da saúde no Brasil. No entanto, por movimentar grande quantidade de recursos e

contrariar interesses pontuais, existem receios de que interferências políticas entre parlamentares possam desviar sua forma de aplicação e redução nos percentuais definidos.

A movimentação a esse tipo de interferência começou recentemente, em 2004, com os estados se dando por conta da dificuldade de cumprirem os 12% vinculados à saúde. Então, mesmo que a Emenda tenha sido aprovada e promulgada como sendo auto-aplicável, os parlamentares argumentam da necessidade de sua regulamentação.

Com essa situação, novas lutas se travam para não serem negociadas alterações substanciais nos percentuais de repasses, como existe proposta favorável à redução do percentual dos 12% destinado aos estados, o que concedido, abrirá precedente para outras negociações e será descaracterizada a Emenda Constitucional -29 em benefício da saúde.

Enquanto isso, continuando a saúde a ter um sistema de financiamento deficiente, os municípios são forçados a priorizar ações a serem executadas e a organizarem “o Sistema local conforme as necessidades da sua população e conforme as demandas.” (FILHO, 1999).

A Constituição Federal, em seu artigo 195, define que os recursos do S.U.S são compostos por receitas provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e não apenas por recursos de transferências de uma esfera de governo para outra. Isto é reiterado pelo parágrafo 3º, artigo 7º da Emenda Constitucional 29, estabelecendo que *“todos os recursos transferidos e próprios devem estar no Fundo de Saúde e acompanhados e fiscalizados pelo Conselho de Saúde”*. (grifo nosso).

Portanto, os recursos do S.U.S, nos estados e nos municípios devem ser provenientes do Fundo de Saúde, e nenhuma despesa com ações e serviços de saúde pode ser realizada sem fazer parte do Fundo de Saúde, o que assim, possibilita autonomia quanto a utilização dos recursos da área da Saúde em relação às demais áreas, e dá maior agilidade na sua alocação.

Esta sistematização tem surpreendido a muitos prefeitos e gestores de saúde que a ignoram ou não querem aceitar suas normas, e estranham quando o Sistema de Informações

de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) reclama a não alimentação regular deste instrumento de regulação. Muitos alegam que gastam até mais do percentual estabelecido, sendo que este percentual alegado é aleatório, não passando pelo Fundo de Saúde, o que assim, tal despesa não se caracteriza como sendo com saúde, conseqüentemente não será registrada pelo SIOPS.

De forma semelhante, acontece com alguns estados que ainda persistem em manter “conta única” e assim, não tendo o Fundo Estadual de Saúde oficializado e ativado, não fazem os repasses a este Fundo, e se o fazem, é muito aquém do determinado. No Piauí, por exemplo, o Fundo Estadual de Saúde era criado por Portaria, sem outra forma de regularização, até 2003. Não era ativado e o percentual destinado aos gastos com a saúde, não correspondia nem à metade dos 12% determinado pela E-C 29.

Quanto aos percentuais vinculados ao emprego na área da saúde, foi estabelecido para a União a obrigatoriedade, no ano 2000, de aplicação do valor equivalente ao empenhado no ano de 1999, acrescido de 5%. E nos anos seguintes, o valor anual a ser aplicado é calculado com base no valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação do Produto Interno Bruto – PIB Nacional. Enquanto para os Estados, Distrito Federal e Municípios, foi estabelecido, no ano 2000, a obrigatoriedade de aplicação de um percentual mínimo de 7% da receita de impostos, compreendida as transferências constitucionais. (Fonte: EC-29,2000)

Para os anos seguintes, esse percentual deverá ser aumentado, anualmente, à razão de um quinto (1/5), até atingir, no ano de 2004, o percentual de 12% para os Estados e de 15% para os Municípios, no mínimo.

A Emenda determina também que os:

“Estados e Municípios que não cumprirem estes limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal estarão sujeitos a sanções que vão, desde a retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM) à inelegibilidade dos cargos majoritários e de gestores de saúde, até a intervenção da União no Estado ou do Estado no Município.” (EC-29).

Situações estas que, se sabe, estão acontecendo, mas não se tem conhecimento de registro de nenhuma das punições referidas, no país.

Com tudo isso, não só os sanitaristas e gestores de saúde conscientes de sua missão, mas, em recente levantamento feito pelo Ministério da Saúde (em 2003) a opinião pública brasileira é favorável ao processo de descentralização da gestão do S.U.S, como também todos, em especial os entrevistados da área da saúde, se encontram na perspectiva de que a vinculação de recursos à Saúde com a operacionalização da Emenda Constitucional 29, se torne realidade e eficiente nos seus objetivos.

CAPÍTULO II

DESCENTRALIZANDO A GESTÃO PARA INTEGRALIZAR O ATENDIMENTO

A descentralização é um dos componentes operacionais que se destina a colocar em prática os princípios ético-doutrinários da saúde institucionalizada a partir da Constituição de 88, ou seja, é a forma pela qual serão operacionalizados os conceitos que passam a caracterizar a saúde após o S.U.S no Brasil.

Em virtude do nosso *sui generis* federalismo brasileiro com o seu tradicionalismo político-administrativo e outros fatores da realidade sócio-econômica, a descentralização com prerrogativa de repartir poder e responsabilidades requer, primeiramente, o amadurecimento político em torno de pactos entre os entes federados. Como já esclarecido, no caso da saúde, as responsabilidades de gestão são distribuídas nos três níveis de governo, sem no entanto excluir a participação da sociedade, e que assim, todos juntos devem adquirir esse amadurecimento político.

Justamente sobre essas formas de entendimento, quanto às tarefas específicas a serem executadas em cada nível de governo, é que se pretende demonstrar como uma gestão de saúde descentralizada pode melhor proporcionar um atendimento integral à população local.

Sendo o município o ente federado mais próximo da realidade das pessoas, essa realidade pode ser extremamente diversificada da população do país, tanto em suas características como na profundidade dos problemas a serem enfrentados, o que, na área da saúde, proporcionou contraposições ao centralismo existente anteriormente. Fato esse que gerou e gera resistências em relação à descentralização da gestão da saúde, tanto da perspectiva do nível central de governo à transferência de poder aos níveis estadual e

municipal, quanto da parte destes, receosos diante da possibilidade de assumirem novas responsabilidades e atribuições.

Observado bem, esse dilema só foi superado algum tempo após a Constituição, ou mesmo após a elaboração da Lei Nº 8.142/90, onde foi estabelecida a configuração da forma como ia ser feita a transferência de recursos aos estados e municípios. Pois, na Lei Nº 8.080/90, não existia ainda essa configuração, principalmente tendo sido vetado o Artigo 35 desta Lei, pelo Presidente Collor de Melo.

Quanto a essa caracterização do desenrolar da descentralização da gestão da saúde, existem também interpretações nesse sentido apresentando a extinção do INAMPS, em 1993, como “marco fundamental da descentralização e, conseqüentemente, consolidação do S.U.S” (BRASIL, MS, 2000).

Em outro aspecto, sobre essas transferências, em outra ocasião, é observado que “os compromissos constitucionais e legais da União para com a Saúde, autorizam-lhes a suspensão dos repasses de recursos em casos de irregularidades, de descumprimentos dos pré-requisitos ou, das responsabilidades assumidas por estados e municípios” (BRASIL,MS,2000). Isso sem haver reciprocidade por parte da União. Como também se evidencia ainda hoje, “um tipo específico de descentralização no qual recursos e responsabilidades são transferidos no âmbito de um Sistema Único para atividades e projetos pré-definidos” (BRASIL,MS,2000), fazendo deduzir-se que há uma finalidade específica nessa transferência, onde produtos, metas e formas de controle sobre o uso dos recursos estão estabelecidos.

É o caso, por exemplo, dos programas da Atenção Básica, em que são repassados, pelo Ministério, recursos como incentivos para implantação desses programas, sem serem analisadas as conseqüências de ordem trabalhista que possam acontecer nos municípios.

Esses dispositivos eram e ainda são regulamentados através das Normas Operacionais, nem sempre de forma acertada, podendo-se tomar, como exemplo, a primeira “NOB”, ou seja, a Norma Operacional Básica 01/91, a qual previa a formalização de convênios entre o então INAMPS e os estados, bem como acordos com os municípios, dotados de conselho, plano e fundo de saúde. Dessa forma, eram estimuladas as atividades assistenciais nas unidades de saúde e até transferências de unidades de saúde do então INAMPS para as secretarias estaduais e municipais.

Só que, para isso, os estados e os municípios eram tratados com meros prestadores de serviços, isso na medida em que os pagamentos eram feitos diretamente pelo INAMPS com base na produção de serviços.

Essa modalidade de prestação de serviços deu margem para inúmeras fraudes, como se tomou conhecimento à época, além de passar a ser entendida pelos municipalistas como uma “recentralização” em relação ao processo de construção do S.U.S, que até então se delineava. Com isso, concluía-se que continuava a ser financiada a oferta de produtos e de serviços e não a promoção da saúde, como se esperava.

Esses fatos e deduções acerca dessas medidas “recentralizadoras” motivaram a elaboração de um documento intitulado “*Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*,”(grifo nosso) o qual, apoiado e editado pelo Conselho Nacional de Saúde, pressionou ao Ministério da Saúde, em 1993, a elaborar e editar a Norma Operacional Básica do SUS 01/93,(NOB-SUS, 01/93) onde foi definido o conceito de “Descentralização”, como sendo um processo de transferência de poder e de responsabilidades.

Nessa NOB foram criadas as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, além da previsão dos mecanismos de transferência fundo a fundo, com base nas condições de gestão

que podiam assumir os estados e os municípios, ao se habilitarem em uma destas condições previstas na própria Norma Operacional Básica.

Posteriormente, mesmo comprovados avanços quanto à descentralização proporcionados pela NOB-SUS 01/93, fora constatado, nela, a existência de imperfeições e imprecisões, o que alimentou discussões em busca por aprimoramentos no seu conteúdo. Dentre as imperfeições, destacou-se a “pouca ou nenhuma ênfase no papel dos estados, pois a descentralização privilegiava fundamentalmente as relações entre a União, por meio do Ministério da Saúde, e os municípios” (BRASIL,MS,2000).

Essas e outras imperfeições observadas nesta NOB passaram a ser discutidas nos vários fóruns de saúde pelo Brasil, de onde surgiram novas propostas de mudanças nos mecanismos de implementação do S.U.S. E tendo essas propostas conteúdos mais amadurecidos quanto ao processo de municipalização da saúde, foram articulados entendimentos que culminaram com a elaboração de uma nova Norma Operacional Básica, a qual foi editada em 1996.

Entre os avanços e aperfeiçoamentos apresentados na NOB-SUS 01/96, destacam-se a Programação Pactuada e Integrada (PPI), o Piso da Atenção Básico (PAB), novos tipos de condições de gestão para estados e municípios e redefinição das atribuições de cada nível de governo para com a gestão do S.U.S, além da atenção especial dada ao Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema de Saúde.

Esses, portanto, os aspectos e as definições que dizem respeito diretamente ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde, destinado a ser executado pelos estados e municípios, os quais, postos em prática como ditam as normas, poderão proporcionar às suas populações atendimentos integralizados numa perspectiva de equidade.

II.1 CENTRALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO

Mesmo conhecido o que representa a adoção da Descentralização no Sistema Único de Saúde, convém ressaltar que, historicamente, não só no Brasil, como também em outros países do mundo, a centralização administrativa predominou por anos e décadas, e muitos destes ainda se encontram “nem plenamente centralizados nem descentralizados por completo, sempre tendo havido neles uma parte de centralização e outra de descentralização” (Carbona cita Hans Kelsen,1998). O que, analisando-se, aconteceu e vem acontecendo no Brasil, mesmo ainda na área da saúde.

Ao resgatar algo da história sobre as origens da saúde pública, sabe-se que houve uma espécie de revisão da articulação entre disposições centralistas e descentralistas, em algumas legislações consideradas “marcos históricos” no desenvolvimento da saúde pública no mundo. Esses marcos começam com a Lei de Saúde Pública criada em 1848, na Grã-Bretanha; depois o Modelo “Bismarquiano” de Seguridade Social implantado na Alemanha em 1883; seguido do Modelo Socialista de Asseguramento Social ou Modelo Semashko, na União Soviética em 1920 e o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, sendo todos estes administrativamente centrados no Estado, confirmando o que foi dito no início deste tema.

No Brasil, desde o império até um passado não tão distante, os serviços assistenciais de saúde sempre foram centralizados no Governo e, só no final do Século XX, com a criação do Sistema Único de Saúde, foi que começou ser processada a implantação da descentralização de gestão das ações e serviços de saúde, conforme relatado no Capítulo I deste trabalho.

A criação do S.U.S foi um grande avanço democrático, fazendo com que, na área da saúde, de uma gestão extremamente centralizada e secundarizada pela previdência social, fosse passada à descentralização como a melhor forma de garantir uma maior credibilidade na formulação e na implantação dos serviços e ações de saúde.

Isso, determinado pelos princípios constitucionais, incluídos no S.U.S, em que “o município, enquanto o ente federado mais próximo da realidade da população, ganha a atribuição fundamental, bem como os recursos para tanto, devendo responsabilizar-se pela melhor política de saúde para a população local.” (BRASIL,MS,2000)

Associada aos avanços democráticos da descentralização dos serviços e dos recursos para a saúde, a participação social passa a ser uma das condições essenciais a esse fim. Para isso, a existência e o funcionamento de Conselhos de Saúde e a realização de Conferências de Saúde nos três níveis de governo passaram a ser obrigatórios, visando assim garantir a participação social nas políticas de saúde, tanto em sua formulação como em sua execução.

Portanto, o controle e a participação social na área da saúde pública, acontecendo nas três esferas de governo, reforçarão muito a consolidação da implementação da descentralização da saúde no Brasil.

II.2 GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Sendo o Sistema Único de Saúde formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, além da participação privada de forma complementar, esses órgãos e instituições passam a ter suas formas de administração especificadas pelo S.U.S, em Gestão do Sistema e em Gerência de Unidades do Sistema.

Esta especificação se encontra assim instituída a partir da Norma Operacional Básica do S.U.S 01/96, que conceitua **Gestão** como sendo a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.. Enquanto que **Gerência** é a administração de uma unidade ou órgão de saúde

(ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. (NOB-SUS 01/96).

A Gestão é, sem dúvida, uma prática mais ampla que a Gerência, já que esta toma como objeto o Sistema de Saúde em sua totalidade complexa; e a Gerência é uma prática mais restrita, tomando como objeto as unidades de produção de serviços de saúde existentes no Sistema.

Por outro lado, a Gestão do Sistema e a Gerência de Unidades se diferenciam em função dos propósitos e alcances das decisões tomadas, sendo que a Gestão do Sistema é tida como o conjunto de atividades políticas, técnicas e administrativas desenvolvidas com o propósito de assegurar a condução, o planejamento, a programação, a direção, a organização e o controle do sistema de serviços de saúde em sua totalidade. Enquanto a Gerência operativa das Unidades de Saúde administra o conjunto de atividades desenvolvidas em cada unidade, com o propósito de assegurar a direção desta unidade, a programação e organização das ações e serviços, a administração dos recursos, o controle e a avaliação do processo dos trabalhos realizados.

Assim, considerando essas diferenças, distinguem-se as atribuições do Gestor de Saúde como o responsável pela condução político-administrativa do Sistema, em consonância com as deliberações do Conselho de Saúde e atribuições dos gerentes de unidades de saúde.

Observadas essas considerações e analisados os anos anteriores à época do S.U.S, mais especificamente antes da implantação da primeira Norma Operacional, a NOB 01/91, os municípios brasileiros não eram tidos como um sistema municipal de saúde ou formando um sistema maior, nacional, pois tinham apenas “serviços de saúde”, sem capacidades de gestão do conjunto das ações, das instituições e das unidades localizadas em seus territórios.

Naquela época, no Piauí, a predominância da medicina curativa e da centralização hospitalar era tanta que nos poucos municípios que tinham Secretários de Saúde, estes eram

confundidos, pela clientela, com os “diretores dos hospitais”, tanto pela prática das autoridades acharem que só médico podia ter esse cargo, como também, pela mesma prática centralizadora, de que as Secretarias deviam funcionar nos próprios hospitais.

Com a implantação do S.U.S, surgiu a necessidade da conceituação e estruturação de um tipo de administração mais abrangente para o Sistema, conforme referido no item Gestão e Gerência acima, como também surgiu a necessidade de conceituação e estipulação de um Modelo de Gestão para o Sistema.

Existiam vários tipos dentro da literatura pertinente, sendo que uns até implantados em Estados da Federação, mas sem a devida abrangência dos objetivos preceituais concernentes ao S.U.S. Mesmo assim, foi feita pelo Ministério da Saúde e estudiosos uma verificação de modelos de gestão em diversos estados brasileiros, donde “foi criada uma tipologia dos graus de gestão alcançados, conforme se explicavam na relação entre os gestores de esferas distintas do Governo” (LUCCHESE, 1996).

Entre os tipos verificados, destacaram-se os seguintes:

01 – ***Modelo de Gestão Centralizada*** – caracterizado por uma administração centralizada no Estado, onde cabia ao gestor estadual a responsabilidade pelo planejamento, controle e avaliação da rede de serviços, mesmo quando a direção das unidades estaduais estivessem a cargo dos municípios.

02 – ***Modelo Descentralizado por Partilha*** – em que a gestão de unidades de saúde era repartida de acordo com interesses específicos, definidos em parceria entre gestores estaduais e municipais, resultando numa administração fragmentada e sem racionalidade.

03 – ***Modelo Municipalizado Atomizado*** – correspondente a uma gestão que, embora descentralizada para os municípios, ressentia-se da falta de coordenação por parte do Estado, que não cumpria seu papel de fazer a regionalização da assistência e a organização de

um sistema de referência capaz de promover consistência à administração estadual. Por falta de articulação do sistema, as ações dos municípios eram dispersas, isoladas e deficientes.

04 – *Modelo Municipalizado com Ênfase na Regionalização* – modelo em que os municípios assumiam a responsabilidade pelo comando das atividades e serviços no âmbito de seus territórios, mas havia forte participação do Estado tanto na coordenação como na regulação das relações entre os municípios, e no estabelecimento de mecanismos de controle e avaliação dos sistemas municipais de saúde.

05 – *Modelo Descentralizado por Níveis de Hierarquia* – era o tipo de modelo em que o sistema era organizado de acordo com a hierarquia das atividades e serviços de saúde, sendo o Estado o responsável pela gestão do sistema de referência regional e pela administração de unidades mais complexas, enquanto aos municípios cabia manejar o cuidado hospitalar de menor complexidade e a assistência ambulatorial. (LUCCHESI, 1996: 131-132).

Entre estes, o Ministério optou por dois, o “modelo municipalizado com ênfase na regionalização” e o “modelo descentralizado por níveis de hierarquia”, destinando ao S.U.S um *modelo descentralizado e hierarquizado de saúde*, (grifo nosso) como oficializado e instituído na prática atual.

Ainda por essa época, mais precisamente em 1995, o Ministério da Saúde, em levantamentos e estudos realizados acerca do processo de desenvolvimento da descentralização do sistema de saúde, foi observando outros problemas cujas resoluções se encontravam diretamente ligadas à realização das chamadas reformas, tanto a do Estado como um todo, como as reformas específicas, entre estas a do setor saúde e a do setor fiscal como exemplo, sendo que neste setor, o fiscal, se encontrava associado o “fluxo de recursos financeiros” de grande importância na área.

Outros que permaneciam com pontos a serem resolvidos eram:

- 01 – a promoção da universalização e da integralidade da atenção à saúde;
- 02 – a regulação de participação do setor privado no sistema;
- 03 – a organização da regionalização e da hierarquização;
- 04 – a estruturação de um sistema de referência para a rede de cuidados especializados;
- 05 – o fluxo, o uso e a difusão da informação em saúde, cuja produção precisava ser fomentada e melhorada. (Fonte: HEIMANN, [et al], 2000).

Foi observado, então, que não eram poucas nem pequenas as deficiências encontradas, o que motivou a verificação se estes problemas podiam ser agrupados conforme estivessem associados a uma ou mais de uma das seguintes situações:

- a) mudança nas relações entre os municípios e respectivos estados;
- b) alterações na estrutura e nos mecanismos de financiamento do sistema;
- c) transformações a serem feitas na administração dos recursos humanos;
- d) estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência municipal;
- e) efetivação da participação da comunidade no processo;

f) definição sobre a oferta de serviços de saúde. (Fonte:Heimann, [et al],2000), o que foi confirmado.

Então, a decorrência imediata desses levantamentos foi quanto à evidência da necessidade de ser aprofundado o conhecimento do processo, sendo exigido estudos sistemáticos sobre sua aplicação, principalmente porque era essencial comprovar, com dados mais precisos, o quanto a descentralização vinha sendo realmente capaz de produzir os efeitos esperados nos estágios mais avançados de gestão, de modo a ser extraído subsídios para orientar outras gestões, ou mesmo futuras experiências de gestão.

Como também, era imprescindível que a sociedade e os meios de comunicação social fossem supridos com informações confiáveis e consistentes de modo suficiente a “inibir a

inclinação, em curso, para conclusões precipitadas acerca do processo e seus resultados, dissipando, dessa forma, possíveis equívocos a respeito do desempenho do programa.” (HEIMANN, [et al],2000).

Por essa ocasião, já se encontrava em discussão e projetada a elaboração de uma nova Norma Operacional, que veio a ser a NOB-SUS 01/96, na qual esses “problemas” foram equacionados e contemplados, pelo menos alguns deles, com orientações e resoluções a serem executadas nos órgãos, instituições, entidades e comunidades pelos sujeitos sociais dos três níveis de governo.

Essa Norma Operacional veio com a finalidade primordial de

“promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.” (NOB-SUS 01/96)

Portanto, bem discutida e procurando dirimir a maioria dos “problemas” referidos, a NOB/96 apresenta medidas de aperfeiçoamento da Gestão do S.U.S, apontando meios de reordenação do Modelo de Atenção à Saúde, na medida em que redefine:

- “a) os papéis de cada esfera de governo , em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestador de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos de fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências 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”. (Fonte:NOB-SUS 01/96).

Nesta NOB é definido o Sistema de Saúde Municipal, em que:

“a totalidade das ações e dos serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados como subsistemas, sendo um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.” (NOB-SUS 01/96, 1996)

Também nela, é observado que a criação e o funcionamento desse Sistema Municipal vem possibilitar uma grande responsabilização dos municípios no que se refere à saúde de todos os residentes no seu território. Como também, adverte que existe um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, podendo permitir que um Sistema Municipal possa se desenvolver em detrimento de outro, e que assim chegue a ameaçar a “unicidade do SUS”. E para isso ser evitado, “os Sistemas Municipais precisam se integrarem, se harmonizarem e se modernizarem, com equidade” (NOB,01/96,1996)

Quanto a inovações em Gestão do Sistema de Saúde, a NOB-SUS 01/96 identifica os papéis básicos para os gestores das três esferas de governo e, valorizando os vários estágios já alcançados pelos estados e municípios na operacionalização das condições de gestão anteriores, definiu a construção de uma gestão plena a ser conquistada por estes.

Assim, a partir dessa NOB, os municípios podem habilitar-se em: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal; enquanto os Estados, em Gestão Avançada do Sistema Estadual e em Gestão Plena do Sistema Estadual.

Considerada a NOB como um dos mais importantes instrumentos de regulação e atualização das ações do Sistema Único de Saúde, certamente continuarão sendo elaboradas e editadas na medida das necessidades do S.U.S.

Na gestão de um Sistema de Saúde tanto em âmbito estadual como municipal, torna-se indispensável a organização e estruturação do seu órgão gestor, o qual seja, uma “Secretaria de Saúde, estadual ou municipal, criada por lei, responsável pela definição das atribuições e os objetivos, bem como as estruturas organizacionais e de cargos.” (Art. 9º da Lei Orgânica Nº 8080/90).

Além disso, torna-se necessário e indispensável que o Gestor de Saúde saiba distinguir a especificidade das práticas político-gerenciais que se situam nos diversos níveis da estrutura político-administrativa de um Sistema Municipal de Saúde. Para a execução dessas práticas, o Gestor precisa conduzir um conjunto de atribuições e responsabilidades.

Nesse conjunto, destaca-se inicialmente a organização da Secretaria Municipal de Saúde, em que o gestor, para dar conta das tarefas e dos desafios da gestão de um sistema, deve saber estruturar o funcionamento do órgão gestor dentro do enfoque administrativo que tenha a flexibilidade estrutural e a capacitação técnica como investimentos importantes a esse fim.

Esse tipo de prática é bastante falho nos municípios do Piauí, e em outras partes do país também, pois, como se tem conhecimento, além das secretarias de saúde não serem estruturadas, ao menos fisicamente, como órgãos condignos à importância da função a exercer, os gestores, em grande parte dos casos, são nomeados mais pela aproximação político-partidária ao Prefeito, ou parentesco a este, do que pela capacitação técnico-administrativa e de conhecimentos inerentes à área da saúde, como requer o cargo.

Durante a realização da pesquisa, observou-se que vários prefeitos nomeiam pessoas a este cargo mais por questão pessoal, como no caso de esposas, ou pela “esperteza”

de centralizar a movimentação financeira que circula com os recursos repassados da União ao Município. Pois, em termos de recursos, a receita da saúde se constitui a segunda do município, depois do Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

No caso de prefeitos de municípios de médio porte populacional, com unidade mista ou hospital, tem mais os recursos das AIHs que circulam nessas unidades, em que eles procuram tirar proveitos políticos e mesmo financeiros. Foi comentado verbalmente e observado em levantamento espontâneo, envolvendo alguns municípios vulneráveis a esse tipo de prática, que ela vem diminuindo, mas ainda em percentuais irrisórios.

O gestor de saúde, portanto, precisa ser bom articulador com as organizações sócio-comunitárias do município e também com a Câmara Municipal, a fim de saber envolver seus participantes não apenas formalmente quanto aos atos do Conselho ou da Câmara, mas também no desenvolvimento das ações de promoção da saúde, no relacionamento com conselheiros e com os vereadores a fim de não haver dificuldade de tramitação, por exemplo, de propostas a serem incluídas na Lei Orçamentária Anual, entre outras tramitações de importância para a saúde da população.

Como a base de uma gestão é o Planejamento e a Programação, no caso da saúde se torna imprescindível um profissional, ou equipe, responsável e experiente na área, pois o Planejamento, além de ser fundamentado em problemas e necessidades de saúde da população, precisa dar conhecimento de territorialização das condições de vida e saúde, com identificação das deficiências epidemiológicas e sociais dos diversos grupos populacionais existentes no município. Conhecimentos esses necessários para a elaboração de metas e propostas de ações dirigidas ao enfrentamento dos riscos e dos danos à saúde dos grupos populacionais.

Com a proposição de implantação da Regionalização da Saúde no Estado do Piauí, é importante que o gestor de saúde tenha conhecimento detalhado no que diz respeito à

Programação Pactuada e Integrada (PPI), pois, dentro do processo de planejamento, ela é considerada um instrumento destinado a promover e garantir o acesso aos serviços de saúde de média complexidade e de alta complexidade também, se for o caso, quando não disponíveis no município. Como também, nesse tipo de Programação, é feita a orientação e a definição de alocação de recursos e dos tetos financeiros para cada município.

Um outro instrumento de gestão importante nessa área, é o Plano Municipal de Saúde, onde, além da programação físico-financeira, se encontram as diretrizes da política de saúde do município e as metas a serem cumpridas. O plano municipal geralmente tem vigência para um período de gestão administrativa do executivo.

Por se tratar de período plurianual, um plano de saúde, normalmente é elaborado, no início de cada ano de gestão, a Programação Anual de Gestão, priorizando o que deve ser realizado no decorrer daquele ano. No final de cada ano, de igual forma, é elaborado o Relatório Anual de Gestão, relatando o que foi planejado e realizado, incluindo a contabilização financeira.

A criação e o funcionamento do Conselho de Saúde em um município abre espaço para o exercício do controle social sobre as políticas municipais de saúde. Cabe ao gestor administrar em consonância com esse colegiado, prestando as informações passíveis de fiscalização e levando à apreciação do plenário além da prestação de contas, as propostas que envolvam medidas orçamentárias beneficiárias ou não à população.

As Conferências de Saúde ajudam também no controle social, já que nelas são discutidas, elaboradas e solicitadas as efetivações das diretrizes políticas de saúde a serem incluídas no Plano de Saúde, conseqüentemente a serem executadas na gestão de saúde.

Quanto à administração de recursos da infra-estrutura do Sistema Municipal de Saúde, o gestor deve conhecer ou ter alguém, ou equipe, que conheça bem as implicações de ordem contábil e financeira. Nessa área, o importante não é apenas a coordenação do Fundo de

Saúde, mas também o processo de formulação e implementação de Recursos Humanos de Saúde no município, incluindo contratação, distribuições e a elaboração do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS). Isto além da administração dos vários outros itens da infraestrutura.

Em uma gestão compatível com a contemporaneidade atual, torna-se imprescindível a implantação de um bom sistema de informática, a fim de permitir tanto o controle epidemiológico (indicadores/imunização), como o controle econômico administrativo (produtividade/custos) e o controle gerencial, com informações precisas sobre resultados, medidas em torno de equidade e impactos, além do controle social.

Dentre as medidas de gestão, não esquecer as negociações com o setor privado contratado e conveniado com o S.U.S. Embora essas atividades sejam mais de natureza política, implicam a responsabilidade do gestor de saúde em estar atento na formulação e acompanhamento de contratos e convênios estabelecidos entre o órgão gestor e entidades privadas de caráter lucrativo e, ou, filantrópicas, visando à prestação de serviços ambulatoriais e, ou hospitalares, ao órgão gestor do SUS Municipal, quando for o caso.

Nessas considerações instrutivas sobre a estruturação e atribuições da gestão de um Sistema Municipal de Saúde, convém ressaltar tanto ao gestor do Sistema quanto ao gerente de Unidade de Saúde que existe uma dimensão ética que deve ser observada e cumprida, a qual diz respeito “aos princípios e valores requeridos para o exercício do poder público, dos quais nunca é demais enfatizar a probidade, a honestidade no manejo dos recursos públicos e o compromisso com o ideal de servir aos interesses da população.” (TEIXEIRA/MOLESINI,2002). Isso principalmente quando esse exercício do poder público é destinado ao trato de pessoas na preservação da vida.

O órgão gestor de saúde do Estado do Piauí, no início do processo de municipalização, não teve a preocupação de intensificar um assessoramento instrutivo de gestão, tipo mostrado

acima, junto aos municípios, e atualmente, as conseqüências estão proporcionado gestões fragmentadas nos seus desenvolvimentos, conforme será mostrado na segunda parte desta dissertação.

No Sistema Único de Saúde, para a consolidação da gestão, além dos instrumentos de gestão apresentados, tornam-se necessários também mecanismos de regulação que possam dar conta da dinamicidade e da complexidade que a municipalização requer. Por isso foi que os debates, os estudos, as deliberações ministeriais, desde o início da década de noventa, já demonstravam preocupações com um instrumento nesse sentido.

Assim, ainda em 1991, foi editada a primeira Norma Operacional Básica da Saúde, ainda sob a predominância da Previdência Social, em que o INAMPS foi incumbido de implantar a nova política de financiamento do S.U.S para 1991, e passou a comandar o processo de implantação do S.U.S no país.

Essa medida do Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Previdência e Assistência Social, foi oficializada com a Resolução Nº 258/91, de 07 de janeiro de 1991 aprovando a Norma Operacional Básica do INAMPS 01/91, normatizando a implantação do S.U.S no Brasil.

Em seguida, no dia 10 de janeiro de 1991, foi editada a Rotina Técnica INAMPS /DAF, apresentando a disciplinação do processo de “municipalização da saúde”.

Mesmo reconhecendo a importância da edição dessa Norma, os municipalistas não acataram bem o “estilo inampsiano” de elaboração e criticaram fortemente várias medidas tomadas, ao ponto de articularem a elaboração de uma nova edição com as devidas correções, o que veio acontecer no ano seguinte, e com o nome de Norma Operacional Básica do S.U.S 01/02 (NOB-SUS, 01/92).

Desde então, as Normas Operacionais passaram a ser os instrumentos de regulação do processo de municipalização, tratando principalmente dos aspectos de divisão de

responsabilidades, das relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

Mesmo o processo de descentralização de gestão já estando em andamento, nessa época, tendo avanços com o fortalecimento da capacitação de gestão e a incorporação de gestores e outros novos atores na constituição do novo Sistema de Saúde Nacional, algumas definições e decisões de gestão ainda se apresentavam como desafios, precisando serem enfrentadas, e entre estas, se encontravam a necessidade de uma melhor divisão de responsabilidades entre as esferas estaduais e municipais; da definição de critérios para alocar recursos segundo as necessidades da população e a necessária integração dos sistemas municipais de saúde.

Então, as NOBs foram e continuam sendo implementadas, justamente no sentido de instruírem meios a enfrentarem esses desafios e outros que certamente surgirão no processo da construção do S.U.S.

Formalmente as NOBs são portarias do Ministério da Saúde, editadas sem um critério de periodicidade fixo, dependendo das necessidades do momento político-administrativo, e podendo serem reeditadas ou substituídas por outra à medida que o processo de descentralização avançar, permitindo, assim, a atualização das normas (regras) nos diferentes estágios de implementação do S.U.S.

As NOBs, “definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da saúde (8.080/90 e 8.142/90)” – (LEVCOVITZ, 2001).

As três NOBs editadas na década de 1990 apresentam importantes diferenças no que diz respeito ao contexto em que foram formuladas e de certa forma já referidos no item anterior sobre Descentralização. Todavia convém acrescentar outros aspectos referentes a elas.

A saúde foi, sem dúvida,

“a primeira de nossas políticas públicas a estruturar sua legislação infraconstitucional. E o primeiro ato inicial neste sentido foi a edição da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, a qual, à época, não sendo considerada auto-aplicável para ordenar o processo de descentralização, surgiu a necessidade de edição de instrumentos neste sentido, que passou a ser as Normas Operacionais Básicas” (ANDRADE,2003).

Assim, a primeira Norma Operacional, editada em janeiro de 1991, ainda através do INAMPS, fora designada a implantar a municipalização da saúde no país. Em seguida, mesmo no ano seguinte, foi editada uma nova versão da primeira, a NOB-SUS 01/92. Depois em 1993, a NOB-SUS 01/93 e em agosto de 1996, a NOB-SUS 01/96.

Constata-se que, no conteúdo da NOB 01/91, pouco foi rompido com o modelo estabelecido no período antes do SUS. Nela, Estados e Municípios eram tidos como prestadores de serviço e a União, através do Ministério da Saúde, atuava como uma espécie de comprador desses serviços. O instrumento utilizado para legitimar esse tipo de repasse financeiro foi o convênio, instrumento não bem aceito juridicamente, na época.

A NOB-SUS 01/93, criada sob pressão e por decisão política para impulsionar o processo de descentralização em “se cumprir e fazer cumprir a lei.” Nela, além de algumas inovações, foi criada uma nova situação em que os recursos começaram a ser repassados fundo a fundo, além da criação das instâncias Tripartite e Bipartite e condições de gestão de saúde para os estados e municípios.

Enquanto a NOB-SUS 01/96 trouxe novos tipos de avanços e aperfeiçoamentos, destacando-se além do PAB, as condições de gestão para os Estados e a discriminação de recursos destinados à assistência hospitalar a fazerem parte do Teto Financeiro da Assistência (TFA), compostos de recursos da esfera federal que são destinados à assistência hospitalar e ambulatorial.

É certo que houve avanços, mas algumas das medidas criadas trouxeram limitações na construção do SUS, como, por exemplo, na NOB 01/91 que avançou ao implementar o

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), mas gerou uma forma discriminatória de distribuição de recursos com a criação da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Pois, esse instrumento, “utilizado para estabelecer os recursos da cobertura ambulatorial de cada Estado e, conseqüentemente, dos Municípios é responsável por uma série de distorções presentes até hoje no Sistema”(Andrade, 2003) Isso devido a UCA ter sido mantida pelas NOBs seguintes, sob pretexto de preservar as características quantitativas e qualitativas da rede.

Uma outra limitação constatada é a prática do uso excessivo de portarias regulatórias, assim como a forma engessada como os recursos são repassados aos Estados e aos Municípios, através de programas pontuais definidos pelo Ministério da Saúde.

No entanto, em análise geral, pode-se concluir que a instituição das Normas Operacionais foi de grande importância no avanço da construção do S.U.S, pois, tomando como um exemplo a habilitação em gestão de saúde, nesse período de suas implantações, foi expressivo o processo de habilitação, principalmente dos municípios, resultando em um marcante aumento das transferências automáticas do fundo nacional para os fundos de saúde municipais, ou estaduais, em substituição à lógica de pagamento por produção de serviços, que eram diretas do gestor federal aos prestadores.

Observa-se também que, apesar das dificuldades de implantação de certos dispositivos das três NOBs instituídas nos anos noventa, houve avanços no modelo de descentralização adotado pela política de saúde em direção à municipalização da gestão de saúde. Como também o nível federal soube ampliar seu poder indutor e regulador sobre o processo de descentralização, ao introduzir novos mecanismos de transferência de recursos financeiros vinculados às ações e programas específicos e ao criar novas estratégias para avaliação e controle.

Portanto, as Normas Operacionais Básicas tiveram seu papel no processo de implementação do S.U.S.. Esse papel foi cumprido. Isso no decorrer da década de 90, quando elas, além de promoverem a regulamentação do S.U.S, motivaram o resgate da lógica do federalismo, em que cada ente federado – Município, Estado, União – com sua autonomia, passou a articular-se com os demais, para cumprirem, de forma compartilhada, as responsabilidades com a produção e atenção à saúde da população.

Muito embora, durante a década das NOBs, as articulações entre os municípios tenham sido focalizadas no processo de habilitação centrado mais na burocratização de atender pré-requisitos e prerrogativas de modalidades de gestão, do que nos pactos de resultados, as normatizações trazidas por elas proporcionaram ao S.U.S ser considerado hoje “o mais amplo projeto de inclusão social do Brasil” (ANDRADE,2003).

Através do S.U.S, os municípios do país passam a assumir as responsabilidades constitucionais com a saúde da população local, conseqüentemente com a saúde de todos os brasileiros.

II.3 CIDADANIA E CONTROLE SOCIAL

Consta da Constituição cidadã que **Cidadania** “*é o exercício efetivo de direitos individuais, políticos e sociais assegurados na constituição*”. (C. F.,1988)

No entanto, para chegar-se a esse tipo de conquista, muitas barreiras foram enfrentadas, quanto a uma definição coerente, quanto ao seu objetivo, seguida a dos seus propósitos de conquistas a almejar.

Para Marx, “a cidadania é um modo de alienação burguesa, centrando sua análise nas formas legal e política de participação”. Conforme Barbalet “esse autor acreditava que os direitos de cidadania ocultavam as desigualdades econômicas e sociais”. (BARBALET, 1988)

Weber tinha a visão de que “o desenvolvimento da cidadania resultou de um processo de afirmação da autonomia das cidades e do surgimento do Estado-nação” (VIEIRA, 1977)

Esse enfoque concebe a cidadania enquanto identidade dos habitantes com a sua nação, o que segundo Vieira,(1977), reflete uma visão conservadora.

Esta visão Weberiana recorrente em outros autores “é aparentemente derivada da fusão de Nação e Estado que, nos últimos dois séculos, uniu os princípios de autoridade e solidariedade” (REIS, 1995).

Marshall defende cidadania como “um status outorgado a todos aqueles que são membros plenos de uma comunidade. Todos os que possuem esse status são iguais em relação aos direitos e deveres com os quais o status é dotado.” (MARSHALL, 1967)

Conforme essas e outras considerações sobre cidadania, são encontrados diferentes aspectos, umas enfatizando valores morais, ações voluntárias, auto-ajuda, enfocando sobre os deveres, enquanto outras focalizam mais a justiça social, os direitos dos cidadãos e as obrigações do Estado. Esses conceitos, portanto, refletem o ambiente social, político e econômico, onde são dados envolvimento com os princípios de equidade, liberdade e comunidade.

No Brasil, conforme análise da história dos direitos de cidadania, constata-se que, no século XIX, foram implantados ao mesmo tempo, “os direitos civis e políticos como uma iniciativa do Estado em uma sociedade escravocrata” (MENDES, 2002). Direitos assim, fazendo ficar ausente o elemento aglutinador da identidade coletiva, sendo este o sentimento de pertencer a uma comunidade, a uma cidade, a uma nação.

Nesse caso, “o espírito público, necessário à construção da cidadania, foi sacrificado, ficando prevalente a tradição cívica, estabelecida mais do ponto de vista do Estado do que do cidadão” (VIEIRA, 1997), fazendo observar-se que no Brasil a cidadania nasceu incompleta e outorgada pelo Estado.

Essa mesma análise registra que os direitos sociais só foram incorporados no século XX, mesmo assim, de forma restrita, em que a “ação do Estado na área assistencial pautou-se por orientação tutelar e assistencialista, considerando as populações carentes como objeto de auxílio e não enquanto sujeitos de plenos direitos sociais, inerentes à condição de cidadania.” (DRAIBE, 1986:18)

O Estado brasileiro tem-se mostrado incapaz de fazer seus ordenamentos legais nas várias categorias da estratificação social, levando alguns autores a considerarem que o Brasil tem uma democracia peculiar. Entre estes, Diniz (1997) refere que

“o direito de acesso aos bens públicos e aos serviços essenciais, às instâncias políticas e à Justiça, o direito de apelar contra arbitrariedades e de exigir providências diante da omissão dos poderes públicos, estariam distribuídos de forma extremamente desigual.” (DINIZ,1997).

Observação essa, constatada por quem vem acompanhando o desenvolvimento do processo de democratização da saúde, no qual, atualmente, ainda não houve uma conquista plena dos direitos de acesso aos bens públicos e aos serviços essenciais por parte dos usuários do S.U.S.

Sabe-se que, no bojo da redemocratização brasileira iniciada na década de 80, as desigualdades sociais e as dificuldades de acesso a serviços públicos essenciais passaram a ser discutidas, despertando, assim, interesses representativos entre entidades de classe na defesa e reivindicações de melhorias na prestação dos bens públicos.

E como uma das formas de os indivíduos adquirirem consciência sobre cidadania é exercitar a participação, o despertar participativo serviu para estimular nos participantes o aumento da atividade democratizante. Já que a base para a consolidação de uma democracia é a participação dos membros de uma sociedade nas decisões políticas, econômicas e sociais, por intermédio de sindicatos, associações e partidos políticos.

Nesse sentido é que o Controle Social na área da saúde se propõe e vem constituindo instâncias representativas e deliberativas, destinadas a organizar, formular, defender e fiscalizar as políticas públicas de saúde. Essas instâncias, representadas basicamente pelos Conselhos e pelas Conferências de Saúde, formam novos espaços públicos na busca de direitos cidadãos, através do exercício participativo, reforçando os princípios da democracia na área da saúde.

O Conselho, seguindo princípios democráticos constitucionais, funciona como um processo reformulador de práticas e estabelecimentos de relações entre os diferentes segmentos sociais ligados ao setor saúde, como o setor público e o privado, profissionais e trabalhadores da área da saúde e os usuários dos serviços de saúde. E como a prerrogativa fundamental para a legitimidade desse processo de participação é o diálogo entre os atores sociais, o fórum principal de negociação entre estes é, indiscutivelmente, o Conselho.

Portanto, os Conselhos de Saúde são mecanismos de controle social com poderes deliberativos sobre a política de saúde, até mesmo sobre a utilização dos recursos financeiros. Assim é preceituado na Lei Orgânica da Saúde

Essa forma de controle social, no período anterior ao S.U.S, não havia propriamente, já que o Estado predominantemente controlava as ações dos cidadãos, da sociedade como um todo. No entanto, mesmo que o controle social em saúde tenha sido inicialmente exercido pelo Estado sobre a sociedade, essa prática não custou a ser invertida, mesmo que parcialmente, pois com as conquistas democráticas que confluíram na criação do S.U.S, hoje se tem um controle social na área da saúde estruturado e com suas influências participativas e deliberativas junto ao Estado.

Isso, mesmo sabendo-se que “a existência formal de direitos não garante a existência de um espaço público nem a sociabilidade política que a prática regida pela noção de direitos é capaz de criar” (LEFORT,1986), como no caso da realidade do Estado do Piauí, em que a

participação da sociedade civil se encontra em construção e que se desenvolve em conformidade com acontecimentos ou fatos advindos de conflitos e de desrespeitos aos direitos de cidadania.

A participação popular, portanto, é fundamental para o exercício da cidadania e visa ao controle social das ações do Estado. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde adotou, como instâncias obrigatórias para o controle social, o Conselho e a Conferência de Saúde, conforme estabelecido na Lei Orgânica complementar de Saúde Nº 8.142/90, em que a paridade é feita entre os segmentos dos usuários e o conjunto dos outros segmentos.

Essa paridade define a participação percentual de 50% de representantes do segmento social dos Usuários de Saúde, 25% do segmento social dos Profissionais de Saúde e Trabalhadores em Serviços de Saúde e 25% do segmento dos Gestores e Prestadores de Serviços Públicos, Filantrópicos e Privados de Saúde, devendo ser cumprida tanto na composição de um Conselho de Saúde, como na composição do conjunto de Delegados a participar de uma Conferência de Saúde.

O que se observa e entende a esse respeito é que esses segmentos tendo objetivos e interesses diferentes, sendo às vezes até antagônicos, as discussões entre seus sujeitos trazendo superações ou enfrentamentos, tornam-se necessárias ao estabelecimento de pactuações para as deliberações beneficiárias aos interesses coletivos da população. Essa perspectiva faz-nos confirmar e levar à discussão sobre a “real pertinência do controle social como mecanismo propiciador da democracia e da cidadania.” (SOUSA, 1998).

Portanto, os Conselhos, assim como outros instrumentos participativos dentro da prática de cidadania, proporcionam buscar novas relações que possibilitem compreender de maneira articulada e interativa os problemas sociais, podendo identificar e acionar instrumentos outros de intervenção que permitam melhorar as condições de vida da população.

Realmente é produtivo combater com outros meios que não sejam os tradicionais da violência individual e coletiva, como podemos entender os efeitos da cidadania no combate propiciador da mudança do “nosso modo de estar no planeta.” Como também, em nosso meio coletivo, os seus efeitos nas mudanças dos hábitos de cuidados com a saúde pública, proporcionados pelas formas de entendimentos através do diálogo entre os atores sociais, tanto em conselhos como em conferências de saúde, fazendo com que realmente o Controle Social seja um mecanismo propiciador de democracia e de cidadania.

Cidadania que, na área da saúde, objetive promover a equidade na atenção à saúde, a redução das desigualdades regionais e a ampliar a oferta de ações da saúde, garantindo a universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais. Para isso, precisa que *os direitos de cidadania saiam das “declarações” e passem a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros* (Grifo nosso).

CAPÍTULO III

A MUNICIPALIZAÇÃO E O TRADICIONALISMO POLÍTICO CULTURAL DO CONSUMO DE SAÚDE

“A Cultura se forma a partir de valores que vão sendo incorporados com o passar do tempo” (BRASIL,2000).

Os costumes da burguesia e as obediências da população às ordens reais da época do império persistiram, de certa forma, nas primeiras décadas da República no Brasil, fazendo as famílias da elite burguesa continuarem sobrepujando as famílias pobres, formando um tipo de tradicionalismo político familiar com predominância até meados do século vinte.

Esse tipo de tradicionalismo teve poucas mudanças com incorporações de novos valores culturais e políticos após a “era Vargas”, em especial nos interiores dos Estados, onde as famílias dos senhores de engenhos ou dos fazendeiros passaram a formar um novo tipo de “elite burguesa”, em que os chefes destas famílias, normalmente possuidores de grandes fazendas de gado, em especial no Piauí, eram patenteados de “coronéis” e assim passaram a ostentar a mais importante “patente de poder” das regiões de suas abrangências, mesmo no comando político e administrativo da coisa pública, inclusive na área da saúde. E no Piauí, não foi diferente dos demais estados do país.

Com o passar dos anos, os avanços nas áreas do processo democrático do país, dos costumes sócio-culturais, da ciência, da tecnologia e da saúde pública, fizeram surgir importantes valores sócio-político-culturais que proporcionaram mudanças na cultura política administrativa tradicional. No entanto, certos comportamentos e ações do consumo de saúde dessa época conservadora ainda persistem entre atores da área da saúde e de áreas correlatas, em detrimento ao livre acesso aos serviços de saúde e ao bem estar das populações carentes.

Assim, os avanços tecnológicos, as mudanças comportamentais e as necessidades de reformas fizeram com que durante a década de 90 na América Latina em geral, e no Brasil em particular, fosse implementado um conjunto de reformas estruturais, objetivando modificar os conteúdos, as dinâmicas, os processos e as inter-relações no terreno das políticas públicas.

Essas reformas foram propostas principalmente para enfrentarem a prolongada crise dos anos 80, caracterizada pela desarticulação administrativa no aparelho estatal com defasagens distributivas nos recursos do setor público, entre outros fatores determinantes.

Então, as experiências de reformas setoriais em saúde, com um discurso em busca da equidade na atenção à saúde, da eficiência de gestão e da efetividade do sistema de saúde para satisfazer as necessidades da população, sendo que em grande parte determinadas por uma agenda internacional (BANCO MUNDIAL, 1993), inclusive no Brasil, identificaram como problemas centrais dos sistemas sanitários, “a inadequada distribuição de recursos, a iniquidade no acesso aos serviços de saúde, a ineficiência dos gastos públicos e a explosão dos custos.” (URBANEJA,2000).

Nessa perspectiva, o discurso neoliberal reitera o argumento da incompetência do Estado para responder pela gestão da saúde e recomenda a privatização, a comercialização, a regulação do sistema de atenção pelas regras do mercado e a não responsabilização da prestação direta de serviços de saúde por parte do Estado.

Seguindo essa proposta, o consumo de saúde é reforçado mesmo em tempos atuais, com a descentralização das ações e serviços de saúde, quanto mais na época da primeira metade do século passado (Século XX) com o centralismo administrativo, em que a saúde não era considerada constitucionalmente como “direito de todos e responsabilidade do Estado.” (C.F. 1988)

Por essa época do século passado, no Piauí, documentos constam que não existia um órgão de gestão da saúde no Estado Apenas o Hospital Getúlio Vargas, recém- inaugurado,

em 1941, se destacava como referência a todos assuntos da área da saúde, tanto que foi criado o Instituto de Assistência Hospitalar (IAH) para gerenciamento dos hospitais existentes no Estado, demonstrando assim o centralismo de consumo da saúde.

As dificuldades que enfrentava o setor saúde, na década de 60, no Brasil, eram grandes, quanto mais nas regiões subdesenvolvidas, como o Nordeste, em que os recursos de qualquer natureza eram escassos e as necessidades da população sempre crescentes. No Piauí, isso se complicava devido a vários fatores, em especial a “má aplicação dos poucos recursos, principalmente em virtude da carência de informações precisas e a falta de dados concretos propiciadores de uma visão realística dos problemas de saúde da população local, dificultando, assim, uma programação de saúde adequada à realidade existente” (SALMITO,1989).

Mesmo assim, no início dessa década, em 1962, em Teresina, com a criação da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI), que passou a administrar e a desenvolver as ações preventivas e curativas da área da saúde, outros acontecimentos passaram a acontecer, como a criação do Curso de Medicina, a inauguração da Casa Mater, a reforma do Hospital Getúlio Vargas, os quais juntos “introduziram profundas modificações sociais, políticas, econômicas e culturais no perfil e nas relações de trabalho no setor médico do Estado do Piauí” (RAMOS,2003).

Por outro lado, a política administrativa partidarisada pelos “coronéis-modernos” ou chefes políticos influenciava bastante com seu assistencialismo em outras áreas, passando também a influenciar na área da saúde, principalmente nos municípios menores, onde esses “senhores patenteados”, mesmo não sendo prefeitos, ditavam as normas e ordens, especialmente nos períodos eleitorais.

Normalmente, esses “chefes políticos” eram correligionários do Governador do Estado e dos parlamentares estaduais e federais, havendo sempre inter-relações nos assuntos de interesses políticos administrativos e pessoais.

Enquanto isso, nas cidades maiores como a capital, Teresina, esse tipo de “coronelismo” existia de outra forma, através dos empresários, e em áreas setoriais, como por exemplo no setor da saúde, em que empresas do ramo de laboratórios, equipamentos hospitalares e de serviços privados de saúde, procuravam influenciar e influenciavam nas decisões do Governo quanto ao consumo de saúde.

. Por essa época, existia o Instituto de Assistência Médica Hospitalar do Estado, que passou a buscar parcerias no setor privado, fazendo ficarem quase esquecidos os serviços de saúde do setor público.

A partir dessa atitude do Governo Estadual, foi despertada a cultura da construção de unidades hospitalares como solução para os problemas da saúde, sendo dado início a financiamentos de construções de hospitais estaduais nos principais municípios do Estado e motivando aos prefeitos de outros municípios a usarem dos prestígios políticos na concessão de construção de unidades mistas de saúde em suas cidades.

O interesse desses políticos era maior por Hospitais ou Unidades Mistas, tanto por lhes darem destaques político-administrativos, em mostrarem serviços, como visavam ao montante de recursos que passaria a ser movimentado nessas unidades de internações hospitalares, já que naquela época não havia repasse financeiro federal direto aos municípios. Por outro lado, nas “entrelinhas”, essas construções passaram a solucionar outros problemas financeiros, do que propriamente os de saúde, sendo que a aquisição aleatória das “AIHs” e firmação de convênios eram livres, sem haver avaliações e fiscalizações destes por órgãos superiores.

Em várias regiões do Estado, começou a notar-se um tipo de migração de pessoas para lugares onde eram oferecidas melhores condições de vida, tanto em trabalho como em assistências às necessidades primárias da saúde, como nas cidades, o que passou a ocasionar as migrações internas.

Essas migrações passaram a se intensificar a partir da década de 70, contribuindo para uma

“urbanização acelerada e desordenada que influenciou o direcionamento dos serviços públicos de saúde sob responsabilidade do Estado, desenvolvendo-se uma rede de assistência ao atendimento no nível secundário e terciário de atenção à saúde nas cidades de maior porte como Teresina, Parnaíba, Picos e Floriano, ao mesmo tempo em que ocorria a expansão de serviços de atenção primária nas cidades de menor porte, principalmente na zona rural.” (PEDROSA,1997)

No entanto, a partir do Governo de Dirceu Mendes Arcoverde (1975-1978), em que a Saúde como instituição ganhou Estatuto de Política Pública e seu Órgão Gestor, a Secretaria Estadual, tendo uma reforma importante, “passou a integrar a estrutura do sistema de administração do Governo do Piauí, sendo definido seu papel como espaço de operacionalização das ações governamentais.” (PEDROSA,1997). Outras medidas inovadoras no que se refere ao financiamento possibilitaram a expansão da rede pública de prestação de serviços.

Entre as medidas de financiamento destacam-se as concessões de recursos do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que possibilitaram construções e ampliações de hospitais na capital e nas sedes das Regionais de Saúde, como também construções de Unidades Mistas de Saúde em outras cidades e de Postos de Saúde na zona rural.

Os investimentos na rede física estadual, juntamente com os conseguidos pelos prefeitos através de emendas parlamentares, fizeram e ainda fazem o Piauí ser o Estado nordestino de maior rede pública de prestação de serviços de saúde, em termos de capacidade instalada.

Analisadas as origens desta proliferação de unidades de serviços de saúde, foi observado que as unidades hospitalares que não foram projetadas nem construídas pelo Governo do Estado, normalmente eram pleiteadas pelos Prefeitos junto ao Governo Estadual ou diretamente ao Governo Federal, sendo a este, através das Emendas Parlamentares, principalmente entre os prefeitos que contassem com apoios de Senadores ou Deputados Federais em Brasília.

Este procedimento da emenda parlamentar era adotado assim, diretamente ao Governo Federal, antes da criação do S. U. S, pois, depois da instituição das Comissões Intergestores Bipartites, esses pleitos passaram a obedecer à hierarquia ascendente, ou seja, antes precisando ser aprovados, em cada Estado, em sua respectiva Comissão Bipartite, para depois, através dessas comissões, serem encaminhados ao Ministério da Saúde.

Conseguida a aprovação do pleito, construída e equipada a unidade de saúde, esta era entregue à gestão do Município pleiteante, o qual ficava responsável pelo funcionamento da mesma. Então, para o seu funcionamento era necessário o essencial, ou seja, os recursos humanos qualificados, em especial os médicos, o que era mais difícil, principalmente naquela época, em que no Estado do Piauí não existiam instituições de ensino superior formadoras desses profissionais, e os poucos existentes se concentravam em Teresina.

Então, os prefeitos recebiam a unidade de saúde, faziam a festa de inauguração, depois procuravam providenciar junto ao Governo do Estado, mais precisamente na Secretaria de Saúde do Estado, credenciamento e outra forma de condição para contratação dos recursos humanos especializados e a aquisição dos insumos necessários ao seu funcionamento.

Conseqüentemente, com a escassez de profissionais da área da saúde, mesmo os de apoio, os atendimentos oferecidos eram precários, e algumas dessas Unidades inauguradas chegaram a se tornar “elefantes brancos” por um certo tempo.

Ainda hoje, continua o paradoxo, um Estado com a maior rede pública de serviços de saúde em termos de capacidade física instalada, mas com o menor quadro de recursos humanos capacitado à assistência nesses serviços de saúde.

Em meados da década de setenta, além de indícios dos primeiros movimentos de organização da sociedade civil representativa, em defesa dos direitos sociais trabalhistas e as condições de trabalho nas instituições públicas de serviços da educação e da saúde, foram notados também, na previdência social, sinais de insatisfações da clientela previdenciária referentes à carências nos atendimentos.

Por essa ocasião, em Teresina, a assistência médica previdenciária era feita em maior escala no Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários (IAPC), já com um prédio “suntuoso” na praça João Luiz Ferreira, onde os segurados e seus dependentes eram atendidos nas várias especialidades médicas existentes e de onde, se preciso, eram encaminhados aos serviços conveniados com o INAMPS.

Enquanto que os “indigentes” eram atendidos no Serviço de Atendimento Médico de Urgência, mais conhecido como “SAMDU”, da SESAPI. Esse Serviço adotava atendimentos através de plantões médicos permanentes, e geralmente tinha demanda em excesso, principalmente pela escassez de outro Serviço de Saúde desse tipo, na cidade e mesmo na região.

Os tratamentos mais especializados, dependentes ou não de internações hospitalares, eram encaminhados para o Hospital Getúlio Vargas, o único Hospital Geral do Estado na capital, onde eram lotados os principais médicos especialistas e onde eram realizados quase todos os tipos de cirurgias disponíveis à época. Os leitos hospitalares eram distribuídos em

enfermarias e em alguns tipos de apartamentos para casos de maiores cuidados assistenciais especializados.

Com o aumento da demanda e certamente necessidades financeiras de investimentos, os “promotores do consumo de saúde” passaram a influenciar no incentivo da prestação de assistência especial, e o Hospital passou a dispor de Apartamentos Especiais para segurados da Previdência Social e para pacientes particulares.

Uma outra particularidade implicadora de carências nessa área da assistência à saúde da população era e ainda hoje é a grande extensão territorial do Estado, principalmente entre os extremos do Norte ao Sul, normalmente com uma população dispersa e de predominância rural, em especial nos municípios da zona Sul, o que segundo Amparo Salmito (1987), “a sua situação de saúde devia ser vista de forma regionalizada, sem no entanto perder a formação conjunta do todo”. (SALMITO,1987)

Seguindo esse raciocínio, entre outros fatores da época, como a complexidade administrativa, variações demográficas, econômicas e sociais, levaram a Secretaria Estadual de Saúde, em 1969, a fazer uma divisão do Estado em 06 Regiões Administrativas de Saúde, sendo localizadas suas sedes respectivamente nos municípios de Teresina, Piripiri, Floriano, Picos, São João do Piauí e Bom Jesus.

Dez anos depois, em 1979, foi feito pela Secretaria Estadual de Saúde uma alteração nessa distribuição regional, sendo acrescentada a Sétima Região Administrativa de Saúde, com sede no município de Corrente, no sul do Estado.

Referindo-se ainda à época desta primeira divisão regional de saúde, anos 60 e 70, Amparo Salmito (1987) acrescenta que

“a divisão física oficial foi feita, mas em termos funcionais a regionalização ainda não se efetivou, não existindo uma infra -estrutura satisfatória e não havendo uma organização de serviços de informações que possam caracterizar o estado de saúde no âmbito regional, o que dificulta uma atuação mais eficiente do setor e a determinação de prioridades para ações de saúde.” (SALMITO, 1987).

As Regionais Administrativas de Saúde, depois Diretorias Regionais de Saúde (DRS), tiveram grande importância na representatividade administrativa da SESAPI no interior do Estado, em especial quanto à distribuição de insumos, como medicamentos e vacinas, além de outras prestações de serviços e não só nos municípios sedes, como também nos municípios circunvizinhos a estes.

Isso, principalmente dos anos 60 aos anos 80, quando, não havendo Secretarias de Saúde na maioria dos municípios, os medicamentos e vacinas enviados de Teresina a cada Regional e desta eram encaminhados para as prefeituras ou hospitais dos municípios e destes distribuídos à população, ou aplicados, quando se tratava de vacinas.

Sobre esse fato, me testemunhou a conselheira Adélia Nascimento, de Bom Jesus, que naquela época trabalhava na Diretoria Regional de Saúde em Bom Jesus, dizendo que:

“antes de ser criada a Secretaria Municipal de Saúde deste município e de vários outros aqui por perto, os medicamentos a serem distribuídos vinham de Teresina diretamente para a Diretoria Regional de Saúde, então a gente avisava aos municípios contemplados, geralmente para as prefeituras e estas mandavam apanhá-los.”

Atualmente as Diretorias Regionais de Saúde, em número de 17 , embora sejam reconhecidas de importância descentralizadora da representatividade gestora da Secretaria Estadual de Saúde no interior, se encontram com infra-estrutura física e equipamentos da “rede de frios” ainda precários e também com os recursos humanos defasados e desestimulados pelas condições de serviços e de remunerações, conforme declarações verbais de alguns funcionários das regionais.

Reportando a épocas mais recentes, consta que os produtores privados de tecnologias e serviços de saúde, seguindo a tese de que, “nos centros urbanos maiores ocorre uma concentração e maior circulação de capital”(grifo nosso), continuam se concentrando em centros urbanos mais populosos, como em Teresina, Picos, Parnaíba e Floriano, onde

procuram expandir serviços de definição diagnóstica e de tecnologia de ponta nas intervenções clínicas e cirúrgicas, mais no propósito de estímulo ao consumo de saúde, do que de expansão dos mecanismos de construção do S.U.S.

Tanto esses, como outros antecedentes, que marcaram e vêm marcando a “institucionalização da saúde pública no Estado, evidenciam a vinculação desta organização com o poder político, cuja dinâmica tem definido a expansão de serviços como estratégia.” (PEDROSA, 1997). Estratégia essa que usada de forma indevida por alguns administradores, vem proporcionando dificuldades à operacionalização da Municipalização da Saúde no Estado.

Esta vinculação com o poder político continua dificultando e tornando traumático superar resistências às inovações de implementação dos instrumentos gerenciais de construção do S.U.S, que contrariam interesses políticos de ordem financeira. Isso certamente como reflexo do “cenário sombrio do consumo de saúde” instalado no Piauí por muitos anos e que ainda vem persistindo, com outras artimanhas, com propósitos lucrativos preponderantes a interesses sociais.

O cenário sombrio referido se caracteriza pelo forte interesse financeiro nos procedimentos de internações hospitalares, proporcionando uma verdadeira “guerra” para a aquisição ou o aumento da quantidade das “AIHs” para os Hospitais, Unidades Mistas públicas e mesmo Unidades de Saúde filantrópicas e privadas existentes no Estado.

Prática que se tornou tão evidente e tão explícita, que passou a ser do conhecimento popular de que, até há pouco tempo, os cargos de direção de Hospitais e de Unidades Mistas de Saúde eram “mapeados eleitoralmente”. Certos deputados estaduais ou “cabos eleitorais” com maioria de votos apresentados ou com prestígios pessoais junto ao Governador eram quem indicava os cargos de diretoria nas unidades de saúde de suas influências.

Isso acontecia em virtude de essas pessoas apresentarem maior número de votos deflagrados para o candidato majoritário ou outros da situação naquela sua região.

Os cargos geralmente recaíam em pessoas nem sempre da área da saúde ou sem capacitação técnica para exercê-los, as quais, indicadas sem a devida preocupação com compromissos assumidos junto à população usuária dos serviços de saúde, sempre apresentaram problemas de ordem administrativa interna e externa, principalmente insatisfações junto aos usuários dos serviços de saúde.

Observando-se a dimensão política administrativa executiva sempre preponderante a outras dimensões, os gestores e os profissionais de saúde se sentem mais como coadjuvantes nessa causa, do que como atores fins, sem poderem fazer prevalecer seus conhecimentos e seus propósitos, incorrendo nas ingerências prejudiciais aos atendimentos à população, como os referidos acima.

Nesse contexto de preponderância da dimensão política executiva com tomadas de decisões sem uma análise consciente das conseqüências sociais junto à população, foi se processando a descentralização das ações e serviços de saúde no Estado do Piauí, a qual era feita conforme cada município fosse cumprindo os requisitos necessários para habilitação em uma das condições de gestão estipuladas na Norma Operacional Básica do S.U.S que se encontrasse em vigência na época. Aconteceu assim desde a “NOB-INAMPS 01/91” até a “NOB-SUS 01/96”, em que os municípios procuravam apenas cumprir “burocraticamente” os requisitos exigidos para a habilitação na condição de gestão pleiteada.

Até o final de 2001, prazo findo de vigência da NOB-SUS 01/96, todos os 222 municípios do Estado do Piauí foram habilitados em uma das condições de gestão editados nesta NOB, sendo 221 na Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e 01 na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), que foi o município de Teresina.

Durante o ano de 2002, quatro outros municípios foram habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal conforme a “NOAS-SUS 01/02”, os quais foram: Água Branca do Piauí, Piracuruca, Simplício Mendes e São João do Piauí, incluindo o município de Teresina que atualizou a sua condição de Gestão Plena do Sistema Municipal em conformidade com NOAS-SUS 01 / 02.

Até o final deste ano de 2002, nenhum município do Estado do Piauí se habilitou na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) conforme a NOAS-SUS, 01/02(Fonte: CIB-PI,2002).

III.1 IMPLANTAÇÃO DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO PIAUÍ

No sentido de melhor detalhar como foi feita a descentralização das ações e serviços de saúde com fins de implantar a Municipalização da Saúde no Estado do Piauí, convém ressaltar alguns dados ocorridos próximo à criação do S.U.S, como no caso, a criação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde proposto na VIII Conferência Nacional de Saúde, embora tenha sido dado um sentido diferente dos objetivos esperados, conforme editado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

Precedendo a criação do S.U.S, foi instituído o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) através do Decreto Nº94.657, de 20 de julho de 1987, com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde. Esse Sistema também tinha como principal meta o processo de estadualização e, através deste, o de municipalização das ações de saúde.

Conforme Norma Operacional Básica, sem número(NOB-SUDS 000), editada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em junho de 1988, os estados conveniados tinham de apresentar regularmente os Planos de Aplicações de Recursos do Convênio SUDS e

das Prestações de Contas correspondentes, juntamente com os Planos dos municípios conveniados no estado.

O nome propriamente deste sistema era: Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS e os Convênios eram celebrados pelo Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social –(Inamps), com os Estados, Distrito Federal e Municípios, mediante autorização do Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social.

Com a criação do SUDS, passou a ser estimulada aos municípios a opção pelo Convênio SUDS de municipalização da saúde.

O Piauí, tendo sido o último Estado da Federação a firmar Convênio SUDS com a União, em meados de 1989, ficou pouco espaço de tempo até a implantação da NOB-INAMPS 01/91, e não havendo propriamente um tipo de estímulo financeiro nesse sentido e devido uma divulgação precária quanto às poucas vantagens, os municípios do Piauí, em sua grande maioria, não se dispuseram a firmar tal convênio.

Mesmo assim, alguns poucos municípios iniciaram o levantamento da documentação e apenas três, São Miguel do Tapuio, União e Teresina, chegaram a assinar o termo de convênio. No entanto, a morosidade da burocracia fez estes termos ficarem no esquecimento e com a chegada da NOB 01/91 perderam a validade.

Com a criação do S.U.S, sua regularização pela Lei Orgânica da Saúde N° 8080/90, e a instituição da NOB-INAMPS 01/91 oficializando pela União a implantação da Municipalização da Saúde no país, e sendo definido um tipo de estímulo financeiro, o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM), aos municípios optantes pela municipalização, os prefeitos e os secretários de saúde passaram a despertar mais interesse pela implantação do S.U.S e pela opção de municipalização da saúde oferecida por esse Sistema.

Assim, em fins de 1992, dos 148 municípios existentes à época no Estado do Piauí, 66 se encontravam com os requisitos mínimos cumpridos e fizeram a opção pela Municipalização da Saúde conforme a NOB 01/91.

A procura desses municípios por esta opção se deu em virtude do Governador do Estado, à época, Alberto Silva, mesmo em fim de mandato do seu governo, ter incentivado os municípios a se apressarem a fazer esta opção pela municipalização da saúde, a fim de receberem recursos financeiros e outras vantagens com a municipalização.

Com essa forma de incentivo aos municípios e falta de um assessoramento técnico a estes municípios, na própria Secretaria Estadual de Saúde, um grupo de técnicos e profissionais da área da saúde, na capital, organizou um escritório disponível à elaboração da documentação necessária a este fim, em tempo recorde, e surgiram as contratações pelos prefeitos. Então, a elaboração dos planos municipais de saúde e os encaminhamentos de modelos para criação das leis municipais dos Conselhos e Fundos de Saúde foram providenciados em tempo hábil, possibilitando estes municípios darem entrada da documentação de opção à municipalização da saúde, junto à Secretaria Estadual de Saúde, conforme o proposto e aguardarem a tramitação de habilitação pelo Ministério da Saúde.

No entanto, com a mudança de Governador e de Secretário de Saúde no Estado, e surgindo novas instruções do Ministério da Saúde quanto ao processo de municipalização, as promessas não foram cumpridas como os prefeitos esperavam e os 66 municípios não conseguiram fazer a opção pela municipalização da saúde conforme a NOB 01/91.

Recorrendo ao arquivo da Assessoria Técnica da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, foi possível analisar vários documentos, 41 ao todo, constatando-se a estratégia usada para elaboração rápida da documentação, em que os “Planos Municipais de Saúde” e as “Leis” de criação dos Conselhos e Fundos de Saúde são verdadeiras cópias, mudando, de um município

a outro, apenas os nomes específicos de cada município e de seus dirigentes nos Planos e os números e datas nas leis.

Foram observadas outras irregularidades por descasos da atenção nas mudanças de nomes de um plano de saúde para outro e na repetição de um mesmo valor do custo a ser gasto com as despesas de instalação do Conselho ou do Fundo de Saúde em alguns municípios, revelando o pouco compromisso com o significado e a importância dada a este tipo de opção pleiteada pelos municípios.

A edição da Norma Operacional Básica do S.U.S 01/93, trazendo um outro tipo de estruturação e disciplina nas formas de gestão de saúde e também de financiamento, como a habilitação dos municípios como gestores de saúde (incipiente, parcial, semiplena), transferência regular e automática do teto global da assistência e a criação de comissões intergestores, fez prefeitos e gestores de saúde despertarem mais interesse em acatar esse novo tipo de “Municipalização da Saúde”.

A Norma Operacional Básica do SUS, editada em 1993, propunha, para efeito de habilitação em uma de suas condições de gestão, a elaboração de um Plano Municipal de Saúde, onde constasse a inclusão das “diretrizes políticas de saúde do município”, discutidas e deliberadas em plenário de uma Conferência Municipal de Saúde, assim como a inclusão de outros assuntos importantes para o desenvolvimento do setor saúde no respectivo município.

Uma outra inovação, incluída nessa Norma, foi a instituição das instâncias de negociações e pactuações entre a União, Estado e Municípios, sendo estas, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com sede em Brasília e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) com sede em cada capital de Estado.

A partir de então, as conferências municipais de saúde passaram a ser coordenadas e assessoradas por esse tipo de instância, ou seja, pela Comissão Intergestores Bipartite estadual. No Piauí, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB-PI) foi instalada em junho de

1993. Ainda neste ano, através do Coordenador e do Secretário Técnico desta Comissão, foram assessoradas as primeiras conferências realizadas oficialmente no Estado.

Essas conferências, conforme registros na Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Bipartite/PI, foram realizadas nos municípios: Demerval Lobão (10/10/93); São Julião (23/10/93); Esperantina (27/10/93); Jaicós (24/11/93) e Redenção do Gurgéia em 04 de dezembro de 1993. Municípios esses que, posteriormente a estas conferências e apresentando os outros requisitos necessários, foram habilitados na Condição de Gestão Incipiente, conforme a NOB-SUS 01/93.

O primeiro Coordenador Estadual da Comissão Intergestores Bipartite do Piauí e estruturador do Regimento Interno de realização dessas conferências disse, na época, que

“a importância deste tipo de reunião plenária, principalmente neste início de implantação do S.U.S no Piauí, é fundamental quanto às informações e conscientização popular sobre a construção do novo Sistema de Saúde, incluindo as instruções sobre o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, a estruturação da secretaria municipal de saúde, o funcionamento do Conselho, a coordenação do Fundo de Saúde, a discussão das diretrizes políticas de saúde do município, entre outros temas necessários a serem dados conhecimento à população” (NETO, 1993).

Na condição de Secretário Técnico da Bipartite nas primeiras conferências, tive a oportunidade de participar dos eventos e observar a importância do interesse despertado aos delegados, principalmente os vindos de povoados distantes da cidade, quanto a informações sobre a saúde propriamente dita e quanto aos direitos que eles têm como cidadãos.

Consta ressaltar, conforme enfatizou o Coordenador da Bipartite, que o incentivo e a organização de conferências de saúde é uma atividade mais específica do Conselho Estadual de Saúde, mas este, à época, não estando devidamente estruturado a esse fim, fez com que a Comissão Intergestores Bipartite, se encontrando mais envolvida com habilitações de municípios em gestão de saúde, assumisse essa atividade a fim de agilizar os pré-requisitos de descentralização das ações e serviços de saúde nos municípios.

No ano de 1994, continuando com a realização das conferências municipais e de igual forma com o trâmite do processo de implantação da descentralização de gestão da saúde no Estado, a Comissão Bipartite registra que 71 municípios foram habilitados na Condição de Gestão Incipiente. Desses municípios, 28 realizaram suas conferências sem a participação presencial de representantes da Comissão Bipartite. Medida essa discutida e validada na Bipartite, desde que fossem realizadas de acordo com as instruções aprovadas por essa Comissão e comprovada a realização através do Relatório Final da Conferência.

O município de Teresina, no ano de 1994, foi o único a pleitear e ser habilitado na Condição de Gestão Parcial, em conformidade com a NOB/SUS 01/93.

Nos anos de 1995 e 1996, conforme arquivos da Comissão Intergestores Bipartite, houve uma considerável redução nas solicitações de habilitação dos municípios, tanto que em um levantamento realizado pela Comissão Bipartite, antes da II Conferência Estadual de Saúde do Piauí, (26 à 29 / 06 / 96), o resultado obtido correspondente à vigência da NOB-SUS 01/93, foi o seguinte:

Municípios habilitados na Condição de Gestão Semi-Plena.....	01
Municípios habilitados na Condição de Gestão Parcial	06
Municípios habilitados na Condição de Gestão Incipiente	91
Municípios não habilitados em nenhuma destas condições	50
Total dos municípios existentes à época, no Estado	148

Observando esses dados, nota-se que na condição mais acessível de habilitação, a Incipiente, apenas 20 municípios se habilitaram no período de quase dois anos, enquanto outros seis passaram para a Condição Parcial e mais uma vez, apenas o município de Teresina consegue assumir habilitação na condição Semiplena, em conformidade com a NOB-SUS/93.

Neste levantamento é observado também que 50 municípios do Estado do Piauí não se dispuseram a pleitear a descentralização de gestão da saúde até o ano de 1996. O período da

vigência da NOB01/91 até o fim da vigência da NOB-SUS 01/93 é considerado como “o primeiro período de implantação do S.U.S no Estado do Piauí”(grifo nosso), no qual foi comprovado considerável resultado no processo de descentralização de gestão da saúde, com habilitação de mais de 50% dos 148 municípios existentes à época.

O Estado também, por essa época, precisava cumprir alguns requisitos para poder desenvolver certas ações junto aos municípios. Um desses requisitos era a criação do Conselho Estadual de Saúde, o que veio acontecer no dia 22 de dezembro de 1992, através da Lei Estadual Nº 4.539/92. No entanto, o Conselho foi instalado apenas no dia 31 de maio de 1993, com a posse dos primeiros conselheiros estaduais de saúde feita pelo Governador Freitas Neto, no Palácio Pirajá, sede do Governo à época.

Convém recordar que a luta pela criação e implantação do Conselho Estadual de Saúde do Piauí começou logo após a criação do S.U.S, sendo solicitado em um documento dirigido à Assembléia Constituinte do Estado, em abril de 1989, se intensificando num Seminário sobre o SUDS, promovido pelo Movimento Popular de Saúde (MOPS) e tendo sido criada até uma Comissão Pró-Conselho de Saúde, conforme visto no I Capítulo, mas apenas no ano de 1992 foi efetivada sua criação.

Essa instância colegiada, o Conselho Estadual de Saúde, destinada a funcionar como instrumento de controle social, apresentava em seu Regimento Interno (inicial) competências de poder “estabelecer instruções e diretrizes gerais para formação dos Conselhos Municipais” e “opinar e decidir sobre as diretrizes de descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios” (Art. 2º do R.I-CES/PI), tendo sido reformulado depois.

Em Atas desse Conselho, encontra-se registrado que as suas primeiras reuniões foram bastante tensas, em virtude de acirradas discussões entre representantes de Sindicatos e o Secretário Estadual de Saúde e Presidente do Conselho, à época, Benício Parentes de Sampaio, devido às consequências de uma greve dos funcionários do Serviço de Pronto

Socorro do Hospital Getúlio Vargas desencadeada na época, estando esta em andamento e precisando ser resolvida através de negociações mediadas em plenário do próprio Conselho.

Com o intuito de procurar ajudar nas ações de divulgação e implantação do S.U.S no Estado do Piauí, ainda em 1988, foi criada a “Comissão Pró-SUS” por sindicalistas e profissionais da área da saúde e serviço social, a qual apresentou para apreciação e possíveis deliberações do Conselho Estadual de Saúde do Piauí, em 1995, um documento crítico-propositivo intitulado “A ousadia de cumprir a Lei no Piauí.” Este, parafraseando o documento de âmbito nacional “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”, de teor semelhante, faz importantes comentários críticos sobre a situação político-administrativa da saúde na época.

Um dos comentários deste documento piauiense ressalta que:

“As Secretarias Estaduais de Saúde, entre estas a do Piauí, que consolidaram o poder político através da montagem de redes de postos de saúde e mini-hospitais indiscriminadamente, hoje não admitem, à luz das competências legais que não cabem mais a elas o desenvolvimento destas atividades. A Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI) cada vez mais envolvida na tarefa deste tipo de execução, não tem conseguido se reestruturar de forma a assumir seus novos papéis e o que se tem visto é a insuficiência na produção de dados e informações, precariedade na assessoria aos municípios e nenhuma transparência nas suas ações.” (Pró-SUS, 1995).

Esse comentário retratando a situação e comportamentos administrativos da época referida está em conformidade com opiniões de quem convivia nesse universo e mesmo trabalhava em um dos órgãos da área da saúde, como ressalta o autor deste trabalho.

E, continuando, o comentário de introdução do documento acrescenta que as limitações das secretarias não são apenas de ordem técnica, pois a Saúde Pública tem sido privilégio nas mãos de interesses privados. “Os governantes não abrem mão do clientelismo e do fisiologismo. Vários deputados são donos de hospitais e qualquer ousadia no cumprimento da Lei poderá levá-los a perder maioria nas Assembléias.”(Pró-SUS,1995).

Por outro lado é constatado que a Saúde Pública sofre constantes e redobrados ataques no sentido de quererem promover sua privatização, alerta o documento dizendo que:

“assistimos a uma ação premeditada e planejada de sucateamento e fechamento de rede pública de saúde, de forma a desacreditá-la junto à população e, deste modo, preparar terreno para a privatização. No Piauí, este processo se manifesta através da terceirização, ou seja, equipamentos e serviços públicos são operacionalizados e executados por empresas particulares. Como também, outra forma manifestada de privatização é a existência de leitos particulares nos hospitais público.” (Pró-SUS,1995).

Com tudo isso, entende-se que, enquanto a Saúde Pública estiver ligada a interesses corporativos e clientelísticos, será árdua a tarefa de construção do S.U.S. A IX Conferência Nacional de Saúde foi clara na sua conclusão de que não há dúvidas se o S.U.S deve ser implantado, o que nos cabe é cumprir e fazer cumprir a Lei. Hoje, “a discussão que se faz, é como vigiar a implantação do S.U.S, pois a municipalização da saúde no Piauí tem sido apenas o cumprimento de um ritual burocrático.” (Pró-SUS,1995).

Além de ter feito essas importantes e válidas considerações, o documento apresentou várias propostas a serem discutidas e deliberadas pelo plenário do Conselho Estadual de Saúde do Piauí, no entanto, por estas serem quase todas combativas ao comportamento e ações do Executivo, foram apenas lidas na reunião do dia 14 de fevereiro de 1995, sem ter sido motivado ou mesmo despertado interesse de discussão em plenário, ficando essas propostas pouco tempo depois, no esquecimento.

Sendo as NOBs instrumentos reguladores da descentralização de gestão da saúde no Brasil, a edição da NOB-SUS 01/96 passa a caracterizar a segunda parte da implantação do S.U.S no Piauí, ou melhor, o início da implementação dos seus diversos instrumentos de gestão da saúde descentralizada.

Essa NOB, editada em 1996, mas efetivada propriamente apenas em 1998, em especial as mudanças referentes ao Piso da Atenção Básica, tornando-se este o principal instrumento

incentivador das novas habilitações em gestão de saúde de praticamente todos os municípios do país, no Piauí não foi diferente, ocorrendo em todos, conforme veremos.

“Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão” é o slogan da edição dessa Norma, o qual retrata o quanto ela foi elaborada com esmero e talhada a ser destaque entre as demais NOBs editadas nos anos 90.

Isso é comprovado através de seu conteúdo, onde importantes esclarecimentos perdurarão por muito tempo orientando os gestores, estudiosos e mesmo outras normas referentes à saúde que virão neste novo milênio. Entre esses esclarecimentos, podem ser enumerados alguns temas, tais como:

- a) - Campos da Atenção à Saúde: o da assistência, o das intervenções ambientais e o das políticas externas ao setor saúde;
- b) - Sistema de Saúde Municipal – o S.U.S Municipal;
- c) - Bases para um novo modelo de Atenção à Saúde;
- d) - Financiamento das Ações e Serviços de Saúde: Transparências Intergovernamentais e Contrapartidas;
- e) - Programação, Controle, Avaliação e Auditoria: Programação Pactuada Integrada (PPI) e Regionalização da Saúde;
- f) - Custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial;
- g) - Custeio das Ações de Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Controle de Doenças;
- h) - Condições de gestão do Estado e do Município, (Fonte: NOB-SUS 01/96).

Esses temas demonstram a preocupação dos sanitaristas/municipalistas em promover debates em suas entidades representativas e em outros fóruns antes da sua elaboração e embates para que a mesma fosse editada seguindo o perfil recomendado por entidades batalhadoras no cumprimento da Lei.

Garantindo o índice populacional, *per capita*, para a definição do volume de recursos financeiros a ser destinado a cada município e o repasse desses recursos do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde de cada município habilitado em uma das condições de gestão apresentadas nesta NOB, ficou confirmada e oficializada a sonhada “descentralização financeira municipal”.

Então, analisados os valores definidos para o Piso da Atenção Básica-Fixo, (PAB-Fixo), mesmo para os que acharam pouco, estes foram, de certa forma, recompensados pela instituição do Piso de Atenção Básica-Variável, (PAB-Variável) com incentivos a serem conquistados pelos municípios conforme sua organização gerencial, podendo, assim, não apenas aumentarem seus recursos, como também melhorarem as formas de assistência à sua população.

Essa forma de descentralização financeira motivou os gestores de saúde e mesmo os prefeitos municipais a proporcionarem as condições de habilitação de seus municípios o quanto antes, mesmo sabedores de que, para isso, era preciso estarem com as estruturas gestoras em funcionamento e os instrumentos de gestão instituídos em operacionalização, para poderem fortalecer a autonomia gerencial sobre esses recursos e sobre os resultados das ações e serviços de saúde.

No entanto, nem todos os municípios estavam em condições de se habilitarem conforme essa nova Norma Operacional assim, o quanto antes, principalmente os menores e mesmo alguns que estavam acabando de concluir seu processo de emancipação política, necessitaram estruturar seu órgão gestor de saúde e os instrumentos de gestão, o que demandou um certo tempo para cumprirem os requisitos exigidos conforme a Norma Operacional Básica 01/96.

Razões pelas quais muitos dos municípios não conseguiram suas habilitações de imediato, tendo alguns conseguidos apenas no final da vigência deste NOB/96, em 2001.

III.2. HABILITAÇÕES CONFORME A NOB-SUS, 01/96

Antes do anúncio oficial do valor correspondente ao Piso da Atenção Básica (PAB), no Piauí, 26 municípios se movimentaram e pleitearam logo a habilitação na Condição de Gestão Plena da Atenção Básica, sendo estes os primeiros a serem habilitados, em reunião da Comissão Intergestores Bipartite, nesta nova condição de gestão, ou seja, a Gestão Plena da Atenção Básica, em 1996.

Conforme já referido no item sobre as NOBs, por motivo de mudança do Ministro da Saúde e ajustes na NOB-SUS 01/96, principalmente quanto ao nome e valor do “PAB”, esta NOB foi efetivada propriamente apenas a partir do ano de 1998. Com isso, houve considerável demora na implantação do Piso da Atenção Básica (PAB), fazendo os outros municípios relutarem e aguardarem os acontecimentos.

Então, apenas na Reunião Ordinária da Bipartite do dia 12 fevereiro de 1998, além da aprovação dos termos de habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica de 08 municípios, foi também aprovado o termo de habilitação na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal do Município de Teresina.

O Relatório Anual da Comissão Intergestores Bipartite do Piauí, referente ao ano de 1999, registra que, no final daquele ano, praticamente todos os municípios do Estado do Piauí se encontravam habilitados conforme a NOB/96, exceto os municípios Morro Cabeça no Tempo e Pau D’Arco do Piauí. Estes por se encontrarem em fins do processo de emancipação política. No entanto, estes foram habilitados no final do ano de 2.001.

Nessa conjuntura da descentralização de gestão das ações e serviços de saúde, as habilitações regularizadas pelas Normas Operacionais Básicas constituem estratégias motivadoras para que os municípios organizem e aperfeiçoem seus instrumentos de gestão de saúde com fins de proporcionarem satisfações aos seus munícipes..

Dentre essas peculiaridades culturais, para uma melhor consistência na consolidação do S.U.S, o que precisa ser feito é direcionar os efeitos das políticas públicas no combate aos empecilhos proporcionados pelas políticas do consumo de saúde.

CAPÍTULO IV

A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE E SEU PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO NO PIAUÍ

“A municipalização da saúde no país, é o mais importante processo social da atualidade, contribuindo efetivamente no processo da globalização pela base” (CARVALHO,2000).

No Piauí, a descentralização de gestão das ações e serviços de saúde implantada nos 222 municípios já proporcionou substanciais mudanças institucionais. No entanto, quanto às mudanças nos comportamentos político-administrativos e nas ações concretas em saúde, ainda depende muito do amadurecimento político e da organização de gestão em suas bases.

Mesmo sabendo-se da precariedade da organização administrativa da maioria dos municípios do Estado do Piauí, a descentralização das ações e serviços de saúde se estende a todos os municípios, muito embora a grande maioria tenha conseguido se habilitar apenas na condição mais acessível, a Gestão Plena da Atenção Básica, conforme a NOB-SUS 01/96. Pois até fins do ano de 2001, dos 222 municípios, 221 se habilitaram na condição de Gestão da Atenção Básica, e apenas o município de Teresina na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, em conformidade com a NOB –SUS 01/96. E no ano de 2002, os municípios de Água Branca, Piracuruca, Simplício Mendes e São João do Piauí se habilitaram também na mesma condição de gestão do município de Teresina.

Essa situação mostra a grande dificuldade que a maioria dos municípios enfrenta para superar as barreiras político-administrativas do centralismo, do consumismo de saúde e do cumprimento dos requisitos exigidos pelas Normas Operacionais editadas pelo Ministério da Saúde.

Recorrendo às considerações metodológicas da pesquisa, a questão populacional dos municípios do Estado do Piauí requer esclarecimentos quanto à tipologia de porte populacional usada na pesquisa, pois, mesmo havendo uma tabela aprovada na Comissão Intergestores Bipartite do Piauí, classificando os municípios de acordo com o porte populacional em Grande, Médio e Pequeno, optou-se por incluir nessa tabela também o “Micro Porte Populacional”, em virtude de grande parte dos municípios do Estado ter menos de 5.000 habitantes, ou seja, 90 municípios. Abaixo, quadro indicando os portes populacionais conforme opção do autor da pesquisa.

FAIXA POPULACIONAL	PORTE POPULACIONAL	SIGLA
Até 5.000 habitantes	Micro Porte Populacional	Mi.P.P
De 5.001 a 15.000	Pequeno Porte Populacional	P.P.P
De 15.001 a 50.000	Médio Porte Populacional	M.P.P
Acima de 50.000	Grande Porte Populacional	G.P.P

Entre todos os municípios do Estado, foram selecionados 05 municípios como universo da pesquisa, sendo estes de regiões geográficas diferentes, com fins de mostrar as diferenciações e mesmo as semelhanças no processamento da municipalização da saúde nessas regiões. Estes municípios são: BOM JESUS, na região SUL, com população de 14.864 habitantes, sendo de Pequeno Porte Populacional (PPP); LUZILÂNDIA, na região NORTE, com 25.864 habitantes, de Médio Porte Populacional (MPP); FLORIANO, da região OESTE, com 52.684 habitantes, de Grande Porte Populacional (GPP); PICOS, da região LESTE, com 64.766 habitantes, de Grande Porte Populacional (GPP) e TERESINA, da região CENTRO-NORTE, com 703.798 habitantes, de Grande Porte Populacional (GPP) – (Fonte: IBGE,2000).

Nesses municípios e nos demais do Estado, ao desenvolverem a nova modalidade de gestão da saúde, houve alterações administrativas quanto às inovações surgidas na área da saúde e certamente quanto às pessoas envolvidas no processamento da nova política de saúde

local. Algumas das pessoas envolvidas constituem os sujeitos da pesquisa. Entre elas serão referenciados, no trabalho, os atores que representam as instâncias de poder nos municípios, *os prefeitos*, responsáveis pelas decisões de habilitações de gestão na área da saúde, assim como, pelas condições de implantação e implementação das ações e serviços de saúde nos municípios, como também, os agentes sociais que expressam as determinações, certas ou não, quanto à implantação e implementação da política de saúde local, *os gestores de saúde*. E na área do controle social, encontram-se os agentes de discussão, fiscalização e controle de gestão da “coisa pública” na formalização das políticas de saúde, que são *os conselheiros de saúde*. (Grifo nosso).

Além destes, um outro tipo de agente social que, de certa forma, tem alguma importância no desenvolvimento desse processo, é o “assessor técnico”, o qual geralmente tem seu campo de atuação no auxílio de informações e instruções técnico-administrativas junto aos gestores e mesmo junto à comunidade. Esse tipo de ator coadjuvante pode ser da área de saúde ou de área correlata, atuando como conferencista, como coordenador técnico ou consultor, na organização da Secretaria de Saúde, realização de conferências, na elaboração de documentos, entre outras atuações.

Convém ressaltar que esses atores envolvidos num mesmo contexto social podem mudar de função dependendo do fato histórico-temporal, isso fazendo com que uma pessoa, em uma época, possa ser um conselheiro de saúde ou um gestor e em outra época passe a ser um vereador ou mesmo um prefeito ou vice-versa. Movimentação essa, constante no meio político-social, caracterizando a dinâmica democrática entre estes atores sociais, junto à população dos municípios.

Durante o desenvolvimento da pesquisa e através de contatos com vários desses atores, no entrecruzamento de informações e de idéias fornecidas por estes, tomou-se conhecimento

de como são definidas as políticas de gestão da saúde na maioria dos municípios do Estado, em especial nos pesquisados.

Nesse aspecto tomando-se como referência algumas peculiaridades do cenário social e político local, inicialmente tem-se a questão da pequenez da maioria dos municípios do Estado, em que 90 municípios têm população com até 5.000 habitantes e 78 estão na faixa de 5.001 a 10.000 habitantes, enquanto o Ministério da Saúde considera municípios de pequeno porte populacional aqueles com menos de 30.000 habitantes. O que, se analisados os municípios piauienses com base nessa faixa populacional tem-se o dado de que a maioria deles seria considerada de pequeno porte populacional, mais de duzentos, mas o conhecimento dessa realidade com a presença significativa de municípios com até 5.000 habitantes, leva-se a considerar mais viável a escala que construímos com referência ao porte populacional.

Outra peculiaridade marcante é quanto ao comportamento político-eleitoral nesses municípios, pois, em contato com prefeitos de municípios de “micro-porte populacional” (com até 5.000 habitantes) e de pequeno-porte populacional (entre 5.000 a 15.000 habitantes) chega-se a constatar que as eleições desses políticos se deram e se dão (ainda) mais por força de famílias tradicionais influentes associadas as condições financeiras e vínculo partidário, do que por fatores de conhecimentos intelectuais pessoais ou por propostas e programas destinados a desenvolvimentos locais, expressos em plataformas eleitorais.

Isso retratado muito bem nas formas de campanhas eleitorais interioranas, em que o assistencialismo financeiro e a obediência ao “chefe político” ainda predominam sobre a conscientização do voto cidadão e do valor democrático de um partido compromissado com a verdade.

Ainda existem abnegados eleitores que se deixam enganar com essa forma de comportamento, no entanto, sabe-se que políticos assim são, assistencialistas, centralistas e

corruptíveis, principalmente se confrontados com adversários ameaçadores de suas vantagens eleitorais, sendo capazes de tudo para manterem a hegemonia e liderança.

Quanto aos municípios de médio-porte populacional (de 15.000 a 50.000 habitantes) e de grande porte (acima de 50.000 habitantes), a realidade se diferencia dos menores proporcionalmente às condições físicas e populacionais existentes e às adquiridas, no entanto, quanto à realidade comportamental de seus atores, existem mais semelhanças que diferenças, claro que proporcionalmente a conhecimentos intelectivos, tecnologias, condições físico-financeiras e assistenciais existentes nestes.

Essas semelhanças e diferenças serão explicitadas ou demonstradas na proporção que forem apresentados os municípios pesquisados. Nesse sentido, elaborou-se uma síntese das características e realidades de cada município da pesquisa com fins de proporcionar melhor compreensão das condições em que se desenvolve o processo de municipalização da saúde nessas localidades.

IV.1. MUNICÍPIO DE LUZILÂNDIA

PERFIL HISTÓRICO

Luzilândia, a pitoresca cidade que se localiza à margem direita do Rio Parnaíba, ao Norte do Estado, teve a sua origem em uma fazenda de gado denominada Estreito, a qual foi instalada no local onde hoje é a cidade, em 1870 pelo português João Bernardino de Souza Vasconcelos.

Essa fazenda estimulou o surgimento de uma povoação naquele lugar, onde, poucos anos depois, várias pessoas de outros lugares passaram a fixar residência. Entre as pessoas abnegadas e entusiastas com a povoação, destacaram-se os senhores Augusto Gonçalves Vale

e João Francisco Carvalho Júnior, que, sensibilizados com a fé religiosa do povo da região, procuraram superar muitas dificuldades e conseguiram a construção da primeira capela do povoado Estreito, a qual foi dedicada a Santa Luzia.

Anos depois, o lugar já bem povoado, foi elevado à categoria de Vila e sede de Município com a denominação de Vila Porto Alegre, isso por efeito do Decreto de Nº 017, de 10 de março de 1890. Em 1931, o Capitão Joaquim de Lemos Cunha, como interventor do Estado à época, mudou sua toponímia para Joaquim Távora. Quatro anos depois, voltou ao nome anterior e, em 1938, passou à categoria de Cidade ainda com o nome de Porto Alegre. No entanto, no dia 13 de dezembro de 1945, foi benta e inaugurada solenemente a nova igreja matriz de Santa Luzia e em homenagem à sua padroeira a cidade passou a ser chamada LUZILÂNDIA.

Na área da saúde, a exemplo dos demais municípios piauienses emancipados politicamente antes da Constituição de 1988, os serviços de atendimentos em saúde feitos à população eram concentrados em Casas de Saúde filantrópicas ou em Hospitais do Estado, em Luzilândia não foi diferente, pois nos anos 50 e 60, onde existia a Santa Casa de Misericórdia das “irmãs de caridade” e um Posto de Puericultura do Município, e depois, o Hospital Gerson Castelo Branco, do Estado, era onde a população recebia algum tipo de atendimento em saúde. Nessa época, o Município não tinha um órgão de gerenciamento na área da saúde, ou seja, Secretaria de Saúde.

Na segunda metade da década de 90, quando muitos municípios já se encontravam habilitados na condição de Gestão Incipiente, conforme a NOB-SUS 01/93, Luzilândia chegou a realizar sua 1ª Conferência Municipal de Saúde, em dezembro de 1996, mas sua habilitação na Condição de Gestão Plena da Atenção Básica, conforme a NOB-SUS 01/96, só aconteceu em 27 de janeiro de 1998.

Seu primeiro repasse do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo foi depositado no Fundo Municipal de Saúde em março de 1998, no valor de R\$ 21.428,33 (Vinte e um mil, quatrocentos e vinte e oito reais e trinta e três centavos), importância essa que passou a circular no Município sendo destinada a melhorias de assistência à população na atenção básica da saúde, proporcionando assim a mudança do modelo “curativista hospitalocêntrico” para o modelo de Atenção à Saúde a ser estendido à população em todo o município.

No ano de 1998, o município já dispunha de Secretaria Municipal de Saúde, de Conselho de Saúde funcionando e o Fundo Municipal de Saúde proporcionando recebimento e movimentação dos recursos do PAB fixo e variável. No ano de 1998, realizou sua II Conferência Municipal de Saúde e, continuando a desenvolver suas atividades de gestão, foram implantados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o Programa de Combate às Carências Nutricionais, a Vigilância Sanitária, entre outros programas e atividades em saúde.

No ano de 2001, foi realizada a III Conferência Municipal de Saúde com o Tema Central: “SUS Municipal, uma nova Gestão” e em 2003, a IV Conferência de Saúde teve como Tema Central “PSF – Uma Realidade Em Nosso Município”.

Com o desmembramento dos Municípios de Joca Marques, Madeiro e parte de São João do Arraial, de sua área física, Luzilândia ficou com uma extensão territorial de 735 km², e uma população de 25.612 habitantes, (IBGE 2000).

IV.2 MUNICÍPIO DE PICOS

PERFIL HISTÓRICO

Em virtude de o desbravamento do sertão do Piauí, no princípio de ocupações de suas terras, ter sido para instalações de fazendas de gado de proprietários locais ou vindos de outros estados, a origem do município de Picos, como de tantos outros do Piauí, foi através da

instalação de fazendas de gados, sendo com uma característica especial, em que algumas dessas fazendas serviam de pouso aos negociantes de cavalos, geralmente vindo da Bahia e de Pernambuco.

E outra característica comum aos demais municípios era a perseverança religiosa das pessoas onde se instalavam as fazendas, o que na origem de Picos não foi diferente, pois o marco inicial do povoamento do local onde hoje se encontra a cidade foi a construção de uma capela dedicada a Nossa Senhora dos Remédios, desde então a padroeira do local e atualmente a padroeira do município.

A povoação foi se desenvolvendo e em 11 de setembro de 1851 foi elevada à categoria de vila com o nome de Vila de Nossa Senhora dos Remédios e a sua emancipação política com o nome de PICOS aconteceu em 1890.

Na área da saúde, apenas na década de 1920 é que se tem registro da fixação dos primeiros médicos na cidade, os quais foram o Dr. Antenor Martins Neiva e o Dr. João de Moura Santos seguidos de outros. E quanto ao seu primeiro Hospital, data de 1938 a idéia de um projeto de construção por iniciativa da confraria de São Vicente de Paula, mas apenas 17 anos depois, em 1955, é que foi construído esse Hospital, o qual recebeu o nome de São Vicente de Paula.

Em 1966, no governo de Helvídio Nunes de Barros, esse Hospital foi encampado pelo Estado e atualmente é o Hospital Regional Justino Luz.

SITUAÇÃO DA SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde de Picos foi criado em 1991, por força da solicitação emergencial do Governador de Estado à época, Alberto Silva, para que todos municípios fizessem opção pela Municipalização da Saúde conforme a NOB-INAMPS 01/91, sendo este um dos requisitos, e também foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde em 1993, mas

depois desse evento não se encontrou registro de outras atividades nesta área e nem da existência de uma sede da Secretaria, sendo prestado informações sobre assuntos de saúde do município, na Prefeitura, conforme depoimento da conselheira Geovana,

“ eu lembro que antes, há muito tempo, em 93, 94, por aí, a gente não achava em lugar certo alguém da Secretaria de Saúde, não achava Secretário, não achava Tesoureiro. Naqueles anos, os servidores para receberem pagamento tinham que andar, ou seja, formavam um ou mais grupos, em que um grupo ia atrás do Secretário, outro atrás do Tesoureiro, até achá-los para poder receberem os ordenados. Pouca coisa sei da Secretaria de Saúde como Secretaria, antes de 1997”

Em 1997, com a nomeação do Dr. Osvaldo Alves Costa como Secretário Municipal de Saúde, a Secretaria foi instalada em sede própria, criado seu organograma conforme regimento interno, estruturados seus departamentos e dado início à sua informatização.

Ainda no ano de 1997, foi realizada a II Conferência Municipal de Saúde, no período de 14 a 15 de junho, com o tema central “Sinal Verde para a Municipalização da Saúde”, e no ano seguinte, em março de 1998, o município foi habilitado na Condição de Gestão Plena da Atenção Básica conforme a NOB-SUS 01/06, e recebeu o primeiro repasse fundo a fundo correspondente ao PAB-Fixo, no dia 16 de abril de 1998.

Com a habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica, o município começou a mudar os seus “indicadores de saúde, através das ações e serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde de seus habitantes e conseqüentemente melhorando a qualidade de vida da população.” (PMS-Picos,2001) No ano de 1999, no período de 11 à 12 de setembro, foi realizada a III Conferência Municipal de Saúde, com o Tema Central: “Novo Milênio! Picos na Gestão Plena do Sistema Municipal”.

Nesta Conferência, além de enfatizada as possibilidades do município ser habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, foram destacadas as melhorias no atendimento comunitário à população com a implantação e desenvolvimento do Programa de Saúde da Família, sendo ressaltado que houve um “maior acesso da população aos serviços de saúde e

uma conscientização em relação aos agravos relacionados à saúde e à necessidade de prevenção, trazendo então aumento da cobertura vacinal, de consultas do pré-natal, e ao aleitamento materno exclusivo”. (Fonte: PLANO SAÚDE, 2001/2004).

Ainda sobre esse tema, um conselheiro do segmento de Profissionais de Saúde, ressaltou que:

“com esta nova estratégia do S.U.S, o Programa Saúde da Família, a gente vê a saúde pública hoje com um sentido bem mais amplo, e que realmente, não é só em se pensar de tratar doenças, pois se sabe que existem diversos fatores, diversos determinantes que podem modificar a vida e a saúde das pessoas.”

No ano de 2001, o município de Picos realizou a sua IV Conferência Municipal de Saúde, dias 10 e 11 de novembro, com o tema central: “Saúde Integral com Cidadania e Qualidade de Vida”, tendo sido selecionado esse tema através do Conselho Municipal de Saúde, entre outros apresentados. Nesse mesmo ano, foi realizado também a I Conferência Municipal de Saúde Mental, com o tema central “Cuidar Sim, Excluir Não” sendo esta como etapa municipal para a Conferência Nacional de Saúde Mental. Convém ressaltar que Picos possui um Hospital Dia de Referência Estadual em Saúde Mental, reconhecido em âmbito nordestino e mesmo nacional.

A capacidade instalada do município na área da saúde abrange, além da sede própria da Secretaria Municipal de Saúde, a sede do Conselho Municipal de Saúde, 04 Centros de Saúde; 01 Hospital Dia de Saúde Mental, 01 Centro Odontológico Municipal, 01 Pronto Atendimento Infantil Municipal (PAIN), 01 Centro de Testagem e Acompanhamento em DST/AIDS (CTA), 01 Posto de Assistência Médica (PAM), 01 Centro de Zoonoses e 26 Postos de Saúde, estes distribuídos na periferia e zona rural.

Complementando esta rede pública municipal, o Hospital Estadual Regional Justino Luz e as unidades de saúde da rede privada, fazem existir no município, serviços de Hemodiálise, Tomografia Computadorizada, Videolaparoscopia, Videoendoscopia, Mamografia,

Densitometria Óssea, Hemocentro, Laboratório de Análises Clínicas, etc. Conforme o Gestor Municipal de Saúde, Dr. Carlos Luiz, “ressente-se a falta por parte do Hospital Regional do Estado, da instalação e funcionamento de um “berçário com incubadora” e da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mesmo já se encontrando os equipamentos correspondentes no próprio hospital”, ao que comprovei esta afirmativa na visita feita ao Hospital Regional Justino Luz.

A extensão territorial do município de Picos é de 816 Km², sua população total é de 68.974 habitantes, sendo 52.547 habitantes na zona urbana e 16.427 habitantes na zona rural (IBGE,2000). Conforme a Região Administrativa do Estado se encontra como sede da IX Diretoria Regional de Saúde e conforme o Plano Diretor de Regionalização do Estado é sede da III Macro Região de Saúde.

IV.3 MUNICÍPIO DE FLORIANO

PERFIL HISTÓRICO

O município de Floriano tem sua origem vinda dos lugares chamados: Passagem da Manga e Bom Jardim, os quais eram propriedades de Domingos Afonso Mafrense. E conta a história que no dia 20 de junho de 1864, o povoado Passagem da Manga foi elevado à categoria de Vila, mas em 19 de junho de 1890 a sede da Vila foi transferida para o povoado Bom Jardim com o nome de Colônia Rural São Pedro de Alcântara.

No entanto, cinco anos depois, através da Lei N° 144, do dia 08 de julho de 1895, a Vila foi elevada à categoria de Cidade e já com o nome de FLORIANO, em homenagem a Floriano Peixoto.

Na área da saúde, como sempre começando pelo setor médico-hospitalar, em 1905 o Desembargador Everton Lopes idealizou a construção de um hospital na cidade e este foi construído no Alto da Pedreira, com o nome de Hospital de Floriano. Nesse mesmo ano,

chega à cidade o Dr. Eurípedes Clementino de Aguiar, que começou suas atividades profissionais, dando grande impulso no funcionamento e desenvolvimento do Hospital. No entanto, em 1907 foi substituído pelo Dr. Basílio Torreão de Sá, por motivo de viagem a Paris onde foi fazer Curso de Especialização.

Naqueles anos do início do século XX, os hospitais não recebiam apoio financeiro nem do governo estadual quanto mais do federal. Normalmente, a assistência médica feita à população ficava a cargo das instituições filantrópicas de caráter religioso, geralmente as santas casas de misericórdia ou a Confraria de São Vicente de Paula.

No caso de Floriano, a instituição filantrópica a tomar de conta do Hospital fundado pelo Juiz Everton Lopes foi a Fundação São Vicente de Paula, a qual passou a ser Hospital de Caridade e a oferecer assistência médica ao município de Floriano e a outros da região.

Em 1910, no Governo de Antonino Freire, o Hospital foi transferido para a Intendência, ou seja, para a Prefeitura, recebendo o nome de Hospital São Vicente de Paula e sendo administrado pelo município, isso no mês de maio e no mês de setembro deste mesmo ano passou para o Estado e voltou o nome de Hospital de Caridade.

Depois, o Hospital foi transferido para o centro da cidade com o nome de Miguel Couto e sob responsabilidade administrativa do Governo do Estado. Passou por várias crises financeiras e de ordem política, entre direção do Hospital e o Departamento de Saúde Pública do Ministério da Educação e Saúde, chegando até a fechar em 1941. Pouco tempo depois voltou a funcionar de forma precária e em 1947, no Governo do Dr. José da Rocha Furtado, o Hospital Miguel Couto passou a funcionar de forma regular até os dias de hoje.

SITUAÇÃO DA SAÚDE

A organização do Sistema Municipal de Saúde segue os preceitos constitucionais e as leis Orgânica da Saúde e Orgânica do Município, tendo como órgão gestor a Secretaria

Municipal de Saúde, em consonância com o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde, criados por Lei Municipal.

A habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica aconteceu em 1998, quando também foi realizada sua primeira Conferência Municipal de Saúde e elaborado o Plano Municipal de Saúde com vigência até 2002. Nessa condição de gestão foi melhor estruturada a Secretaria de Saúde e conseguida a implantação dos principais programas básicos de saúde, destacando-se como mais atuantes o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família.

Segundo dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), a mortalidade infantil no ano de 2000, no município, foi de 10,4 de cada 100 nascidos vivos. Consta que a melhora nesse indicador deve-se aos trabalhos desenvolvido pelos agentes e profissionais de saúde dos Programas dos Agentes Comunitários e Saúde da Família.

Ainda na área infantil, o SIAB informa que a hospitalização por desidratação, cujo pico acontece no período mais quente do ano, o mês de agosto atingiu o percentual de 14,29%. No mês de dezembro também acontece aumento médio de 5,8%, devido ao começo das chuvas e aumento da proliferação das moscas, tornando as crianças mais vulneráveis a diarreias e à desidratação.

Segundo a Gestora de Saúde, Magnólia Cândido Queiróz, que também é Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Piauí (COSEMS/PI), gestão atual 2003-2005,

“os problemas que mais vem afetando o desempenho de gestão, ainda são referentes aos de ordem epidemiológica, e de ordem organizativa, tais como, coberturas insuficientes, carências de recursos financeiros e humanos, sistema de controle e avaliação insuficiente e o predomínio de práticas médico-hospitalares. .Situação esta esperando-se ser melhor equacionada com a habilitação na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, pleiteada desde 2002, conseguida em inícios de 2004”.

O município de Floriano possui uma população de 52.445 habitantes, conforme IBGE,2000, e tem uma extensão territorial de 3.403,7 Km². É a sede da X Diretoria Regional de Saúde e da IV Macro Região de Saúde do Estado.

IV.4 MUNICÍPIO DE BOM JESUS

PERFIL HISTÓRICO.

O município de Bom Jesus teve a sua origem em uma povoação no lugar Boa Sentença onde foi construída uma capela em homenagem a Bom Jesus, passando o povoado a ser chamado de Bom Jesus da Boa Sentença.

Anos depois, em 1833, foi criada a paróquia de Bom Jesus da Boa Sentença e em 1855 o povoado foi elevado à condição de Vila com o nome de Bom Jesus do Gurguéia, ficando por muitos anos com esse nome. Apenas no dia 15 de dezembro de 1939, através da Lei Nº 141, é que o município foi emancipado com o nome Bom Jesus.

As primeiras ações de assistência médica surgidas nesse município, foram no ano de 1937, quando ainda era Vila de Bom Jesus do Gurguéia, através do Dr. Raimundo Martins de Sousa Santos, filho da terra, o qual era clínico geral com especialidade em cardiologia e começou clinicando como médico itinerante da região, andando a cavalo e muitas vezes a pé.

Depois, o Dr. Raimundo Martins foi Diretor do Posto de Saúde de Bom Jesus, e só em 1974, é que foi fundado o primeiro Hospital no município, com o nome de Hospital Manoel de Sousa Santos, o atual Hospital Regional do Estado.

A população de Bom Jesus, é de 14.864, conforme censo de 2000 e a sua extensão territorial é de 5.706 quilômetros quadrados, sua localização geográfica fica na Micro-região do Gurguéia e dista da capital, Teresina, 640 Km., tendo como principal via de acesso a BR, 135, Teresina-Brasília.

SITUAÇÃO DA SAÚDE

O município se encontra habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, NOB-SUS, 01/96, sendo pleiteante da mudança de condição para Gestão Plena do Sistema Municipal, em especial por se encontrar como sede da V MacroRegião de Saúde.

Desde 1991 tem o Conselho de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde criados por Lei Municipal, a I Conferência Municipal de Saúde foi realizada no dia 17 de dezembro de 1994, e a II Conferência Municipal de Saúde no dia 24 de outubro de 1999, ano de sua habilitação na Gestão da Atenção Básica.

A capacidade física instalada consta de um Hospital Geral Regional, do Estado, um Centro Municipal de Saúde na sede e 08 Postos de Saúde, sendo 03 localizados na zona urbana e 05 na zona rural. E a capacidade municipal de recursos humanos especializados dispõe de 07 médicos, 05 dentistas, 05 enfermeiros, 01 médico veterinário, 02 fiscais de Vigilância Sanitária, entre outros técnicos de apoio. O P.S.F dispõe de 05 Equipes, incluindo atendimento em Saúde Bucal.

IV.5 MUNICÍPIO DE TERESINA

PERFIL HISTÓRICO

Projetada para ser uma cidade capital, Teresina teve “uma origem peculiar, pois foi, dentre todas as cidades brasileiras, a primeira a ter o espaço que viria a se construir em seu núcleo urbano, escolhido e planejado para ser cidade.” (ABREU/LIMA, 2.000)

Foi criada pela tenacidade do jovem governador José Antônio Saraiva, que planejou e concretizou a mudança da capital da cidade de Oeiras, localizada no centro da Capitania, para as margens do Rio Parnaíba. Como nas outras cidades, a tradição cristã-católica influenciou

na povoação de sua origem, pois a primeira edificação a ser demarcada e a ser construída no local de origem da cidade foi uma igreja, a qual foi dedicada a Nossa Senhora do Amparo. E então, no dia 16 de agosto de 1882, a nova cidade foi instalada oficialmente no local escolhido já com o nome de Teresina.

Nestes últimos anos Teresina vem fluindo bem no seu desenvolvimento e destino rumo à condição de metrópole, podendo-se destacar a área da saúde, em que, as instituições e serviços especializados públicos, filantrópicos e privados lhes dão a condição de “pólo de referência”, não só para os municípios do Estado do Piauí, como para municípios de Estados circunvizinhos.

SITUAÇÃO DA SAÚDE

A cidade de Teresina, com população total de 740.016 habitantes, (IBGE, 2000), é composta de 117 bairros e se encontra dividida em três Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), nas quais se localizam 263 unidades de saúde, que compõem a rede S.U.S no município, destas, 64 (24,30%) são próprias do município, conforme indica o quadro abaixo:

UNIDADES / SERVIÇOS	C.R.S Centro/Norte	C.R.S. Leste/Sudeste	C.R.S Sul	Total
Hospital Geral	02	01	02	05
Hospital Maternidade	01	01	01	03
Maternidade	-	01	-	01
Centro de Saúde – zona urbana	12	10	12	34
Centro de Saúde – zona rural	05	06	05	16
Amb. Integrado de especialização	01	-	-	01
Centro de Fisioterapia	01	-	-	01
Centro de Diagnóstico laboratorial	-	-	01	01
Unidade Móvel	01	-	01	01
Total	23	19	22	64

(Fonte: Relatório Gestão FMS,2002)

SITUAÇÃO DA GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL

O município de Teresina sempre se adiantou aos demais municípios do Estado na questão de habilitação em gestão de saúde. Foi o primeiro a ser habilitado conforme a NOB-SUS 01/93 na condição de Gestão Semiplena, em abril de 1996, o primeiro a ser habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal conforme a NOB-SUS 01/96 e também o primeiro a mudar para a Gestão Plena do Sistema Municipal em conformidade com a NOAS-SUS 01/02 , isso em dezembro de 2002, oficializado através da Portaria M.S/SAS Nº 1.020/02.

Existem na cidade 32 unidades de saúde com internações, distribuídas conforme a seguinte tipologia: 07 hospitais públicos estaduais, sendo 05 de referência e ensino (01 hospital geral de especialidades e pronto socorro, 01 maternidade, 01 de doenças tropicais, 01 psiquiátrico, 01 hospital infantil) e 02 hospitais gerais; 09 hospitais públicos municipais (05 hospitais gerais, 03 hospitais/maternidades e 01 maternidade); 02 hospitais filantrópicos e 14 hospitais privados.(Fonte: Relatório Gestão FMS,2002)

Conforme se observa, a maior concentração dos hospitais fica no centro da cidade, no entanto as unidades municipais estão estrategicamente distribuídas nas regiões Centro/Norte, Leste/Sudeste e Sul.

E para melhor agilidade de atendimento da população, a Fundação Municipal de Saúde dispõe de 04 Centrais, sendo estas a Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados, conectada a toda a rede pública local, inclusive com alguns municípios do interior, para agendar consultas e exames especializados; a Central de Atendimento Pré-Hospitalar (SOS-Teresina); a Central de Controle e Regulação da Assistência Hospitalar (SIH) e a Central de Regulação de Alta Complexidade.

Apresentada esta síntese contendo a caracterização histórico-administrativa de cada município pesquisado, na seqüência, dá-se conhecimento de que forma cada município deve se organizar política-administrativamente obedecendo às normas institucionais determinadas pelas NOBs, leis e portarias ministeriais, para darem ao Estado a condição de nível PLENO em municipalização da saúde.

IV.6 O PROJETO DE MUNICIPALIZAÇÃO PLENA

O processamento da municipalização da saúde, para ser efetivado conforme os temas tratados na pesquisa, deve obedecer a diretrizes regulamentadas em leis e pelas normas operacionais básicas oficializadas pelo Ministério da Saúde, com fins dos municípios chegarem à condição plena de gestão, e no conjunto darem ao Estado essa mesma condição plena em municipalização da saúde, conforme hipótese defendida pelo autor da pesquisa.

Em síntese, tomam-se como base três áreas de ações para uma visão geral da condição plena ideal a ser executada. Estas áreas são área do Planejamento e Programação, área da Organização de Gestão e Oferta de Serviços e a área do Controle Social e Participação da Comunidade.

Neste primeiro plano, ou seja, “o projeto de municipalização plena”, é feita apenas uma listagem das diretrizes a serem executadas conforme as LOS e NOBs, enquanto no segundo plano, “como a municipalização vem se realizando” é que são apresentadas as realidades dos municípios.

IV.6.1 PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DO S.U.S

01 - Estruturação e legalização do órgão de gestão do município, tendo um padrão físico básico e um percentual de recurso humano técnico necessário ao funcionamento administrativo em conformidade com o porte populacional do município;

02 - Cumprimento das NOBs 01/93, 01/96 e NOAS-SUS 01-02, quanto a necessidade de efetivar a Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre os níveis estadual e municipal de gestão;

03 - Elaboração do Plano Municipal de Saúde conjuntamente com o Conselho Municipal de Saúde ou submetido à aprovação deste, devendo contemplar a Agenda de Compromissos Municipais, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede Estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

04 - Compatibilização entre os planos de saúde do estado, do município e a Programação Pactuada e Integrada;

05 - Formulação de instrumentos de acompanhamento, por parte da Secretaria Estadual de Saúde, quanto ao desempenho dos Sistemas Municipais de Saúde que contenham indicadores comuns para os municípios além de indicadores específicos de cada região, compatibilizados com os nacionais;

06 - Padronização e periodicidade regular de realização dos planos municipais de saúde, devendo a vigência coincidir com a gestão administrativa do Executivo;

07 - Valorização dos planos de saúde como instrumentos de gestão, havendo planejamento anual em conformidade com suas metas, assim como discussão de diretrizes nas reuniões do Conselho de Saúde;

08 - Padronização e regularidade de elaboração da Programação Anual de Gestão, detalhando as ações e metas prioritárias de realizações no período;

09 - Padronização e periodicidade do Relatório de Gestão, trimestral ou anual, devendo informar sobre a consecução dos objetivos e das metas relacionadas no Plano de

Saúde, assim como os obstáculos eventualmente encontrados. Deve, ainda, incluir os valores ou percentuais da participação no financiamento da saúde dos três níveis de governo no período coberto pelo relatório;

IV.6.2 ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E OFERTA DE SERVIÇOS

10 – Gestão de todo o Sistema Municipal de Saúde, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o mando único, ressaltando as unidades estaduais de hemocentros e hemonúcleos e os laboratórios estaduais de saúde pública. Assim como, gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, e de unidades assistenciais transferidas pelo estado e União;

11 - Adoção e aplicação do Modelo de Atenção Integral à Saúde, como condição de vida e não apenas pela separação entre ações preventivas e curativas;

12 – Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do Ministério da Saúde. Cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território e vinculados ao SUS. Operação do SIH e do S I A – S U S, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual.;

13 – Criação e operacionalização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, em que haja desenvolvimento de indicadores que permitam avaliar a repercussão do Sistema de Saúde sobre a situação da saúde da população. Como também haja fiscalização, controle e avaliação do setor público e do setor privado, sendo que a Secretaria Municipal de Saúde disponha de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor, como responsável(is) pela autorização prévia de AIHs, e do controle, avaliação e auditoria dos

demais procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;

14 – Serviço contábil em condição de comprovar periodicamente, por meio de alimentação do SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000;

15 – Criação e funcionamento de serviço estruturado de Vigilância Sanitária com capacidade para o desenvolvimento de ações desta vigilância, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

17 – Condição de execução de ações de Epidemiologia, Controle de Doenças e de Ocorrências Mórbitas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB, além da estruturação de serviços e atividades de controle de Zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

IV.6.3 CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

18 – Criação de Conselho de Saúde legalizado por Lei Municipal em conformidade com a Lei Federal Nº 8.142/90, sem haver ingerência do poder executivo, sob a forma de qualquer ato legal ou administrativo nas indicações de representantes ou de entidades;

19 – Realização de Conferência Municipal de Saúde em período regular e obedecendo à participação paritária do número de delegados. E que as decisões do plenário da Conferência quanto às diretrizes políticas de saúde aprovadas e quanto à outras medidas tomadas em caráter deliberativo, sejam efetivadas, ou pelo menos levadas à discussão em

plenário do Conselho, no caso da necessidade em ser dado um outro direcionamento de solução;

20 – Proporcionar consolidação do Conselho de Saúde como instrumento de gestão do SUS, responsável pelo acompanhamento de toda a política de saúde para o Estado e para cada município. Em que os conselheiros de cada Conselho sejam os encarregados da fiscalização dos recursos repassados ao Fundo de Saúde e de participarem no estabelecimento de estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, além de poderem propor a adoção de critérios de qualidade e de resolutividade junto ao Sistema de Saúde.

Tudo isso, objetivando a criação de um controle externo capaz de decidir onde e como os recursos públicos devem ser gastos, buscando a atender ao interesse da população, proporcionando assim a devida participação cidadã no controle da administração do SUS.

(Fontes: NOBs 01/93; 01/96; NOAS,01/02 e L.O. S. Nº 8.142/1990)

IV.7 COMO A MUNICIPALIZAÇÃO VEM SE REALIZANDO NO PIAUÍ

O Sistema Único de Saúde, após esta sua primeira década de existência e observado os reflexos sobre os dados oferecidos por esta pesquisa ora apresentada, dá resultados importantes, muitos deles obtidos graças à crescente autonomia municipal que muitos municípios vêm conquistando, mas muitos outros não confirmam que a municipalização da saúde esteja sendo realizada conforme preceitua o S.U.S e nem conquistada pelas bases.

Como fato recente a esse respeito, tem-se a implantação da Programação Pactuada e Integrada no Estado do Piauí, em que, após mais de uma tentativa frustrada, em 1999, 2000 e 2001, sem haver a decisão política necessária, esta veio acontecer em 2003. Muito embora de forma emergencial e como cumprimento de requisito para habilitação do Estado na Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde.

Então, a realização dessa “PPI” foi programada às pressas e feita através de agrupamento de gestores de saúde dos municípios de cada macroregião, nas cidades sede das 06 macroregiões de saúde do Estado, onde foi apresentado a cada gestor de saúde o que o município deveria pactuar com o Estado.

Situação esta que, pelos trâmites normais, deveria ter sido feita através das bases, ou seja, inicialmente em cada município, com a apresentação da proposta de pactuação, a qual passaria a ser estudada, analisada, negociada e, então, pactuada entre o gestor municipal e o Estadual, quais os procedimentos necessários e convenientes ao atendimento ambulatorial e assistência hospitalar a serem disponibilizados para a população de cada município.

Na mesma ocasião, seriam analisadas as formas e os procedimentos que deveriam ser referenciados de um para outro município, isso conforme as resolutividades existentes no município referenciado e o fluxo mais viável e aceito pela maioria dos usuários a este tipo de encaminhamento programado.

Mesmo assim, aconteceu a implantação da PPI, o Estado foi habilitado conforme a NOAS-SUS 01-02 na Gestão Plena do Sistema Estadual, mas a operacionalização da PPI no Piauí continua parada, pelo menos até meados de 2004, por falta de decisão política e condições técnicas e financeiras para ser operacionalizada, conforme informação colhida na Diretoria de Apoio à Descentralização, na Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI).

IV.7.1 QUANTO AO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DO S.U.S

Nos cinco municípios pesquisados com projeções para os demais no Estado, notou-se verdadeira encruzilhada nas diversidades e peculiaridades político-administrativas, as quais, de certa forma, tem influenciado no processo de planejamento das ações e serviços de saúde.

Numa dessas peculiaridades observada, os gestores de saúde geralmente têm que assumir as condições de prestador de serviços e de gestor de saúde a fim de o Sistema Municipal poder receber os recursos financeiros federais e continuarem superando os obstáculos.

No caso dos municípios de Teresina, Picos, Floriano e mesmo Bom Jesus e Luzilândia, todos recebem recursos repassados fundo-a-fundo da União, mas, para prestarem assistência necessária à população, precisam comprar serviços prestados pelos setores filantrópico e privado, ou mesmo, financiados por recursos do Tesouro Municipal.

Nesse sentido, o gestor municipal de saúde de Teresina, Dr. Silvio Mendes, ressalta que “a maioria dos municípios de pequeno e médio porte é, obrigatoriamente, e continuará a ser, gestores e prestadores de serviços. Não podem separar o aspecto prestador, financiador e gestor, até por falta de alternativa”. E continuando suas considerações a este respeito, em reunião da Comissão Intergestores Bipartite do Piauí, disse também:

“alguns municípios de médio e de grande porte, como Teresina, precisam ser, além de prestadores e gestores, eficientes na identificação da contratação dos serviços necessários do setor privado, devendo saber definir o que se precisa, o que se quer e como se quer, a fim de ser prestado o melhor serviço possível à população. Pois, os municípios não podem ter o mesmo comportamento do Ministério da Saúde, que se desfez do gerenciamento e da condição de prestador de serviços.” (FILHO, CIB-PI, 2001).

Quanto às relações mantidas entre o gestor estadual e os gestores municipais, normalmente se demonstraram amigáveis e quando surgidas divergências, estes, recorriam e recorrem ao fórum específico de negociação e pactuação, a Comissão Intergestores Bipartite.

Foi observado também, em registros em atas da Bipartite, por toda década de 90 e nestes primeiros anos de 2000, que algumas divergências surgidas eram mais em torno da questão financeira, especialmente quanto aos “valores históricos” atribuídos a cada município na formação do teto financeiro, e que pudessem influir no repasse fundo-a-fundo pelo Ministério da Saúde.

Outros tipos de divergências que chegaram a surgir foram apenas entre o gestor estadual e o gestor de saúde de Teresina, por ocasião da gestão do Dr. Paulo Lages pela SESAPI e do Dr. Silvio Mendes pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina, mas consensuadas em seguida nas reuniões da Bipartite.

Como exemplo, o caso do gerenciamento estadual dos “medicamentos excepcionais” em que, a Fundação de Saúde de Teresina passou alguns anos recebendo do Ministério da Saúde e distribuindo esses medicamentos aos usuários do município de Teresina e aos usuários dos outros municípios do Estado, conforme acordo firmado na Comissão Intergestores Bipartite. Esse caso se tornou polêmico por parte dos representantes dos Municípios que não queriam aceitar, mas terminaram chegando a um termo comum, e o acordo foi aprovado por todos os membros da Bipartite.

Na questão das habilitações de municípios em gestão de saúde conforme as NOBs, o Estado, ou melhor, o Gestor Estadual de Saúde sempre dizia estimular os municípios a optarem à municipalização, no entanto, observou-se, em contato com gestores municipais de saúde e mesmo com técnicos experientes da Secretaria Estadual de Saúde, que na prática não era tanto assim. Visto que os gestores estaduais de saúde dessa época, década de 90 e até 2002, gostavam de despachar em gabinete centralizando o que podiam e eram conscientes que a adoção de gestão, principalmente a Plena do Sistema Municipal, representava perda de poder financeiro e barganha política, assim como, pouco lhes interessava o novo papel da Secretaria, em ser coordenadora e/ou supervisora de municípios.

Mais especificamente no tocante à questão de planejamento, verificou-se que até à época da elaboração do Plano Diretor de Regionalização do Estado (PDR) em 1999, a maioria dos gestores municipais desconhecia a existência da Programação Pactuada e Integrada (PPI), quanto mais a prática desse tipo de planejamento, a ser feita como instrumento de gestão entre o Estado e os municípios. Isso comprovando o grau de desarticulação entre o Gestor Estadual

e os gestores municipais também nessa área de planejamento conjunto, como se tem observado no decorrer das investigações nesse sentido.

Como visto anteriormente, a “PPI”, no Piauí, foi implantada emergencialmente de forma precária, e sua operacionalização ainda não ocorreu, até meado de 2004, mesmo tendo contado com o empenho do então Gestor Estadual de Saúde, Dr. José Nazareno Cardeal Fonteles, conseguindo a habilitação do Estado na Gestão Plena do Sistema Estadual, em 2003, mas depois não foram disponibilizadas condições ao seu substituto, em proporcionar a execução dessa “PPI” no Estado, fazendo, assim, continuar inativo o processamento da Regionalização da Saúde no Piauí.

Na análise aos planos municipais de saúde, observa-se que a elaboração destes, mesmo entre os municípios pesquisados, não seguiu uma ordenação uniformizada, não demonstram ter havido participação direta dos conselheiros, ou pelo menos análise destes conselheiros, antes de aprovarem estes planos em reuniões do Conselho. Existem planos aprovados, por unanimidade, pelos conselheiros, com metas incoerentes com a realidade local, com propostas desvirtuadas das aspirações dos usuários locais de saúde, entre outras falhas menos pertinentes.

Isso evidencia-se por ter sido observado e comprovado que a maioria dos planos apresentados na Secretaria Técnica da Bipartite são feitos obedecendo uma padronização modelar idêntica. Com isso, se torna fácil notar-se a elaboração feita por equipe alheia à realidade cotidiana do município, em que as metas propostas, o reconhecimento dos problemas da população e a definição das prioridades de saúde a serem executadas não são feitas com participação de conselheiros ou usuários dos serviços de saúde do próprio município, fazendo recair ao próprio gestor municipal ou à sua equipe assessora, elaborar as informações e propostas que deveriam ser feitas pela representação da coletividade.

E quanto aos conselheiros de saúde, mesmo estes tendo analisado tais documentos, foi comentado por um gestor de saúde quanto ao empenho dos conselheiros neste sentido em seu município dizendo que “pouco ou mesmo nada influem ou se interessam em apresentar alguma modificação ou aperfeiçoamento de propostas, pois normalmente acatam e aprovam o que for apresentado” ao que analisado, constata-se ser assim mesmo nos vários planos vistos.

É claro que não se pode generalizar esse tipo de incorreção para todos os conselheiros de todos os municípios, pois ultimamente alguns vêm praticando de forma mais coerente os papéis de avaliação e fiscalização junto à gestão local, como, por exemplo, Teresina, Picos, Floriano, entre outros.

Essas incoerências surgiram e continuam acontecendo por falta de um assessoramento inicial do Gestor Estadual e mesmo do Conselho Estadual de Saúde quando da implantação dos Conselhos de Saúde nos municípios, sem haver capacitação de conselheiros e uma supervisão permanente por parte do Conselho Estadual e do Ministério Público local, que também tem função de fiscalizar a atuação dos conselhos em geral.

Não havendo assessoramento nem supervisão, os conselheiros municipais têm o Conselho mais como uma instância burocrática do que fiscalizadora e promotora de políticas de saúde, onde o gestor de saúde, geralmente presidente, lidera sem contestação em suas investidas.

Entre os municípios estudados, apenas Teresina e Picos demonstraram ter uma padronização própria e original dos planos, sendo a elaboração compartilhada com o Conselho de Saúde, em que, após análise feita por uma comissão técnica do Conselho e apresentado parecer dessa comissão, entra em votação na plenária do Conselho.

Observou-se também, no levantamento dos planos de saúde feito junto à Secretaria Técnica da Bipartite, que uma parte dos municípios do Estado os fez apenas por exigência de requisito de habilitação em gestão, sem posterior atualização destes, enquanto outra parte os

vêm elaborando apenas formalmente quando exigidos para efeito de aquisição de algum benefício, em especial quando por mudança da condição de gestão ou visando a captação de recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde.

Esse comportamento, demonstra haver uma espécie de desinteresse ou mesmo de ruptura entre os momentos de discussões dos problemas prioritários, nos fóruns específicos, os conselhos, e os momentos de definições de ações para enfrentamento destes problemas e acompanhamento pela própria entidade fiscalizadora.

Com essa falta de acompanhamento, análises e valorização dada aos “planos de saúde”, nota-se, neles, a falta de metas realistas, de cronogramas de realizações, de indicadores de saúde, de avaliação da repercussão das ações realizadas, entre outras. E quanto às metas, cronogramas e indicadores existentes, nos planos de saúde analisados, estas são mais de ordem informativa conceitual generalizada do que representando análise da realidade local, demonstrando, quase todos, serem feitos seguindo “modelos padronizados” e por quem não participa do cotidiano e da situação da saúde do município.

Na maioria dos municípios, em especial nos menores, improbidades como as referidas acima vêm ocorrendo com certa freqüência, e os conselheiros as aprovam por ingenuidade, situacionismo ou sob pressão.

IV.7.2 QUANTO A ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E OFERTA DE SERVIÇOS NO ESTADO

Esse item se desdobra em Assistência Ambulatorial, Assistência Hospitalar e Programas Prioritários desenvolvidos nos municípios pesquisados, sendo que neste último sub-ítem será apresentado um tipo de Programa desenvolvido por cada município pesquisado.

Neste assunto sobre organização de gestão e oferta de serviços, requer recorrer-se à metodologia comparativa entre o antes do ano de 1998 e o após este ano até o fim da vigência

da NOB-SUS 01/96, ou seja, 2002. Neste segundo período, 1998/2002, houve várias outras mudanças no processo de descentralização, no financiamento com os incentivos oferecidos pelo PAB Variável, na capacidade instalada, nos problemas de referenciamentos e no perfil da oferta de serviços de saúde.

Entre os anos de 1993 a 1998, como visto anteriormente, os municípios no Estado do Piauí despertaram pouco interesse na descentralização das ações e serviços de saúde, tendo havido apenas 61,5 % de habilitações na condição de gestão incipiente, NOB/63, enquanto no período de 1998 a 2002, as habilitações na condição de gestão da Atenção Básica, conforme NOB-SUS 01/96, foi de 100 %, motivadas basicamente pelos fatores financeiro, informativos e de adoção de programas consistentes e com incentivos financeiros, em especial o Programa de Saúde da Família.

As transformações na capacidade instalada, no Sistema de Referência e Contra-referência e nas ofertas de serviços de saúde, nesse mesmo período de 93 a 98, praticamente não se levou em consideração, houve mais reformas do que novas construções, nada se alterou nas referências e as ofertas de serviços foram quase apenas referentes à incorporações de agentes comunitários de saúde, serviços de vigilância sanitária e implantações de poucas equipes de Saúde da Família. Isso englobou não apenas os municípios estudados, mas os demais, indistintamente.

Após o ano de 1998, observadas as tendências na composição da oferta de serviços públicos, enfocando-se os gastos com assistência básica e especializada e a alocação de recursos para a assistência ambulatorial e hospitalar, poucas informações foram conseguidas através dos planos de saúde, relatórios de gestão e balanços financeiros fornecidos pelos municípios, devido a falta de clareza em uns e ausência de dados informativos em outros. Isso mostrando como os municípios, à exceção de alguns de grande porte, não seguem as orientações padronizadas quanto à elaboração desses instrumentos de gestão, fazendo com

que haja discrepâncias de município para município, de tal forma que as tentativas de comparação entre alguns destes se tornaram inviáveis.

Nas ofertas de serviços, foi necessário conhecer o perfil da rede de serviços dos municípios pesquisados, sabendo-se de antemão que, após o ano de 1998, a rede física instalada sofreu poucas alterações consideráveis, tendo acontecido quase apenas, mais incorporações de novas atividades e tecnologias junto às unidades instaladas.

Entre os novos tipos de serviços instalados ou incorporados após o ano de 1998, resultando em alterações no perfil de ofertas de serviços nos municípios pesquisados, exceto Teresina, destaca-se o município de Picos, o qual além do Hospital Regional Justino Luz, na perspectiva de ampliação incorporando os serviços de hemoterapia e unidade de terapia intensiva (UTI), houve reforma de ampliação no Hospital Dia, construções do Pronto Atendimento Infantil Municipal (PAIM), do Centro Odontológico Municipal, do Centro de Controle de Zoonoses e criação do Centro de Testagem e Acompanhamento em DST/AIDS, (CTA), sendo este equipado para fazer testagem em Sífilis e HIV, com recursos humanos especializados para acompanhamentos individuais e coletivos.

O município de Picos, além desses melhoramentos assistenciais, encontrava-se, em março de 2004, fazendo reforma e ampliação no prédio da Secretaria Municipal de Saúde, objetivando melhor acomodação do volume de serviços conseqüentes da Gestão Plena do Sistema Municipal e da MacroRegião da qual será sede com a operacionalização de Regionalização da Saúde no Estado.

Considerando-se os poucos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e os Centros de Reabilitação como principais inovações na rede pública, reforçados pela incorporação das políticas de Saúde Bucal e Saúde Mental, dando atenção assistencial aos portadores de deficiência, estes freqüentemente excluídos das ações das políticas públicas, representam um

razoável indicador de resultados do desenvolvimento das políticas públicas do setor saúde no Estado.

IV.7.2.1 QUANTO A ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL NO ESTADO.

Na referência à rede física instalada no Estado, foram relacionados alguns serviços de assistência ambulatorial. Estes, conforme a tipologia específica, podem ser reunidos em duas rubricas:

- a) serviços ambulatoriais que prestam assistência básica e especializada;
- b) serviços ambulatoriais de especialidades.

Entre os primeiros, temos as unidades mistas, as unidades básicas de saúde, os serviços ambulatoriais especializados, os serviços de pronto-atendimento, os postos de saúde, e as equipes de saúde da família. E os da segunda rubrica são os centros de apoio psicossocial, os centros de reabilitação, as clínicas odontológicas e os laboratórios de análises clínicas.

Nessa complexidade da assistência ambulatorial analisada, foi observado que, entre os municípios pesquisados, apenas Teresina dispõe de todos os tipos desses serviços, enquanto que nos demais municípios existem alguns, sendo que os centros de apoio psicossociais (CAP'S), além de Teresina, existe em Picos, o Hospital Dia, e em Bom Jesus, em instalação.

Na oferta de serviços ambulatoriais básicos e especializados, conforme notado, houve expansão, tendo sido esta mediante a abertura de novas unidades, reformas e ampliações de unidades existentes e também pela extensão do horário de funcionamento, terceiro turno, em todos os municípios pesquisados.

Este tipo de atendimento, o ambulatorial, normalmente sendo o “atendimento porta de entrada” para os demais, constitui um dos principais indicadores da atuação do processo de municipalização da saúde. Através das demandas a esse tipo de atendimento, as consultas

principalmente, é que são feitas as análises dos fluxos preferenciais dos usuários aos serviços de saúde, ou seja, das suas procuras mais a uns do que a outros locais de atendimentos.

Antes de 1988, os usuários mais necessitados e domiciliados na zona rural e nas periferias urbanas não tinham alternativas, ou iam ao hospital, onde existia algum tipo de assistência, ou a uma unidade mista de saúde, ou então, ficavam aguardando surgir um médico no posto de saúde mais próximo. Com a implantação dos serviços de atenção básica em cada município, eles passaram a ter alternativas não só na procura das consultas como de outros tipos de atendimentos que lhes ajudassem a melhorar ou a manter a saúde.

Com isso, passou a surgir a busca desordenada de atendimentos ambulatoriais por parte de “populares”, fazendo haver concentrações de pessoas mais em uns do que em outros lugares, ou mesmo municípios. Isso começou a acontecer em virtude de não ter sido feita previamente uma conscientização e um direcionamento firme a um novo costume a ser implantado.

Esse novo costume, em atendimento em saúde, ao ser implantado com a descentralização da gestão da saúde, não houve preocupação do Ministério da Saúde nem do Gestor Estadual de Saúde, em ser exigido e/ou supervisionado uma preparação previa da população de cada município quanto a esta inovação, “apenas era exigido que o município cumprisse os requisitos conforme o pleito de habilitação solicitado”, observaram vários prefeitos e gestores ao falarem sobre este assunto.

Assim acontecendo, em alguns municípios foi organizado o novo tipo de assistência à população, conforme as novas regras de gestão, enquanto outros, geralmente vizinhos, não agiram assim. Nesses casos, a população, se achando mal assistida no seu município, foi à busca de um melhor atendimento onde existia.

E como o princípio constitucional da universalidade de atendimentos não tirava esse direito, foi sendo formada a “cultura popular da demanda espontânea” (grifo nosso), a qual

trouxe implicações de ordem administrativa quanto a ressarcimentos financeiros entre os municípios implicados e de ordem organizacional quanto a fluxos e referenciamentos junto à implantação da Programação Pactuada e Integrada.

Fora estas e outras implicações, trouxe também costumes oportunistas, como o desenvolvido por “políticos-candidatos” em referenciar por conta própria, pessoas do seu município para outro que tenha melhor forma assistencial em saúde e por conta do S.U.S, como também a prática da chamada “ambulanciaterapia”, em que, pacientes são encaminhados, por médicos ou não, de um município para outro, sendo mais para Teresina, sem o menor controle de encaminhamento e acompanhamento posterior, ou seja, de contrapartida.

Entre os municípios pesquisados, considerando os de pequeno porte populacional, e entre estes aqueles que se encontra com uma boa organização de gestão da saúde, ainda persistem problemas no que se refere aos atendimentos ambulatoriais. A este respeito se pronuncia uma das gestoras entrevistadas:

“A gente nunca faz as coisas para todo o pessoal ficar satisfeito. Pois no caso dos atendimentos nas unidades de saúde, tem aquele que chegam atrasados dos horários de atendimento, mas querem ser atendidos, mesmo sendo coisa simples. No entanto, sempre tive a preocupação de orientar aos funcionários da marcação de consultas, a terem o cuidado de deixar umas 3 ou 4 fichas de marcação de consultas para médicos ou dentistas, a fim de resolver os casos destes retardatários, em especial aos que vêm de longe. Mesmo assim, ainda aparecem reclamações, mas sempre se dá um jeito de resolve-las.”

Pelas regras emanadas nas normas operacionais, um município habilitado em uma condição de gestão da saúde, recebe recursos fundo-a-fundo para atendimento dos usuários do S.U.S domiciliados neste município, enquanto outro recebe da mesma forma para atendimento dos seus habitantes. No caso de um destes municípios não oferecer um (ou mais) tipo de procedimento que seja oferecido no outro, e usuários procurem e sejam atendidos neste, deve haver ressarcimento do valor correspondente aos procedimentos prestados, isso em acordo entre os gestores de saúde dos municípios envolvidos.

Esta modalidade de ressarcimento nunca aconteceu, devido ao Estado e o próprio Ministério da Saúde ainda não terem estabelecido mecanismos destinados a obrigatoriedade desse tipo de compensação, assim como outros compromissos assumidos conforme referidos.

Dessa forma, sem as devidas providências, ao menos pelos conselheiros locais de saúde, vereadores e promotores públicos, vêm favorecendo a formação de “bolsões de municípios” dependentes da assistência à saúde prestada por outros municípios, concorrendo assim, para o surgimento do fenômeno da atomização desordenada de sistemas municipais de saúde, muito prejudicial à unicidade do Sistema Único de Saúde.

IV.7.2.2 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO ESTADO

Dos cinco municípios visitados, todos dispõem de hospital do Estado, sendo o de Teresina de referência estadual, os de Picos, Floriano e Bom Jesus de caráter regional e apenas o de Luzilândia de caráter local.

No desenvolvimento da pesquisa, observou-se que a maioria da população usuária dos serviços de saúde no Estado do Piauí é de usuários do S.U.S, principalmente nos municípios de médio a micro porte populacional, pois fora os municípios de Teresina, Parnaíba, Picos e Floriano, os demais praticamente não dispõem de serviços privados de saúde. Com isso, a demanda de internações pelo SUS, nos hospitais do interior, sempre é intensa, motivando a constante busca de aumento das AIHs, sendo alegado pelos gerentes de hospitais, “ser esta a única fonte de entrada de recursos para manutenção e melhorias nestas instituições de tratamento.” (citação verbal).

Com a descentralização da gestão de saúde, normalmente o gestor municipal assume a função de supervisionar todos os órgãos, serviços, instituições e empresas da área da saúde existentes no território municipal. Com isso, certamente o relacionamento entre o gestor

municipal de saúde e, em especial, o gerente de unidade de saúde estadual existente no município, deve ser cordial, dependendo da situação política-partidária existente, como é costumeiro na realidade interiorana do Estado.

Entre outros fatores influentes no relacionamento administrativo com a descentralização da gestão, consta o controle das AIHs que passa a ser feito por médicos auditores dos municípios habilitados a partir da Gestão da Atenção Básica. Essa medida regulamentada pelas NOBs, não chegou propriamente a entrar em prática ainda na quase totalidade dos municípios do Estado até fins de 2002, em vigor apenas no município de Teresina.

Essa falta de controle nos outros municípios recai na falta de organização das Secretarias Municipais em não terem o componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria instalado e funcionando regularmente com uma equipe mínima de auditoria. Em vários municípios, mesmo tendo a equipe mínima de controle e auditoria, os gestores alegam que os médicos e o gerente do hospital local interferem junto à SESAPI a fim de continuar sendo enviadas as AIHs para a Diretoria do Hospital ou Unidade Mista de Saúde, sem o controle e supervisão do gestor de saúde local, contrariando uma das diretrizes do processo de descentralização das ações e serviços da saúde.

A falta desse tipo de controle de internações hospitalares no Piauí, também da responsabilidade dos Conselhos de Saúde, fez com que uma investigação realizada pelo Ministério da Saúde fosse constatado ocorrência de internações hospitalares irregulares, tanto em quantidades incompatíveis com leitos hospitalares existentes quanto aos diagnósticos diferentes dos tipos de certas cirurgias registradas como feitas, em que, eram escolhidas as de maior valor para efeito de faturamento junto ao Ministério da Saúde.

Quanto ao perfil quantitativo de leitos nos municípios pesquisados, consta que o município de Teresina, entre leitos estaduais, municipais, filantrópicos e privados, dispõe de

2.764 leitos, sendo que destes, 2.459 são do SUS. E dentre estes 2.764 leitos, 87 são leitos de UTI, sendo 73 do SUS, incluindo os conveniados.

Desse total geral, o Hospital Getúlio Vargas dispõe de 413 leitos, sendo apenas 13 da Unidade de Terapia Intensiva, motivando muitas reclamações e mesmo tendo registrado mortes que poderiam ter sido evitadas, caso não houvesse esta defasagem de leitos de UTI em um hospital de referência e com grande e intensa movimentação de pacientes necessitados de atendimentos especializados nesse tipo de Unidade de internação.

O município de Picos dispõe de 384 leitos, entre públicos e privados, sendo que o Hospital Regional Justino Luz, dispõe de 90 leitos comuns sem nenhum leito de UTI, enquanto o Hospital Memorial do Carmo, conveniado ao SUS, tem 113 leitos, sendo 20 de Unidade de Terapia Intensiva.

O município de Floriano dispõe de 182 leitos, sendo 120 do Hospital Regional Tibério Nunes e os demais conveniados ao S.U.S, sem registro da existência de Unidade de Terapia Intensiva. No município de Bom Jesus o Hospital Regional tem 43 leitos, sem U.T.I e o Hospital Estadual Local Gerson Castelo Branco de Luzilândia, dispõe de 41 leitos comuns, sem Unidade de Terapia Intensiva.(Fontes: Planos de Saúde).

Esses dados de leitos hospitalares existentes na rede física instalada nesses municípios pesquisados indicam a falta de uma regularidade administrativa organizada por parte do Gestor Estadual quanto aos leitos hospitalares públicos nesses principais municípios, a começar pelo Hospital Getúlio Vargas em que os leitos da Unidade de Terapia Intensiva são desproporcionais à quantidade de leitos comuns e incompatíveis com a intensidade de atendimentos nessa área. Como exemplo, constata-se que o Hospital Memorial do Carmo, da cidade de Picos, com bem menos leitos comuns, tem mais leitos em UTI que o Hospital Getúlio Vargas de Teresina.

Enquanto isto, o próprio Hospital Regional de Picos não dispõe de Unidade de Terapia Intensiva. Ocorrências estas desfavoráveis aos usuários dos serviços assistenciais do S.U.S, mas benéficas aos promotores do consumo de saúde tendo mais espaço para concessão de convênios com o Sistema Público.

Quanto à questão da demanda de pacientes de outros estados em atendimento no Piauí, acontece não somente no município de Teresina mas em todos os outros municípios localizados à margem do Rio Parnaíba, com por exemplo, Luzilândia, Floriano, União e tantos outros, em que os pacientes do Maranhão geralmente buscam atendimentos nestes municípios, sempre mais desenvolvidos na área da saúde.

No entanto, o município de maior demanda quanto a atendimentos é Teresina, onde é intensificada a vinda de pacientes do interior do Piauí e de outros estados próximos, na busca de assistência especializada e até mesmo de atendimentos básicos. Para visualizar este volume, o Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, Dr. Silvio Mendes disse em reunião da “Câmara de Compensação Interestadual do S.U.S”, realizada em Teresina no dia 25 de setembro de 2000, que “o percentual médio de 40% dos pacientes internados no Hospital Getúlio Vargas é do Maranhão, e em percentuais menores de outros estados, como Tocantins e Pará, Amapá e Ceará. (Fonte: FMS/Te).

No combate a esse tipo de “invasão de pacientes” (grifo do autor/S.Mendes) sem ressarcimento financeiro para os serviços públicos de saúde de Teresina, o gestor municipal de saúde, Dr. Silvio Mendes, já fez várias investidas junto ao Ministério da Saúde no sentido de haver ressarcimento ou pelo menos compensação parcial e constante das despesas com os “pacientes de fora” (grifo do autor/S.Mendes).

Houve reuniões no Ministério da Saúde com representantes dos Estados envolvidos, Piauí, Maranhão, Tocantins, Pará e Amapá, depois em Teresina e por último em São Luiz do Maranhão, onde foi firmado um acordo entre representantes do Piauí e Maranhão em Reunião

Conjunta da Comissão Intergestores Bipartite do Maranhão e do Piauí, sendo pactuado a incorporação no valor de R\$ 4.820.000,00, ano, do teto financeiro do Estado do Maranhão para o Estado do Piauí, devendo ser alocado no teto financeiro de Teresina, respeitando a deliberação da Comissão Intergestores Bipartite do Piauí.

Registro esse feito na Resolução Conjunta Nº 001/2003, da Comissão Intergestores Bipartite do Maranhão (CIB/MA), em reunião extraordinária com as presenças do Coordenador de Apoio à Gestão Descentralizada da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde - José Carlos de Moraes, do Secretário de Estado da Saúde do Piauí – José Nazareno Cardeal Fonteles, e do Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Teresina – Silvio Mendes de Oliveira Filho, além do Secretário de Estado da Saúde do Maranhão. O encontro e assinatura desta Resolução Conjunta, aconteceu no dia 21 de novembro de 2003, em São Luiz do Maranhão.

IV.7.3. PROGRAMAS PRIORITÁRIOS DESENVOLVIDOS NOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS.

Normalmente em cada município é dado prioridade a um tipo de Programa Básico, que pode se destacar em desenvolvimento mais intenso e/ou mais resolutivo junto à população. Em observação nos planos de saúde e em contatos diretos com os gestores visitados, constata-se que os programas prioritários desenvolvidos ou em desenvolvimento nestes municípios pesquisados são mais de ordem preventiva, o que é de bom alvitre, sendo estes: em Teresina, o Programa Saúde da Família (PSF); em Picos, Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (DST/AIDS); em Floriano, Saúde Bucal; em Bom Jesus, Vigilância Sanitária e em Luzilândia, também o Programa Saúde da Família (PSF).

IV.7.3.1 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESINA

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991, destinado a ajudar nos esforços voltados à redução dos graves índices de mortalidade materno e infantil na região nordeste, depois servindo de estratégia de criação e passando a integrar o Programa Saúde da Família.

Em Teresina, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado em 1994, com seus primeiros Agentes de Saúde atuando nas áreas com maior concentração de pessoas em situação de pobreza, e atualmente seus mais de 700 Agentes de Saúde se encontram quase todos incorporados nas 133 equipes de Saúde da Família existentes no município.

A partir de 2003, o PACS/PSF atua em todas as vilas, loteamentos, bairros urbanos e em toda área rural do município de Teresina atendendo 135.014 famílias, correspondendo a uma população de 584.162 pessoas, o que corresponde a uma cobertura de 78,0% da população geral do município, estimada pelo IBGE em 751.462 habitantes. (Fonte: SIAB,2003).

DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR REGIONAIS - TERESINA 2003.

Regionais	Equipe Saúde da Família				Equip Saúde Bucal		PACS		Total Profis.
	Méd.	Enf.	Aux.Enf.	ACS	Dent.	ACD	Enf.	ACS	
Sul	40	40	40	244	21	21	02	66	474
Norte	40	40	40	234	24	24	05	135	542
Leste/Sud.	53	53	53	305	30	30	05	111	640
Total	133	133	133	783	75	75	12	312	1.656

(Fonte: Relatório Gestão/FMS, 2003)

O Programa em 2003 apresentou crescimento não só em atendimento, como também conseguiu melhorar as condições das equipes e das unidades de saúde de apoio, com a compra de veículos, equipamentos médico-hospitalares e equipamentos de informática.

Em relação a visitas domiciliares dos médicos, foi observado um incremento significativo de cobertura de 12,6% em relação ao ano anterior. E no trato geral de visitas domiciliares, incluindo as de enfermeiros e dos agentes de saúde, o aumento chegou a 16,1%, representando um bom desempenho do programa. O que assim confirma que em todas as atividades acompanhadas e feitas pelas Equipes de Saúde da Família, em Teresina, vem progressivamente havendo consideráveis melhoras nos indicadores de saúde, principalmente.

Enquanto Teresina dispõe de recursos humanos especializados para compor mais de 100 equipes de Saúde da Família, os outros municípios enfrentam dificuldades nesse sentido. Os municípios de Picos, Floriano e Luzilândia conseguiram compor as equipes necessárias de cobertura de suas áreas populacionais, mas Bom Jesus e a maioria dos outros municípios do Estado enfrentam dificuldades em contratação dos principais componentes de suas equipes de saúde da família, em especial o profissional médico. Essa defasagem decorre tanto pela escassez dos profissionais de nível superior, quanto pelo salário oferecido e exigência de fixação de residência no local.

Devido a essas implicações, a implementação do “P.S.F” no Estado do Piauí sofreu e tem sofrido constantes observações críticas e mesmo sanções a vários municípios por parte do Ministério da Saúde. Mesmo assim, continua sendo o programa mais viável na área da saúde preventiva, e os municípios continuam preferindo-o e adquirindo mais equipes, mesmo enfrentando as dificuldades contratuais e obediências às normas estabelecidas pelo Programa.

Outra implicação junto aos componentes do “P.S.F”, em especial aos agentes de saúde, é a questão do vínculo empregatício que ultimamente vem trazendo confronto entre os agentes anteriormente “selecionados” para contratação e os concursados atualmente, como exigência trabalhista a este fim. Isso devido ao Ministério da Saúde ao criar esse programa, não ter se advertido desta possível consequência trabalhista, conforme o gestor de saúde de Teresina, Silvio Mendes, comenta:

“é preciso também que o S.U.S se adeque à forma de contratação de recursos humanos, e à legislação trabalhista atual. Existe uma série de irregularidades e políticas oficiais que não atendem à legislação trabalhista brasileira, como é o caso de contratações e terceirizações, por exemplo, dos agentes de saúde e do Programa de Saúde da Família. Este tipo de problema me deu “dor de cabeça” mas foi conseguido equacionar através de mecanismos de contratações em cooperativa, o que o vem sendo acatado até então.” (Reunião CIB-PI, 2002).

Esta questão sempre se encontra em evidência enquanto não for definido pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho o procedimento correto a ser adotado por todos os municípios. Como se encontra, os prefeitos e os gestores de saúde continuarão enfrentando obstáculos, e os profissionais intranquilos a esse respeito, como ressalta o gestor de Picos, dizendo:

“o município não tem condições de trabalhar com programas federais, tanto o P.S.F quanto o PACS, em que nós recebemos recursos correspondente a incentivos do Governo Federal, mas não temos como organizar e criar uma vinculação trabalhista porque o Governo manda o pagamento de um salário mínimo e aí seria necessário que o município arcasse com a parte das obrigações sociais, ou seja, com a regulamentação trabalhista. Isto é muito caro! Veja só, se contratarmos estas pessoas via previdência municipal custará mais ou menos 12% a base do salário. Se assinarmos a carteira de trabalho como “celetista”, aumentará mais de 100% os custos. O município não tem condições de entrar com contra-partida para regularização dos contratos trabalhistas destes profissionais. Vamos ter que conseguir outra saída.” (Entrevista, Picos, 2004).

De forma semelhante se manifestam quase todos os outros gestores e prefeitos abordados sobre esse tema, o qual constantemente se encontra em discussão no plenário da Bipartite, como recentemente foi pautada denúncia dos Agentes de Saúde dos municípios de Piri-piri e Betânia do Piauí.

As denúncias versam sobre demissões dos Agentes de Saúde que fizeram “teste seletivo” recomendado pelo Ministério da Saúde, através de técnicos da SESAPI, e que vem regularizando as admissões desde a criação do Programa, para serem substituídos por outros aprovados em concurso público feito pela Prefeitura desses municípios. O impasse ficou para a justiça resolver, pois o fórum da Bipartite não tem competência para este fim, conforme decidiu seu plenário. (Fonte: Livro atas CIB/PI, 2004).

IV.7.3.2 PROGRAMA DE PREVENÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM PICOS

No município de Picos, o programa de saúde priorizado neste início de década, além do P.S.F., foi o Programa de Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (DST/AIDS), onde, através da Coordenação Municipal de DST/AIDS, foi implantado o Centro de Testagem e Aconselhamento em D.S.T/AIDS (CTA), destinado a atender não só usuários do município de Picos, mas com abrangência a todos os municípios da macrorregião.

A respeito desse Programa, o gestor de saúde comentou:

“em relação a esta área de prevenção das DST’s, o município de Picos investiu muito, tanto na implantação da Coordenação Municipal como ultimamente na criação do C.T.A, e foi a partir destes órgãos que passou-se a trabalhar de uma forma organizada, de uma forma mais planejada as ações de prevenção e agravos de doenças de uma forma geral.”

Em visita ao referido Centro de Testagem e Aconselhamento, constata-se a organização, o desempenho dos funcionários e a movimentação constante de usuários em busca de atendimento ou mesmo de informações preventivas, o que vem surpreendendo à própria Coordenação, conforme ressaltou a coordenadora, Dra. Walquíria Pimentel, dizendo: “com os tabus ainda existentes, esperava-se uma retração maior do ‘popular’ em se expor ao teste e aos aconselhamentos.”

Neste Centro, é trabalhada uma população média de 50 usuários-dia, sendo quase todos da cidade de Picos, mas já aparecem várias pessoas da zona rural e de outros municípios. São realizados exames e testagens para sífilis e HIV, além de aconselhamentos individuais e coletivos feitos por psicólogas e enfermeiras.

Através dessa coordenação municipal, outros três projetos se encontram em atividade. Um deles é o “Projeto de atenção preventiva às populações confinadas.”,(grifo nosso) realizado nas penitenciárias de Picos. Foi feito em 2003, testagem em 182 presidiários e em 09

presidiárias, além de acompanhamento nos casos de necessidades, sendo estendido este tipo de cobertura nas casas de albergados.

Outro é o projeto intitulado “Sexo seguro e saudável”,(grifo nosso) para o qual foram formadas 04 profissionais do sexo (em Fortaleza) como multiplicadoras deste projeto, as quais trabalham em uma certa área do bairro São Vicente, tido como o bairro pioneiro em prostituição na cidade. Elas trabalham 08 horas diárias, identificadas com crachás da Secretaria Municipal de Saúde, prestando orientações preventivas, distribuindo preservativos nas “casas de sexo” que se encontram no bairro, e este tipo de atividade já se encontra projetado a se estender a outros bairros da cidade.

O mais novo destes projetos se intitula “Siga Seguro Caminhoneiro”,(grifo nosso) desenvolvido como campanha preventiva feita junto aos caminhoneiros que passam pelo famoso entroncamento rodoviário do quilometro zero da rodovia Transamazônica. Entroncamento este, o maior do Nordeste, começando em Picos onde há a confluência das BRs 02, 316 e 407.

Essa campanha é feita por técnicos treinados, em visitas aos caminhoneiros nos lugares, nos postos, onde eles costumam parar e pernoitar.Esses técnicos abordam os caminhoneiros, orientando-os quanto a cuidados preventivos, uso de preservativos e distribuição a cada um, além de preservativos, um disco CD, onde encontram músicas, sucessos do momento intercaladas por “gingles” informativos sobre prevenção das DST/AIDS.

Essa idéia mereceu destaque e elogios do próprio Ministério da Saúde que pretende encampá-la e desenvolver em outras regiões do país, como informou a Coordenadora do Programa.

IV.7.3.3 PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL EM FLORIANO

A atual política de Saúde Bucal desenvolvida pelo Ministério da Saúde vem disponibilizando os profissionais dentistas a integrarem Equipe de Saúde da Família e possibilitando a Odontologia Sanitária condições de melhor despertar para o cuidado com a saúde bucal, como também a desenvolver atividades reparadoras, tanto na área da atenção básica como nas demais áreas do universo da saúde.

O município de Florianópolis vem priorizando o desenvolvimento da Saúde Bucal, junto as equipes de Saúde da Família e mesmo fora dessas equipes. Atualmente, desde 2003, vem proporcionando uma cobertura de 100% no atendimento de saúde bucal, nas 23 equipes de Saúde da Família em atividades no município.

O projeto que se destaca na área de odontologia sanitária é o “Projeto Sorrir”, (grifo nosso) implantado desde agosto de 1998 para estimular atuações preventivas e educativas em saúde bucal. O objetivo principal desse projeto é eliminar a cárie dental de escolares a médio e longo prazo, o qual atualmente se encontra fazendo um atendimento médio de 15.000 adolescentes entre 13 e 14 anos, e em outras faixas etárias, conforme informou a gestora de saúde, odontóloga Magnólia Queiroz.

Outro programa destacado pela Coordenação Municipal de Saúde Bucal de Florianópolis, nessa área, é o Programa “Odontologia para Bebês”, (grifo nosso) em que é feita orientação às gestantes no pré-natal, também aos pais e babás, quanto aos hábitos saudáveis e higiene bucal.

Quando surge criança com dente erupcionado ou cariado, é imediatamente encaminhada para a Unidade de Saúde e atendida pela equipe de Saúde Bucal, segundo informação da Dra. Zilma Neiva, Coordenadora de Saúde Bucal do Município.

Sobre esse Programa, uma conselheira do seguimento de usuários de serviços de saúde de Florianópolis, falou de forma bem explicativa, dizendo:

“O Programa de Saúde Bucal é um programa muito bom e tem ajudado mesmo, porque antigamente as pessoas não tinham vez (acesso) de cuidar e tratar dos dentes. Era difícil marcar uma consulta para um tratamento de dente, por que geralmente o dentista logo tinha a preocupação era de arrancar, isto porque o povo não dava importância em tratar e mandavam logo era extrair os dentes. Hoje com a saúde bucal dentro do P.S.F, a gente tem mais oportunidade de ser bem atendida e cuidar dos dentes. Só deixa estragar, se for descuidada mesmo!”

IV.7.3.4 PROGRAMA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM BOM JESUS.

Na área da Vigilância à Saúde, o município de Bom Jesus definiu como prioridade a Vigilância Sanitária, onde a Coordenação Municipal vem atuando com uma programação regular de fiscalização nos logradouros públicos e nos estabelecimentos comerciais. Isso foi observado na visita feita ao município, onde nos logradouros públicos e comerciais era notada a ação fiscalizadora da Vigilância Sanitária, tanto por alvarás expostos como cartazes educativos.

A esse respeito, a Gestora de Saúde acrescenta que:

“é feita regularmente a vistoria e quando necessário, outra providência é tomada a tempo. Nunca foi preciso ser levado um caso à Promotoria Pública. A Coordenadora Amância é muito atuante e sempre tem tido uma maneira de resolver os casos problemáticos sem precisar levar ao conhecimento da Promotoria do Estado. Estamos consolidando uma dinâmica em educação sanitária e em preparação de técnicos em vistorias, assim como realizando fiscalizações periodicamente.”

Abordado sobre esta atividade na cidade, um conselheiro do segmento de usuários falou de um caso resolvido pela Vigilância Sanitária:

“a Vigilância Sanitária tem trabalhado bem na questão educativa da população, distribuindo panfletos e colocando cartazes na loja e mercados. No Conselho de Saúde foi apresentado uma denúncia sobre uma casa de morada tendo uma criação de porco no quintal, que estava incomodando o pessoal vizinho com o mau cheiro. Foi discutido na reunião e comunicado à Vigilância Sanitária, que logo tomou as providências e conseguiu retirar o chiqueiro de porco do quintal da casa denunciada.”

No entanto, em alguns outros municípios do porte médio de Bom Jesus, e em outros municípios menores, esse tipo de compromisso com a vigilância à saúde não está sendo cumprido. Recentemente (2004) a Coordenação Estadual da Vigilância Sanitária levou à

discussão em reunião da Bipartite essa preocupação, ao constatar que muitos municípios não dispunham de condições de expedir uma licença para funcionamento de uma “drogaria” que se estabelecesse em seu território e não vinham desenvolvendo as atividades outras de Vigilância junto à população.

IV.7.3.5 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM LUZILÂNDIA.

O município de Luzilândia também definiu, como programa prioritário, a Saúde da Família, tendo recentemente sido bem discutido este tema em sua IV Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2003, cujo Tema Central foi: “PSF – Uma Realidade em nosso Município”, em que foram apresentados bons resultados em números de atendimentos, assim como importantes depoimentos de profissionais das equipes em atuação.

Dentre estes depoimentos, destaca-se o feito pelo Dr. Cleyton, ao relatar sua experiência nas visitas domiciliares, considerando-as de gratificantes atividades sócio-humanitárias, e dizendo mais: “a aproximação com o usuário em sua casa, faz bem ao coração da gente. Fui convidado a participar do aniversário de um deles, e até cheguei a me emocionar, e lacrimejei (os olhos) de emoção, na hora dos parabéns.”

Fatos estes, de cunho solidário, nesses tipos de inovações surgidas com o advento do S.U.S, são mais importantes que dados numéricos sobre o realizado ou não deste ou daquele programa, pois o Ministério da Saúde enfatiza muito a importância dos impactos locais, principalmente os de cunho positivo em valorização do que vem sendo feito em benefício da comunidade.

Pelas entrevistas e pelos levantamentos analisados, verificou-se que em todos os municípios estudados as ações de prevenção e promoção geralmente são desenvolvidas em parcerias com outros setores de ação social, em especial com a educação, o saneamento básico

e o serviço social, o que é salutar. Mas não foi identificado, propriamente, um projeto abrangente de articulações intersetoriais, indo além das dimensões de cada município. A não ser o Projeto “Siga em frente caminhoneiro” da cidade de Picos, caso o Ministério o encampe e o leve a outras regiões do país, como prometido.

IV.7.4 QUANTO AO CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

A participação da comunidade se encontra na raiz da concepção da democracia, a qual é fundamental para o exercício da cidadania, e visa, no limite, ao controle social das ações do Estado. Para isso, os conselhos de saúde, nesse caso, se constituem formas efetivas de participação da população nos processos de deliberações políticas, em qualquer um dos níveis e das esferas do poder público.

Convém ressaltar que para o funcionamento de um Conselho de Saúde, conta-se com os pressupostos legais estabelecidos nas leis orgânicas da saúde nº 8.080/90 e 8.142/90, que reformularam e restauraram os Conselhos de Saúde em âmbito nacional. A partir deste novo ordenamento, em nível federal, as legislações estaduais e municipais foram também reformuladas. Nessa nova perspectiva é que foram criados os conselhos estadual e municipais no Piauí.

A estruturação de um Conselho de Saúde constitui-se tanto em formas de participação social na formulação, acompanhamento, controle e avaliação das políticas e ações de saúde, como de democratização dos serviços. Para isso, torna-se necessário que um Conselho funcione adequadamente, precisando, acima de tudo, ser representativo e ter legitimidade.

Para um Conselho ser representativo torna-se necessário que tenha conselheiros que: a)- atuem como interlocutores de suas bases, levando ao Conselho as demandas dessa base e

trazendo, a estas, as decisões ou outras informações de interesse comunitário das bases; b)- não se distanciem da Entidade ou do Movimento que os indicou; c) – representem e defendam os interesses da sociedade (Fonte: LACERDA,1995). Pois um conselheiro não deve se limitar à defesa dos interesses específicos da sua entidade ou movimento que representa, e sim, saber ampliar o seu nível de atenção defendendo os interesses da população com um todo, isso “especialmente no caso da saúde, em que as melhorias realizadas no sistema de saúde resultarão em benefícios para todos, inclusive para a entidade que este representar.” (LACERDA,1995).

Outros indicadores que caracterizam o desempenho de funcionamento de um Conselho de Saúde são a “autonomia”, quanto às condições administrativas, financeiras e técnicas adequadas ao cumprimento de suas atribuições; a “organicidade” correspondendo à regularidade de presenças dos conselheiros e cumprimento do Regimento Interno; a “permeabilidade” referente ao grau de receptividade a demandas sociais e a denúncias surgidas; a “visibilidade” quanto ao grau de transparência da atuação do Conselho e a “articulação” que corresponde à capacidade de se aproximar e estabelecer relações não só com outros conselhos, como com outras entidades de uma forma geral, Assembléias, Câmaras Municipais, Ministério Público, Tribunal de Contas e outros. (Fonte: LACERDA,1995).

Os Conselhos e as Conferências de Saúde devem constituir espaços voltados para referendarem posições e confrontarem propostas e não apenas para consensos, pois

“não é suficiente o já conquistado, isto é, a mera existência dos Conselhos, a qual já possui efeito geral e cultural. É necessário que estes encontrem, no processo cotidiano da tomada de decisão pública, um maior alcance democrático. Esta amplitude é a de apresentar, problematizar e fazer valer, na definição do interesse público, as demandas e necessidades dos setores com menor presença nas arenas políticas tradicionais.” (Carvalho, 1997).

Um Conselho ou mesmo um conselheiro é preciso que tenha legitimidade, tendo o apoio, o consentimento e a confiança da sociedade ou do segmento social que representa, para poder verdadeiramente representar as idéias de um grupo social ou mesmo de toda uma sociedade.

No entanto, dentro da realidade dos municípios piauienses, o uso do termo participação da comunidade e o funcionamento do Conselho, desde o início, foi associado à mera tentativa de manipulação da população, visando legitimar ações administrativas ou no propósito de transferir responsabilidades do poder público para a população, o que assim dificultou e ainda dificulta a efetiva participação das camadas populares na luta por seus interesses junto aos órgãos ou aos serviços públicos.

No reconhecimento disso, um conselheiro sindicalista do segmento dos Trabalhadores de Saúde do Conselho Estadual de Saúde do Piauí, ressalta que:

“a minha visão sobre o controle social no interior do Estado, é que lamentavelmente a maioria dos profissionais da saúde, mais os médicos, e as autoridades, os prefeitos mesmo, não querem perceber a importância do Conselho e da Conferência de Saúde como lugar onde se faz as propostas que vão definir políticas de saúde realmente. Por isto mesmo, muitos prefeitos, até mesmo médicos-prefeitos, ainda manipulam a composição do Conselho de Saúde colocando parentes, amigos, correligionários, para que sejam convenientes em ajudar fazer as “manobras” quando precisar.”

Esse tipo de prática distorcida, associado às dificuldades geradas pela cultura política consumista, ao individualismo exacerbado da vida contemporânea e a fragilidade representativa das entidades associativas, acabam por dificultar mais ainda a mobilização popular e as ações de cidadania.

No Piauí, além dessas ingerências, muitos dos seus municípios tiveram a criação dos seus conselhos de saúde em 1991, de forma emergencial como decorrência de cumprir requisito para formular a opção ao processo da municipalização da saúde, sem a menor forma de preparação popular e amadurecimento de interpretação da lei orgânica da saúde e da lei formulada para criação dos conselhos, na época.

Entre esses municípios referidos, estão incluídos os 05 municípios da pesquisa, os quais ainda continuam regidos por essas mesmas leis, elaboradas em 1991, sem terem feito ainda as devidas atualizações conforme alterações surgidas e recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Após a publicação da NOB-SUS 01/93, os conselhos de saúde passaram a ser tratados com mais seriedade, mais exigências na composição paritária conforme a Lei 8.142/90, e solicitados como requisito em qualquer ato institucional e de repasse financeiro ou outro tipo de repasse federal e estadual aos municípios. Começaram a surgir também outros tipos de órgãos representativos paralelos e correlatos, como os conselhos de gestores, conselhos distritais, entre outros, sem terem tido repercussão e sido criados nem mesmo em Teresina, onde foi ensaiado a instituição de Conselho Gestor vinculado aos Hospitais Estaduais e Municipais, sem tanto sucesso, mesmo até fins de 2002.

No município de Picos, o Conselho Municipal de Saúde funciona em sede própria, com infra-estrutura física e administrativa. Com essa estrutura “as reuniões se tornam mais cômodas e práticas ao desenvolvimento dos trabalhos e ao desempenho participativo dos conselheiros e convidados”, disse o Coordenador Técnico do Conselho.

Tive a oportunidade de participar de uma das Reuniões Ordinárias desse Conselho, na sua sede, e pude observar estes detalhes referidos pelo Coordenador, como também o desempenho participativo por parte dos conselheiros e o gestor de saúde, mesmo nos assuntos polêmicos. Em levantamento, exposto no mural do Conselho, mostra que do ano de 1994 até março de 2004, foram realizadas 109 reuniões, destacando o ano de 1999 em que foram realizadas 19 reuniões, tendo sido 12 ordinárias e 07 extraordinárias.

Sobre o papel do Conselho de Saúde, um dos conselheiros do segmento de usuários participante da reunião disse que “o conselheiro tem de se conscientizar do papel do Conselho

e levar pra dentro do Conselho os assuntos e fazer que ele assuma seu verdadeiro papel, que é de fiscalizar as ações da Secretaria de Saúde.”

Nos outros municípios, sem infra-estrutura própria, as reuniões dos Conselhos de Saúde geralmente se realizam em lugares cedidos, nem sempre regularmente, e os próprios conselheiros reclamam quanto a isso, ou seja, sobre as dificuldades de realização de reuniões, principalmente por falta, nas reuniões, de muitos conselheiros desinteressados. Em Teresina, as reclamações também versam sobre certos conselheiros não participativos nas entidades e oportunistas em outras ocasiões, como ilustra bem o depoimento de um conselheiro do segmento dos usuários de saúde a este respeito:

“ as entidades na prática pouco se preocupam em encaminhar as questões para se estudar as soluções, e tem conselheiros que nunca participam de atividades de organização de lutas, de nenhuma discussão interna da entidade, mas na hora de aparecer, estão em frente de tudo.”

As conferências de saúde como instrumento de controle social têm grande importância na parte informativa das atuações e das inovações em evidências na área da saúde, como também nas instruções feitas aos participantes. Também se observa nelas a convivência social e solidária no seu desenvolver, em que delegados da cidade e de localidades distantes, da zona rural, se juntam na discussão de assuntos do interesse comum a todos no município. Como se observa também, a importância dada por estes participantes, a esta oportunidade de conhecerem e se relacionarem com pessoas de fora da sua convivência cotidiana, como relata um conselheiro do segmento de usuários do município de Luzilândia:

“a Conferência traz uma coisa nova interessante, pois nela a gente participa ao lado das autoridades de saúde, como a Secretária de Saúde, o Prefeito, outros secretários da Prefeitura, o Conferencista de Teresina, médicos e enfermeiras, o que antes a gente nem pensava ser possível uma reunião deste tipo, hoje estou aqui participando, francamente isto é de muito valor pra gente.”

No período estudado, todos os municípios da pesquisa se encontravam com as Conferências de Saúde realizadas, mesmo não tendo sido todas realizadas em períodos regulares, ou seja, de 2 em 2 anos, mas, pelo menos, em período de elaboração do Plano

Municipal de Saúde, objetivando a incluir, neste, as diretrizes da política de saúde do município, normalmente discutidas e deliberadas em plenários das Conferências.

Quanto a essas diretrizes políticas, alguns dos conselheiros entrevistados referiram não terem observado, nenhuma vez, a discussão delas em reuniões do Conselho, para cobrança de realização pelo gestor ou para encaminhamento de novas propostas de efetivação destas, conforme refere um conselheiro do segmento dos usuários de Bom Jesus, “por enquanto, eu ainda não observei ter sido discutido isso não. Mas eu acredito que esta prestação de informação vai acontecer, por que a gente vai exigir mais. O problema também, tá nos conselheiros que pouco exigem.”

Sobre esta mesma temática, mas em conotação diferente, um conselheiro trabalhador de saúde de Floriano, disse:

“as Conferências apontam benefícios para melhorias na área da saúde, nelas juntam-se os delegados para discutirem várias questões, chamadas de diretrizes políticas de saúde. Depois, espera-se que sejam cumpridas estas diretrizes, mas é só frustração, pois na prática o poder público nem sempre efetiva as diretrizes da Conferência.”

Quanto ao relacionamento de conselheiros e gestores de saúde, nas cidades maiores, onde geralmente os conselheiros são mais politizados, esse relacionamento é mais crítico, chegando, às vezes, ser conflitivo, como ressalta um conselheiro sindicalista do segmento dos usuários de saúde:

“em Teresina, o relacionamento entre o poder público e os usuários, e mesmo os trabalhadores de saúde, é dramático, pois somos vistos mais como adversários políticos da prefeitura do que como conselheiros. O que assim, os entendimentos ficam prejudicados e deliberações importante, às vezes, não são aprovadas.”

No entanto, nos outros municípios do Estado, este tipo de relacionamento é bem pacífico, como se vê nos depoimentos abaixo:

“É um relacionamento muito bom. Sempre o gestor tem dado todo apoio, sempre disposto a resolver os questionamentos dos conselheiros. Quando é solicitado alguma coisa que não pode resolver ali, na hora, ele tem colocado uma das coordenadorias da Secretaria para resolver o caso. Ele se comporta sempre assim com a gente.” (Conselheira do segmento dos trabalhadores de saúde, Picos).

“Quanto a isto, ela se relaciona muito bem. É uma pessoa bem educada. Qualquer coisa ou assunto que a gente fala, mesmo ela tendo outro plano ou opinião diferente, nunca se mostrou com insatisfação com os conselheiros.” (Conselheiro do segmento usuários, Bom Jesus)

Neste espaço do controle social, convém se incluir também a Comissão Intergestores Bipartite, em que a participação da comunidade se encontra implícita, e mesmo, toda documentação normalmente levada à discussão em plenário da Bipartite, geralmente passa antes pela aprovação do Conselho de Saúde do município correspondente ao assunto.

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) tem formação e composição semelhantes às do Conselho de Saúde, sendo diversificada apenas na forma de votação que é consensual, ou seja, entre as duas partes representadas, Estado e Municípios.

A representatividade do Estado é feita através de membros representantes de órgãos da Secretaria Estadual de Saúde, e a representatividade dos municípios é feita através de Gestores Municipais de Saúde componentes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), sendo divididos em representantes dos municípios de pequeno, médio e grande porte populacional.

Participando-se das reuniões deste colegiado, como tive oportunidades no cargo de Coordenador desta Comissão, nota-se que os Gestores de Saúde, devendo representar não apenas seus municípios, mas os demais municípios de sua abrangência por porte populacional, pouco se preocupam em trazer um assunto de outro município de sua região de representação, o que demonstram, assim, uma falta de articulação com os municípios circunvizinhos numa perspectiva de intersetorialidade e integração.

Por este e outros motivos, encontra-se incluído no projeto de implantação da Regionalização da Saúde, a criação das Bipartites Regionais, a serem implantadas pelo menos nas sedes das MacroRegiões. Essa proposta já se encontra em prática nos demais estados do país, com operacionalização ou não da Regionalização da Saúde.

Uma outra prática nesse espírito de representatividade e cooperativismo entre municípios, é o Consórcio Intermunicipal de Saúde o qual objetiva interiorizar mão de obra qualificada e proporcionar a concretização de uma política que busca um planejamento regional. Um consórcio intermunicipal normalmente é formado por um grupo de municípios circunvizinhos, através de acordos e pactuações entre prefeitos e gestores de saúde. Administrativamente consta de um Conselho Diretor formado pelos prefeitos e um Conselho Técnico formado pelos Secretários Municipais de Saúde. É designado um município sede para gestão do Consórcio e resolutividade da assistência em saúde junto aos outros municípios.

Esse sistema consorcial seria importante para a realidade do Estado do Piauí, no entanto, foi tentado algumas iniciativas mas nem chegou a ser iniciado no Estado principalmente pelo egocentrismo político partidário de muitos prefeitos em não aceitarem entendimento, muito menos contribuir eqüitativamente com outras prefeituras, em especial sendo administrada por adversários partidários, como existe bastante no interior do Estado. (Informação verbal).

É do reconhecimento da área da saúde que apesar da fragilidade representativa a Comissão Intergestores Bipartite assim como os Conselhos de Saúde, ao testemunharem e oficializarem o processamento da Descentralização das Ações e Serviços da Saúde no Estado do Piauí e suas complementações, vêm de certa forma contribuindo na construção do S.U.S no Estado, fazendo com que a mudança para o modelo de gestão de atenção integral à saúde, comece a construir uma nova saúde pública, resgatando o município como um agente sanitário fundamental para o bem-estar de seus cidadãos.

No cômputo geral destes apanhados sobre a realidade dos municípios piauienses na área da saúde, nota-se que foram apresentadas muitas ações e situações incompatíveis com o devido desempenho dos municípios na implementação do processo de municipalização, mas sabe-se de antemão, que existem alguns municípios com ações e atividades criativas, produtivas e que procuram superar as adversidades locais. No entanto, nestes e nos outros municípios, o

conjunto das ações, dos serviços e dos comportamentos político-administrativos desenvolvidos não fez contemplar o todo recomendado para chegar à conquista da municipalização plena propriamente dita.

Neste emaranhado de incoerências, ingerências e de inovações e normatizações constatadas junto aos 222 municípios do Estado do Piauí, verifica-se que, até agora, meados de 2004, a totalidade dos municípios piauienses não conseguiu à risca, todas as regras básicas instituídas e regulamentadas pelo S.U.S, quanto ao processo de municipalização da saúde.

A realidade estudada apresenta situações diferenciadas, ou seja, alguns municípios recém emancipados começando a entender esse processo de municipalização, outros, procurando fazer o melhor possível a beneficiarem suas populações, e há aqueles que buscam interferir nas novas regras para que estas se adaptem aos seus tradicionais costumes político-administrativos, comprometendo os princípios que embasam o Sistema Único de Saúde.

Os sanitaristas conseguiram, ao longo do tempo e a duras penas, a criação do Sistema Único de Saúde, as leis de regulação e as normas de operacionalização desse Sistema, mas pelo visto, a maioria dos gestores de saúde do Piauí não está conseguindo implementar devidamente estas conquistas dos sanitaristas junto as suas populações, com fins de proporcionar melhor nível de saúde a seus cidadãos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“A utopia está no horizonte.
Me aproximo dois passos,
Se distancia dois passos.
Caminho dez passos
E o horizonte corre dez passos mais.
Por mais que eu caminhe,
nunca o alcançarei.
Para que serve a utopia?
Para isso, para caminhar.”*

(EDUARDO GALENO)

MUNICIPALIZAÇÃO PLENA DA SAÚDE NO PIAUÍ:

UMA UTOPIA A SER REALIZADA.

Torna-se estranho servir-se de uma citação sobre a função da utopia, quando as questões tratadas, além de emanadas de atividades em andamento, exigem posturas pragmáticas, ativas, de ações imediatas e com ótimo grau de resolutividade.

Justamente por isso, é que a utopia aqui referida tem o sentido de busca, pois a realidade mostrada nos municípios do Piauí, em relação à municipalização da saúde, não apresenta uma postura de gestão condizente com a causa da municipalização plena, sendo o grau de resolutividade ainda precário na busca da plenitude almejada.

No entanto, esta citação serve mais de alerta e de estímulo do que de crítica e de reprovação, pois sabe-se que a integração de políticas em ambientes sociais centralistas, consumistas e ainda diversificados é realmente uma tarefa utópica. Mesmo assim, nesse caso, o objetivo que deve motivar a caminhar é a elaboração de novas perguntas, enfrentamento de novos desafios na busca das respostas e das soluções.

Com os reflexões desenvolvidos acerca da plenificação de gestão municipalizada, a realidade mostrada nos municípios pesquisados e implicitamente nos demais municípios do

Estado do Piauí, comprova bem as dificuldades que os gestores municipais têm para realizar suas tarefas. Pois, além da escassez de recursos que nunca são suficientes para a demanda sempre crescente que se apresenta às administrações municipais, deparam-se ainda com uma cultura centralizadora de gestão que pensa as ações e os programas sob o ângulo de um setor ou de uma instituição, desde os mecanismos de financiamentos até as estratégias de avaliação, embora oficializado a descentralização.

Essa cultura, presente nos diferentes níveis de governo, vem apresentando resultados em desvios de recursos, duplicidade de ações, disputas entre áreas ou setores de serviços e em distorções no acesso de atendimento à população.

Esses problemas normalmente surgem com mais frequência nos municípios, trazendo conseqüências dramáticas junto aos usuários, mas, na maioria das vezes, são geradas por sistemáticas que têm origem tanto na atuação de órgãos federais como de órgãos estaduais.

Nesse contexto, os municípios piauienses demonstraram ter conseguido alguns avanços na organização de gestão dos seus sistemas de saúde e na implementação dos programas básicos, em especial o Programa de Saúde da Família.

Houve melhorias, também, na organização da assistência terapêutica, sendo que, nesta área, ainda se demonstra maior interesse pela assistência hospitalar.

Por esses e outros motivos, na caracterização do processo de municipalização da saúde no Piauí, observa-se que houve pouca regularidade no cumprimento às normas regulamentadoras desse processo, conforme se pode observar, tomando como base alguns dos itens apresentados no capítulo IV, na Proposta de Municipalização Plena.

01 – *Órgão de gestão*: poucas secretarias municipais de saúde se encontram criadas legalmente, ou seja, por leis municipais, assim como, não possuem um regimento interno de funcionamento e organograma funcional compatíveis com os departamentos em

funcionamento na estrutura física. Entre os municípios pesquisados, apenas o município de Bom Jesus não apresentou estes itens, lei, regimento e organograma.

Quanto às instalações físicas dos órgãos de gestão, a grande maioria se encontra instalada em casas ou prédios adaptados ao seu funcionamento. No Estado, apenas o município de Piracuruca construiu prédio destinado à Secretaria Municipal de Saúde, onde são congregados todos setores de forma prática e funcional.

(Responsabilidade do Município).

02 – *Programação Pactuada e Integrada (PPI)* – Instalada no Estado de forma emergencial em 2003, ainda sem operacionalização até meado de 2004, dificultando as questões do acesso de assistência aos serviços de saúde e referenciamentos entre os municípios, como já esclarecido anteriormente.

(Responsabilidade do Estado).

03 – *Compatibilização entre o Plano Estadual de Saúde e o Plano de Saúde de cada município* – Os municípios desde 1991, de certa forma, vêm elaborando os planos de saúde, enquanto o Estado apenas em 2003, elaborou propriamente um Plano Estadual de Saúde, este para efeito de cumprir requisito de habilitação na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual. Portanto não existe esta compatibilização.

(Responsabilidade do Estado)

04 – *Instrumentos de acompanhamento por parte da Secretaria Estadual de Saúde quanto ao desempenho dos Sistemas Municipais de Saúde.* – Não existe, especificamente.

(Responsabilidade do Gestor Estadual)

05 – *Padronização e periodicidade dos planos de saúde.* – Não existe uma padronização oficial por parte do Estado, e quanto a periodicidade de vigência nos municípios, é recomendado que seja correspondente a cada período de gestão do prefeito.

No entanto, a maioria dos municípios só tem elaborado seus planos de saúde para efeito de habilitação em uma condição de gestão ou quando da necessidade para aquisição de algum tipo de recurso financeiro.

Entre os municípios pesquisados, apenas os de Luzilândia e Bom Jesus não se encontram com os planos atualizados.

(Responsabilidade dos gestores estadual e municipal)

06 – *Valorização do Plano de Saúde* – Na maioria dos municípios, é precária. As elaborações desses planos geralmente são feitas de forma aleatória ou seguindo modelos copiados de outros municípios, quando não são feitos por pessoas ou equipe técnica de Teresina. Com isso, as metas programadas geralmente se tornam incompatíveis com a realidade local, assim como, as prioridades definidas nem sempre correspondem às opinadas pelos usuários locais.

Outra característica de desvalorização desse tipo de instrumento de gestão é quanto às “diretrizes políticas de saúde do município”,(grifo nosso) normalmente incluídas nos planos, mas raramente acompanhadas e cobradas suas efetivações por parte do Conselho junto aos gestores, ou pelo menos, discutidas novas formas de efetivações dessas diretrizes. (Responsabilidade dos gestores Estadual, municipais e dos conselhos de saúde).

07 – *Padronização e regularidade de elaboração da Programação Anual* – Não elaborada pela totalidade dos municípios estudados, e nem vem sendo pelos demais municípios. (Responsabilidade do município)

08 – *Elaboração e periodicidade mínima do Relatório de Gestão* – A elaboração deste instrumento de gestão não vem sendo feita regularmente por todos os municípios, mesmo como compromisso firmado para efeito de habilitação.

Quanto ao período mínimo, mensal ou trimestral, muitos municípios se declaram virem fazendo internamente e apresentando no Conselho de Saúde.

No entanto, a elaboração do Relatório Anual de Gestão e entrega na SESAPI se encontra bastante defasada, conforme levantamento feito na Secretaria Técnica da Bipartite, em que, de 50 municípios vistos, apenas 18 haviam entregue regularmente no ano de 2002.

Foi constatado também que vários municípios, em especial os menores, apresentaram Relatório de Gestão apenas no ano em que pleitearam habilitação na condição de gestão da Atenção Básica.

Este tipo de Relatório é o único documento de prestação de contas dos repasses financeiros fundo a fundo feito pelo Ministério da Saúde aos municípios. No entanto, o próprio Ministério da Saúde nunca determinou obrigatoriedade de realização e fiscalização neste sentido, apenas recomenda aos Estado e às Procuradorias Públicas que o façam. De acordo com os dados levantados na pesquisa, isso não vem acontecendo, principalmente por parte das Procuradorias Públicas. Como também, é recomendado que esses relatórios sejam apresentados nas Câmaras Municipais, o que não é praticado, mesmo em termo de Brasil.

(Responsabilidade dos gestores municipais e Estadual)

09 – *Gestão de todo o Sistema Municipal de Saúde – Exercício do Comando Único* - Nenhum município vem exercendo a gestão integral no seu Sistema de Saúde, não exercendo o Comando Único com é previsto pela legislação da saúde, principalmente depois de habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal. Nem mesmo em Teresina, onde o Estado ainda centraliza algumas ações e mantém unidades de saúde com gestão estadual, como a Unidade de Saúde do Mocambinho e o Posto de Atendimento Médico (PAM) do São Cristóvão.

(Responsabilidade do Estado).

10 – *Compromisso de garantia de acesso às Ações e Serviços de Saúde no município e de referenciamento a Serviços não existentes no município de origem* – Compromisso este assumido por todos os gestores no ato de habilitação, mas na prática não

vêm cumprindo com regularidade, principalmente pela falta de empenho por parte da administração executiva no município e no Estado, não sendo disponibilizadas por este, as condições de operacionalização da Programação Pactuada e Integrada (PPI) com o respectivo sistema de referência e contra-referência.

(Responsabilidade do Estado).

11 – *Controle, Avaliação e Auditoria, através do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, de procedimentos e serviços realizados no município* – Normalmente necessita um Plano de Execução destas atividades, existindo apenas em Teresina, onde se encontra em atividade a Central de Marcação de Consultas e Exames, a Central de Leitos, a Central de Regulação, com Comissão de médicos auditores autorizadores.

Nos municípios de Picos e Floriano existem Serviços de Controle e Auditoria com médicos auditores no controle das AIHs e na realização de auditorias nas unidades de saúde locais. Nos outros municípios pesquisados, essa prática geralmente é feita apenas por um médico e de forma precária, não existindo propriamente um Serviço específico na Secretaria de Saúde, enquanto que na maioria dos outros municípios, esse componente municipal do S.N.A existe apenas burocraticamente, no papel.

(Responsabilidade do Município).

12 – *SIOPS e contrapartida do Tesouro Municipal conforme E.C 29/2000* – Poucos municípios estão alimentando regularmente o Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS), o que deve ser feito mensalmente pela contabilidade da Secretaria de Saúde. Neste Sistema, se inclui o percentual de contra-partida da Prefeitura para o Fundo Municipal de Saúde, sobre o qual se observa uma defasagem marcante, em que a maioria dos prefeitos não procuram cumprir regularmente.

Em contato com prefeitos de alguns municípios, estes alegam gastarem mais com a saúde do que o percentual recomendado pela E.C-29, sendo que a maioria das despesas feitas

por estes não se caracterizava como sendo com a saúde, ou seja, contabilizadas junto ao Fundo de Saúde. O prefeito de Picos, por exemplo, com esta atitude incompatibilizou o município ser habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal em 2002, sendo feito as correções foi habilitado nessa condição de Gestão no início de 2004.

Outra característica peculiar nessa área é quanto a autonomia financeira do Gestor de Saúde, geralmente tolhida pelo prefeito, justamente pela persistência de quase todos em ainda permanecerem centralizando as contas e despesas com a saúde.

(Responsabilidade do Gestor de Saúde e do Prefeito Municipal).

13 – *Criação, estruturação e funcionamento da Vigilância Sanitária, incluindo o Controle de Zoonoses* – Parte dos municípios maiores, como Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano, Barras possuem serviços de Vigilância Sanitária e serviço de Controle de Zoonoses em funcionamento, sendo que na maioria dos demais municípios, a Vigilância Sanitária existe de forma precária, ou seja, com poucas atividades ou mesmo só no papel, e o controle de zoonoses se resume às vacinações de campanhas.

(Responsabilidade do Município)

14 – *Conselho de Saúde sem ingerência do poder executivo* – Todos os municípios do Estado do Piauí têm Conselhos de Saúde legalizados, mas nem todos legitimados, ou seja, com composições regulares e funcionamento cumprindo o papel de fiscalizador das ingerências e formador de políticas de saúde para o bem da coletividade. Observa-se, como referido, que ainda predomina o critério político na indicação dos membros do conselho, na maioria dos municípios, como também, entre a maioria dos conselheiros haver muita flexibilização, mesmo relaxamento, na execução e fiscalização dos planos de aplicação dos recursos de saúde.

(Responsabilidade do Município).

15 – *Comissão Intergestores Bipartite* – Instância colegiada de negociação e pactuação entre Estado e municípios, onde são tomadas importantes decisões no direcionamento das gestões de saúde nos municípios. Observa-se a falta de estruturação organizacional e sede física do órgão de representatividade dos municípios, ou seja, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Piauí (COSEMS/PI), como também a falta de pluralidade representativa dos secretários membros do colegiado, os quais demonstram representar apenas os interesses dos seus próprios municípios.

Essa situação é decorrente também da falta de execução da Regionalização da Saúde no Estado do Piauí, dificultando a criação das “Bipartites Regionais” pelo menos nas sedes das macroregiões, fazendo com que os municípios dessas regiões pudessem ser representados e fazer suas reivindicações junto à representação do Estado. (Responsabilidade do COSEMS/PI e do Estado).

Além dessa realidade caracterizada nos municípios pesquisados e nos demais implicitamente, observa-se que, em relação à assistência à saúde, a sociedade piauiense ainda se caracteriza por “uma capital mais alguns municípios” (Filho refere Dowbor, 1995), pois a maioria dos casos de assistência em média e alta complexidade, se encontram sendo resolvidos apenas em Teresina ou uns poucos casos em outros poucos municípios.

Com isto, o princípio da *equidade* em termo de municipalização é praticamente anulado, dificultando aos municípios menores e mais distantes da capital adquirirem suas autonomias na área da saúde.

Por isso e por falta de coordenação por parte do órgão gestor de saúde do Estado, os municípios menores continuam na dependência dos maiores, vejamos como exemplos, Teresina, Picos e Floriano, que absorvem as necessidades dos municípios menores, na medida em que concentram em suas sedes a capacidade instalada em termos de unidades de saúde, equipamentos, tecnologias avançadas e recursos humanos especializados.

Situações estas fazendo levar-se a concluir que a municipalização da saúde no Piauí ainda adota o “modelo da municipalização atomizada”, (grifo nosso) sendo este considerado de ordem primária na escala de ascensão ao ápice da plenitude. Dificultando mais essa situação, tem-se a questão do Comando Único de gestão, fragmentado mesmo nos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal.

As evidências indicam que, enquanto o Gestor Estadual não “garantir a regionalização da assistência em saúde e a organização de um sistema de referência capaz de promover consistência à administração do Sistema Único de Saúde” (Unchese, 1996:131), o Estado do Piauí continuará proporcionando a ocorrência da atomização desordenada da descentralização da gestão da saúde.

Baseado no gráfico esquemático abaixo, fundamentado nos dados referentes à situação de habilitação em condições de gestão dos municípios do Estado do Piauí, o autor recorre a uma escala ascendente de conceituação de níveis de municipalização para, em síntese, oferecer uma compreensão do nível geral de municipalização em que se encontra o Estado como um todo.

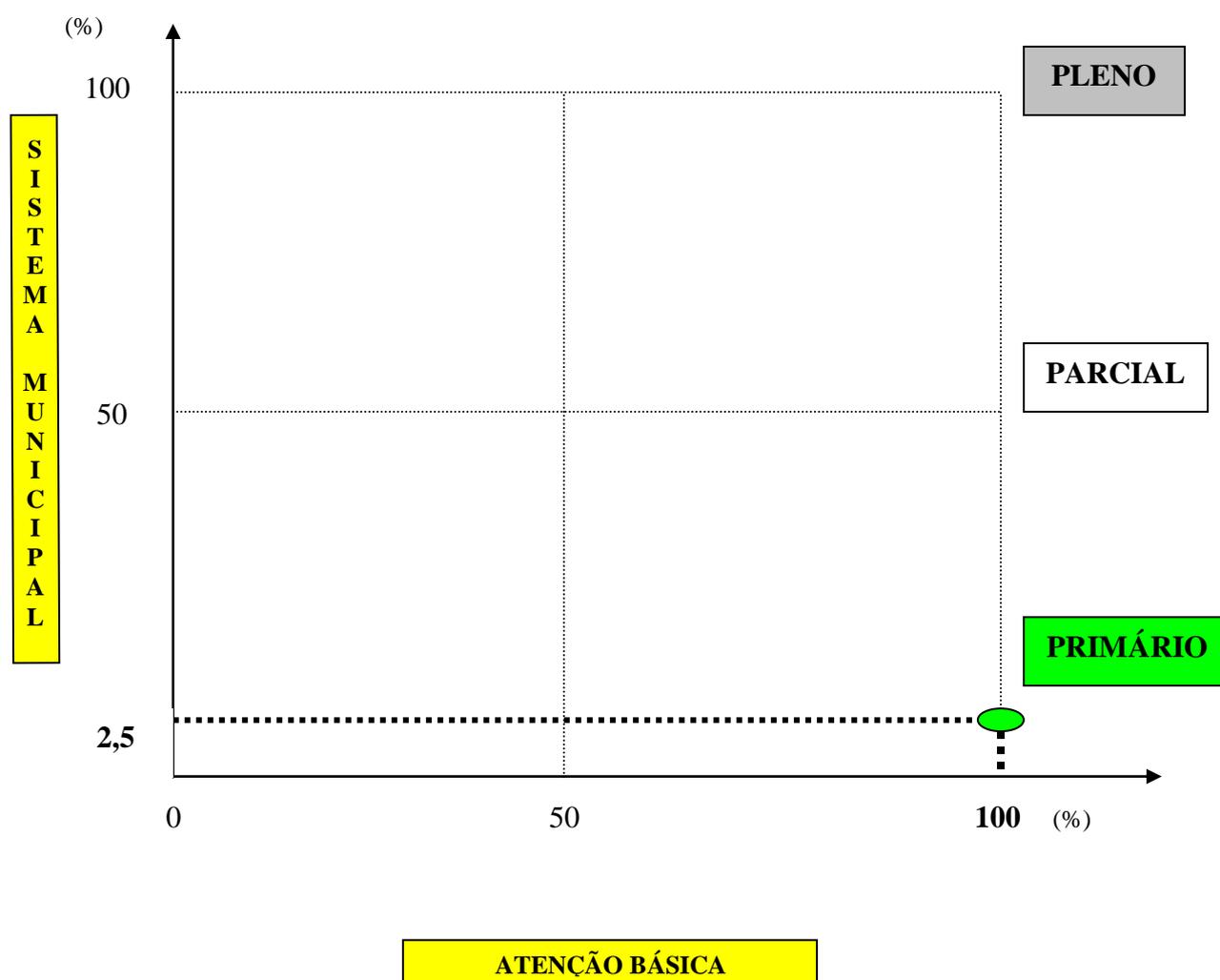
Neste gráfico, a linha horizontal representa a porcentagem de municípios habilitados na condição de Gestão da Atenção Básica e a linha vertical representa a porcentagem dos municípios habilitados na Gestão do Sistema Municipal, conforme a NOB-SUS, 01/96.

Assim esquematizado e tomando-se como localização na escala de 0 a 100, o termo PRIMÁRIO corresponde ao nível menor, o nível inicial, de municipalização; o termo PARCIAL ao nível intermediário de municipalização e o termo PLENO, ao nível mais alto da escala de municipalização.

Então, ao relacionar-se com o processo de institucionalização da municipalização de saúde em um Estado, o conceito ou nível PRIMÁRIO corresponde ao Estado em que todos os seus municípios, ou pelo menos, mais de 50% se encontram habilitados na Atenção Básica e

menos de 50% se encontram habilitados na gestão do Sistema Municipal . O nível PARCIAL corresponde ao Estado com habilitação de todos municípios na Atenção Básica e 50% na gestão do Sistema Municipal, ou mesmo 50% habilitados em uma condição e 50% em outra.

Enquanto o nível PLENO recai ao Estado que estiver com todos municípios habilitados nas gestões da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal.



Nesta esquematização, em que o Estado do Piauí se encontra com todos os municípios habilitados na Gestão da Atenção Básica (100%) e apenas 05 municípios habilitados na

condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (2.5%), até o ano de 2002, o Piauí ainda se encontra no nível PRIMÁRIO do processo de municipalização da saúde.

Portanto, se a Municipalização da Saúde corresponde à transferência para o município, de todos os instrumentos políticos, administrativos, jurídicos e técnicos, além de repasses dos recursos financeiros e da rede física de assistência, no Piauí, a municipalização da saúde existente ainda é incipiente, com nível de habilitação em gestão plena de saúde primário, adotando o tipo de municipalização atomizada, em que, embora descentralizada para os municípios, existe a falta de coordenação por parte do Estado, que não cumpriu seu papel de fazer a Regionalização da Assistência à Saúde e a organização de um Sistema de Referência capaz de promover consistência à administração estadual.

Conseqüentemente os avanços conseguidos com a descentralização das ações e serviços da saúde, de uma forma geral, são fragmentados, principalmente quanto ao comando único de gestão de saúde dos gestores municipais.

Nesta perspectiva, a Municipalização da Saúde no Estado do Piauí se encontrando bem distante da condição plena almejada.

Esta, a “utopia” que motivou ao autor desenvolver a pesquisa e a registrar nesta dissertação, ao tempo em que recomenda como alerta a todos os atores envolvidos neste processo de municipalização, a enfrentarem o desafio do caminhar na construção de políticas intersetoriais e atividades integradas, sendo estas voltadas para a garantia da “saúde como um direito de todos e dever do Estado” (C.F, 1988) e como um sólido investimento social humanitário.

“Nós somos parte e parcela da natureza, a missão que o processo evolucionário nos confiou ao fazer surgir em nós sensibilidade, inteligência, liberdade e sentido de responsabilidade, foi de cuidar dela para que seu equilíbrio dinâmico se mantenha e seus recursos possam ser regenerados depois de seu uso racional para atender as nossas necessidades” (BOFF, 2004).

A nossa vida se inclui nesta reflexão de Leonardo Boff, sobre a preservação da natureza, ao que, da mesma forma, sejamos alertados e possamos esperar que os cientistas, as autoridades e nós próprios, saibamos usar a sensibilidade, a inteligência, a liberdade e o sentido de responsabilidade no cuidar bem do equilíbrio da vida, o qual é, a preservação da saúde!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETECH, Marta *et al.* **Descentralização das Políticas Sociais no Brasil.** São Paulo: Fundap; Fapep, 1998

_____, Marta T. S. **Mitos da Descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas?** Ver. Brás. De C.S/ ANPOCS. São Paulo, n.31: p. 44-65, 1996.

_____, Marta **Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização.** São Paulo: Revan, 1999.

AROUCA, Sergio. **Os Avanços e Retrocessos da Reforma Sanitarista Brasileira.** Brasília,DF, 2001. TEMA-RADIS, n.20, p. 5-7, fevereiro 2001, entrevista concedida a Álvaro Nascimento.

_____, Sergio. **Democracia é Saúde.** In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, VIII, 1986, Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p.35

ANDRADE, Luis Odorico Monteiro de, **S.U.S Pós-NOB (I).** Revista CONASEMS, Brasília, n.3 Aano II), p.36-37, jan. fev., 2004.

BAPTISTA, Dulce (org.) **Cidadania e Subjetividade, novos contornos e múltiplos sujeitos.** São Paulo: Imaginário, 1997, 290p.

BRETÃS Jr., Nilo **Municípios entram numa nova era do S.U.S.** Ver. CONASEMS. Brasília DF, n.70: 8-10, fevereiro 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080,** de 19 de setembro de 1990. 2ª ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991, 36p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Leis e Decretos, etc. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.142,** de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde, **Norma Operacional Básica INAMPS 01/91,** Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Norma Operacional Básica do S.U.S 01/92.** Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____, Ministério da Saúde, **Norma Operacional Básica do S.U.S 01/93,** Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Brasília: Diário Oficial da União,p.6961, 24 maio, 1993, seção I, 1993.

_____, Ministério da Saúde, **Norma Operacional Básica do S.U.S 01/96**. Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, Brasília: Diário Oficial da União, 6 nov, seção I. 1996.

_____, Ministério da Saúde, **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01**. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001, Brasília: EDITORA MS, 2001.

_____, Ministério da Saúde, **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02** Portaria MS/GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002, Brasília: EDITORA MS, 2002.

_____, Ministério da Previdência e Assistência Social, **Coletânea da Legislação Básica (SUDES)**. Brasília: MS. Ed., 1989, 156p.

_____, Ministério da Saúde, **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: MS Ed., 2000, 44p.

_____, Congresso Nacional, **Constituição da República Federativa do Brasil**, Promulgada em 1988, Brasília: Congresso Nacional, 1988, 133p.

_____, Ministério da Saúde, Organização Pan Americana de Saúde, **Promoção da Saúde: Declaração de Adelaide**. Tradução de Luis Eduardo Fonseca, Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____, Ministério da Saúde, Fundo Nacional da Saúde, **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual Básico**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, **Para Entender a Gestão do S.U.S**. Brasília, CONASS, 2003.

_____, Ministério da Saúde, Organização Pan Americana de Saúde, **A Saúde no Brasil**, Brasília: Escritório Representação no Brasil da OPAS/OMS, 1998.

_____, Ministério da Saúde, Banco Mundial, **Seminário a Separação do Financiamento e da Provisão de Serviços no Sistema Único de Saúde: Rio de Janeiro, 13 3 14 de abril de 1999**. (COMENTÁRIOS com participação de Silvio Mendes de Oliveira Filho, Gestor de Saúde de Teresina e Pres. CONASEMS à época), Brasília: MS Ed., Série D, Reuniões e Congressos, nº 06, 2001, 216p.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, **Inovação Gerencial em Serviços Públicos de Saúde e Cidadania**. Brasília: MS Ed., 2002.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, **Estimativas de Impacto da Vinculação Constitucional de Recursos para a Saúde: Emenda Constitucional nº 29/2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Comitê da Primeira Infância, **Políticas Intersetoriais em Favor da Infância: Guia Referencial para Gestores Municipais**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 149p.

_____, Ministério da Saúde, **Relatório do Seminário sobre Operacionalização da Emenda Constitucional nº 29, Brasília, 19,29 e 21 de setembro de 2001: Subsídios para o estabelecimento de diretrizes voltadas a aplicação e operacionalização da Emenda Constitucional nº 29.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde, **Pacto dos Indicadores da Atenção Básica,** Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

_____, Ministério da Saúde, **Fundação Oswaldo Cruz (Histórico).** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

_____, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, **Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova as Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.** Brasília: C N S, 2003.

_____, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde, **Rotina Técnica INAMPS Nº 13, disciplina a implantação da Municipalização no Brasil,** Brasília, 10, jan. 1991.

_____, Ministério da Saúde, **Guia de Referência para o Controle Social: Manual do Conselheiro, Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP),** Brasília: IEC, 1994, 90p.

BAVA, Silvio Caccia, **Desenvolvimento Local: uma alternativa para a crise social?** São Paulo em Perspectiva, São Paulo, n.3, p. 53-59, jun.-set., 1996.

CARVALHO, Antônio Ivo de, **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: FASE/IBA, 1995, 136p.

CAPISTRANO FILHO, David, **Da saúde e das cidades.** São Paulo: Hucitec, 1995, 155p.

CARDONA, Álvaro, **Marco teórico para la Gestión Descentralizada de las Políticas de Salud,** Revista Facultad Nacional de Salud Pública, n.1, vol. 16, p.9-24, Medellín – Colombia, julio/diciembre, 1998.

COSTA, Ana Maria; HAMANN, Edgar Nerckán; TAJER, Debora (org.) **Saúde, Equidade e Gênero: Um Desafio para as Políticas Públicas,** Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000, 304p.

COSTA, Nilson do Rosário; MINAYO, Cecília de Sousa; RAMOS, Célia Leitão; STOTZ, Eduardo Navarro (org.) **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde** Petrópolis,RJ: VOZES, 1989.

COSTA, Ricardo César Rocha da, **Financiamento e Regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990**. Revista de Sociologia e Política. Curitiba, n.18, p. 49-71, jun. 2002.

CAMPOS, Edval Bernardino; MACIEL, Carlos Alberto Batista, **Conselhos Paritários: o enigma da participação e da construção democrática**, In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: CORTEZ, 1997, p. 143-155.

COHN, Amélia *et al* **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo: CORTEZ, 2002, 2002p.

CAMPELO, Maria Helena Góes; CARVALHO, Denise Bomtempo Birch de, **Conselhos Tutelares: Descentralização, Municipalização e Participação – (Des.) Caminhos para a Construção da Cidadania de Crianças e Adolescentes?** Revista de Políticas Públicas. São Luís, MA, n.1, p.67-96, jan./jun. 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, IX, 1992. Brasília: Relatório Final, 1992.

_____, X, 1996. Brasília. Relatório Final.. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1998.

_____, XI, 2000. Brasília. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2000.

_____, XI, 2000. Brasília. Cadernos. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2000.

COSEMS-RJ, **Manual do Gestor: Construindo o S.U.S no Rio de Janeiro** Rio de Janeiro, COSEMS, 1999.

DINIZ, E, **Em busca de um novo paradigma: a reforma do estado no Brasil dos anos 90**. São Paulo em Perspectiva. São Paulo: n.4, vol.10, 1996.

DRAIBE, S.M, A Historiografia da política social brasileira. In: **Teorias e tipologias sobre a emergência e desenvolvimento do Welfare State**, 1988.

DAGNINO, Evelina (org.) **Sociedade Civil e Espaço Público no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FERREIRA, Maria D'Alva Macedo. **Participação e Controle Social nos Anos 80: Novas Descobertas ou Novas Utopias?** São Paulo, 29p. Artigo parte de Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

FOUCAULT, Michel, **Microfísica do Poder** Org. e trad. Roberto Machado, 17ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, 295p.

FISCHER, Tânia (org.) **Gestão Contemporânea, cidades estratégicas e organizações locais**. Rio de Janeiro: F.G.V Ed., 1996.

_____, _____, (org.) **Poder Local, Governo e Cidadania**. Rio de Janeiro, FGV Ed., 1993.

GOULART, Flávio A. de Andrade, **Municipalização: Veredas, Caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996, 116p.

GERSCHMAN, S. **A Democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

HARTZ, Zulmira Maria de Andrade, (org.) **Avaliação em Saúde, Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, 156p.

HEIMANN, Luiza S. *et al* **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Hucitec, 2000, 136p.: 21cm.

_____, _____, (org.) **O Município e a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

IANNI, O **A formação do estado populista na América Latina**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

LIMA, Marcos Patrício Nogueira, **Manual do Gestor Público Municipal**, Tersina: APPM, 2000.

LECOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciano Dias de; MACHADO, Cristiane Vieira. **Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, n. 6(2): p.269-291, junho 2001.

LACERDA, Eugênio, *et al* **O S.U.S e o Controle Social: guia de referências para conselheiros municipais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosano (org.) **Agir em Saúde: Um Desafio para o Público**. São Paulo: Hucitec, 1997, 385p.

MEDINA, Maria Guadalupe, (coord.) **Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: SPS/DAD, 2000.

MARX, K; ENGELS, F. **A Ideologia alemã**. 5º ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

MENDES, E.Vilaça. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MACEDO, Carlyle Guerra de, **Notas para uma história pública na América Latina**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde-Representação do Brasil, 1997.

NOGUEIRA, Marco Aurélio, **A Dimensão Política da Descentralização Participativa**, São Paulo em Perspectiva, São Paulo, n.11/3, p.8-30, jul. set., 1997.

NETO, Eleotério Rodrigues, **Subsídios para Definição de uma Política de Atenção à Saúde para um Governo de Transição Democrática**. Divulgação em Saúde para Debates. Rio de Janeiro, n.28: p.67-74, julho 2003.

NETO, José Ricardo de Sousa, **Notas sobre o Processo de Municipalização no Estado do Piauí**. Palestra, Teresina, 14/08/92.

OMS/OPAS, **Renovação da Estratégia de Saúde para Todos: Elaboração de uma política de qualidade, solidariedade e saúde**. (Documento de Consulta) Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

PIAUI, (Estado). **Lei Nº 4.539/92**. Dispõe sobre as atribuições, composição e funcionamento do Conselho Estadual de Saúde. Teresina, 22 de dezembro de 1992.

_____, _____. **Portaria SESAPI/GAB, Nº 0677/93**. Dispõe sobre a criação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Piauí e nomeia seus primeiros membros.. Teresina, 01 de junho de 1993.

_____, _____. **Resolução CB-PI, Nº 016/00**. Aprova os Princípios, Diretrizes, Parâmetros de Assistência à Saúde da Programação Pactuada e Integrada do Estado do Piauí. Teresina, 26 de abril de 2000.

_____, _____. **Resolução CIB-PI Nº 024/01** Aprova o mapeamento dos Módulos Assistenciais, Micro-Regiões e Macro-Regiões do Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado do Piauí (PDR). Teresina, 06 de julho de 2001.

_____, _____. **Decreto Nº 889, de 22 de janeiro de 1993**. Dispõe sobre as sedes e as jurisdições das Diretorias Regionais de Saúde no Estado do Piauí. Teresina, 22 de janeiro de 1993.

_____, _____. **Agenda de Saúde do Estado do Piauí: Eixos prioritários para intervenção**. Teresina: SESAPI, 2002.

PRÓ-SUS, **A ousadia de cumprir a Lei no Piauí**. Proposta da Comissão Pró-SUS apresentada ao Conselho Estadual de Saúde do Piauí, Teresina, 14 de fevereiro de 1995.

PEDROSA, José Ivo dos Santos, (org.) **Análise Situacional do Setor Saúde no Estado do Piauí**. Vls. I e II, Teresina: COMEPI, 1997.

RICHELIS, Raquel; RICO, Elizabeth de Melo, (org.) **Gestão Social: uma questão em debate**. São Paulo: EDUC, 1999.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira, Modelo de Atenção à Saúde. In: **Programa de Capacitação de Gestores do S.U.S.** Betim: SMS, 1996, 9p.

REDE, Internacional de Informação para a Saúde, **Indicadores básicos para a Saúde no Brasil: critérios e aplicações.** Brasília: OPAS/MS, 2002, 249p.

REDE, Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. **Controle Social, uma questão de cidadania: Saúde é assunto para mulheres.** São Paulo: Hamburg Gráfica e Editora, 2000.

RAMOS, Francisco Ferreira, **Memorial do Hospital Getúlio Vargas: contexto histórico-político-analítico-sócio-cultural, 1.500-2000.** Teresina: Gráfica do Povo, 2002, 524p.

SALMITO, Maria do Amparo, **Saúde e desenvolvimento no Estado do Piauí: especial referência à morbidade por doenças infecciosas e parasitárias.** Teresina: Projeto Petrônio Portela, 1987. 170p.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e, **A Prática Política e Organizacional no Novo Sindicalismo: Análise de Experiências dos Sindicatos de Trabalhadores Urbanos no Piauí (Bancários e Comerciantes).** Doutorado em Serviço Social, São Paulo: PUC-SP, 1997.

SOUSA, Rosângela Maria Sobrinho, **Conferências de Saúde: intermediação de interesses no município de Teresina. PI.** Doutorado em Serviço Social. São Paulo: PUC-SP, 2001, 314p.

_____, _____, **A luta popular Pró-Saúde no Piauí: Pinceladas na História.** Palestra, Teresina, 14 de novembro de 1995.

SOARES, José Arlindo; BAVA, Silvia Caccia, (org.) **Os desafios da Gestão Municipal Democrática.** São Paulo: Cortez, 1998.

SANTOS, Guido Ivan de Carvalho Lenir, **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos, **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SILVA, Francisco Pedrosa da, **A produção Social da Saúde: O Novo Paradigma para a Saúde Brasileira.** Palestra, Teresina, 18/05/1999.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury, (org.) **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, 262p.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; MOLESINI, Joana Angélica, **Gestão Municipal do S.U.S: Atribuições e Responsabilidades do Gestor do Sistema e dos Gerentes de unidades de Saúde.** Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador, n.1/2, p. 29-40, jan./dez., 2002.

TARRIDE, Mário Ivan, **Saúde Pública: uma complexidade anunciada.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998, 107p.

VAUGHAN, J. P. & MORROW, R. H., **Epidemiologia para os Municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários.** Tradução Carlos Dora. São Paulo: Hucitec, 1997.

WEFFORT, Francisco C., (org.) **Os Clássicos da Política.** 13ª ed. vols. 1 e 2, São Paulo: Ática, 2002.

YUNES, João, **O S.U.S na Lógica da Descentralização.** Estudos Avançados, São Paulo, n.351, p.65-70, 1999.

ANEXOS

R696m RODRIGUES, Miguel Ramos

Municipalização plena da saúde no Piauí: uma t
a ser realizada / Miguel Ramos Rodrigues. – Teresina: UFPI, 2

241f.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade
Federal do Piauí, 2004.

1. Saúde Pública. 2. Gestão em Sistema de Saúde. 3.
Municipalização da Saúde no Piauí. I. Título.

CDD-6144

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)