

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

MARIA CRISTINA SILVA PEREIRA

**REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO EM
SAÚDE: uma análise a partir do Hospital Monsenhor Walfredo
Gurgel em Natal (RN).**

Natal, RN

2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

MARIA CRISTINA SILVA PEREIRA

**REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE: uma
análise a partir do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel em Natal (RN).**

Dissertação apresentada por Maria Cristina Silva Pereira ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social, Formação Profissional, Trabalho e Proteção social.
Orientadora: Dr^a. Márcia Maria de Sá Rocha

NATAL, RN
2010.

Maria Cristina Silva Pereira

“REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE: uma análise a partir do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel em Natal (RN)”

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em 16/08/2010

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. **Márcia Maria de Sá Rocha** - UFRN
(Orientadora)



Profa. Dra. **Odília Sousa de Araújo** - UFRN
(Membro Titular Interno)



Profa. Dra. **Maria Natália Pereira Ramos** - UAL/Portugal
(Membro Titular Externo)

Profa. Dra. **Maria Dalva Horácio da Costa** - UFRN
(Suplente)

**A DEUS, PRESENÇA ONIPOTENTE EM MINHA
VIDA.**

**A TODA MINHA FAMÍLIA PELO INCENTIVO E
APOIO SEMPRE.**

AGRADECIMENTOS

- Ao Divino Espírito Santo por iluminar não somente a construção dessa Dissertação mais toda a minha existência... Muito Obrigada, por todas as maravilhas que tens me concedido.

- Ao meu esposo (William) pelo seu amor, companheirismo, amizade e confiança. És, incondicionalmente, meu porto seguro... Obrigada, pelas suas valiosas contribuições. “NEQETA” hoje e sempre!

- A minha filha (Gabriella), por me fazer sorrir nas horas de tensões e cansaço psicológico e pelos momentos que não podia deixar o computador e sair para “brincar” ou passear contigo.

- A Alexandrino, meu pai (*in memorian*), que em vida me ensinou a ser íntegra e responsável, valores que me guiarão por toda minha existência.

- A minha mãe (Garida). Você é o meu exemplo, sempre tão presente na minha vida com suas palavras sábias, serenas, otimistas e confiantes... Não encontro palavras para descrever o quanto és importante para mim.

- Aos meus irmãos, irmãs, sobrinhas (os), cunhadas (os), primas (os), tias (os) e amigos (as). Cada um de vocês tem um papel muito importante na minha vida e mim ensinam o exercício do verbo amar a cada dia. É gratificante saber que posso contar com vocês...

- Ao corpo docente do PPGSS pelo profissionalismo e amizade. Em especial á professora Eliana Guerra pelas suas indicações de leitura e contribuições na elaboração do projeto de pesquisa ao ministrar as Disciplinas: Questões Teórico- Metodológicas da Pesquisa Social I e Seminários de Pesquisa.

- A professora Márcia (minha orientadora), por suas palavras amigas, disponibilidade, apoio e orientação segura, tornando-se indispensável para construção e término deste trabalho. Muito obrigada por suas contribuições.

- A professora Ódilia, por aceitar a árdua tarefa de ler meu trabalho, participando tanto da banca de qualificação como de defesa. Como sempre falo: “serei sua eterna aprendiz”.
- A Professora Natália, pelas suas valorosas contribuições no processo de qualificação para o mestrado e por aceitar participar também da defesa dessa dissertação.
- A Professora Dalva Horácio, pelas palavras de amizade e incentivo. É um privilégio ter você na minha banca, mesmo na suplência.
- A Lucinha (secretária do PPGSS), pelo exemplo de ética e profissionalismo e por nos receber sempre com um sorriso, aliviando os turbilhões de emoções acadêmicas que nos acomete durante o período do mestrado. Sua contribuição é fundamental para conclusão do curso.
- As companheiras da TURMA 2008.1 do PPGSS pelos momentos compartilhados e principalmente pela amizade que ficará para sempre... Sentirei saudades.
- A Manuela, pela amizade compartilhada nos bons e nos difíceis momentos. Sua amizade é um grande presente que ganhei durante o mestrado.
- Ao H.M.W.G. nas pessoas da, Dr^a Hélida (Diretora Geral do H.M.W.G.) por autorizar minha pesquisa de forma bem objetiva; Erivaldo (chefe do SAME) por disponibiliza dados fundamentais na elaboração dessa dissertação sempre me recebendo de forma atenciosa, gentil e se colocando a disposição mesmo com toda carga de atividade que lhe é atribuída. Parabéns pelo seu profissionalismo...; Cássia e Teodolina (chefe do setor financeiro) por me receber e fornecer os dados de uma forma rápida e eficiente; Ângela (chefe do setor do Serviço Social) por abrir as portas da instituição mostrando-me os setores, facilitando o meu primeiro contato com os servidores; e por fim, a Luzicinia (chefe do setor de Recursos Humanos) pela gentileza e disponibilidade sempre. Meu muito obrigado a todos (as)!
- A CAPES, pela contribuição financeira essencial, à conclusão do mestrado.
- E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para produção desta dissertação.

LISTAS DE SIGLAS

ANCAR	Associação Nordestina de Crédito e Assistência Rural
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAERN	Companhia De Águas e Esgotos do Rio Grande do Norte
CAISM	Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CC	Centro Clínico
CCP	Centro Clínico de Atendimento Pediátrico
CEME	Central de Medicamento
CERES	Comissão Estadual de Reforma Sanitária
CHMWG	Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel
CIAI	Centro de Atenção ao Idoso
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CO	Centros Odontológicos
COFINS	Contribuição sobre o Faturamento da Empresas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CP	Clínicas Populares
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CRO	Centro de Recuperação de Operados
CS	Centro de Saúde
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DESSO	Departamento de Serviço Social
DIRES	Diretorias Regionais de Saúde
DRM	Diretoria Regional Metropolitana
DSP	Departamento de Saúde Pública
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
FUHGEL	Fundação Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel

FUSERN	Fundo Estadual de Saúde
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
HG	Hospitais Gerais
HMWG	Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
HPP	Hospitais de Pequeno Porte
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
INAN	Instituto de Alimento e Nutrição
INAPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentária
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PAB	Piso de Atenção Básica
PAC'S	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PASEP	Contribuição sobre o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIS	Contribuição Social sobre o Programa de Integração Social
PNH	Política Nacional de Humanização
PPA	Plano de Pronta Ação
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PS	Posto de Saúde
PSA	Programa de Suplementação Alimentar
PSD	Partido Social Democrático
PSE	Programa de Saúde Escolar
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Rio Grande do Norte
SAC	Subsistema Privado Contratado e Conveniado
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SAME	Sistema de Atendimento Médico e Estatístico
SAMS	Subsistema Privado de Atenção Médica Supletiva
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SAT	Subsistema de Alta Tecnologia

SE	Subsistema Estatal
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISREG	Sistema Central de Regulação
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SSAP	Secretária de Saúde Pública
SUCAN	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UGV	Unidade de Gerenciamento de Vagas
UI	Unidades Integradas
UM	Unidades Mistas
UMI	Unidade Materno Infantil
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTAS DE QUADROS

Quadro 01	Síntese dos Conceitos - descentralização e desconcentração.....	31
Quadro 02	Distribuição dos Municípios por Tamanho.....	37
Quadro 03	Breve Trajetória da Saúde Pública no Rio Grande do Norte (1892 – 1932).....	77
Quadro 04	Breve Trajetória da Saúde Pública no Rio Grande do Norte (1933– 1962).....	79
Quadro 05	Breve Trajetória da Saúde Pública no Rio Grande do Norte (1967 – 1994).....	83
Quadro 06	Sistema de saúde tradicional e o Sistema Único de Saúde – SUS.....	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Número de pacientes atendidos no H.M.W.G (2004/2008).....	126
Tabela 02	Número de servidores do H.M.W.G.....	128
Tabela 03	Distribuição dos atendimentos segundo origem dos pacientes (%).....	132
Tabela 04	Atendimentos do H.M.W.G. por clinicas.....	140
Tabela 05	Evolução relativa dos atendimentos do H.M.W.G por clinicas – 2004 =100,0.....	142

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Número de pacientes atendidos no H.M.W.G (2004/2008).....	127
Gráfico 02	Distribuição relativa dos atendimentos no H.M.W.G.....	129
Gráfico 03	Variação absoluta da media mensal de atendimentos realizados no HMWG.....	130
Gráfico 04	Médias de atendimentos e internamentos por servidor e por médico no H.M.W.G.....	133
Gráfico 05	Volume da dotação orçamentária no H.M.W.G (R\$ mil)....	136
Gráfico 06	Participação relativa das rubricas na dotação orçamentária no H.M.W.G.....	137
Gráfico 07	Evolução relativa da dotação orçamentária frente ao volume de atendimentos (%).....	138
Gráfico 08	Atendimentos do H.M.W.G por clinicas – 2004.....	140
Gráfico 09	Atendimentos do H.M.W.G por clinicas -2008.....	141
Gráfico 10	Evolução nos Atendimentos do H.M.W.G, nas principais clinicas - 2004 =100,0	143
Gráfico 11	Evolução nos Atendimentos do H.M.W.G, nas principais clinicas. Números absolutos.....	144
Gráfico 12	Índices de relação entre: cirurgia e internação; exames e atendimento; tomografia e internamento; e, internamento e atendimento no H.M.W.G.....	145

RESUMO

O processo de descentralização da política de saúde no Brasil evoluiu durante toda segunda metade do século XX, avançando a passos largos nas últimas duas décadas. As diversas instituições públicas assumiram a função de responder a uma demanda crescente por atendimento médico-hospitalar. O Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel – H.M.W.G. insere-se nesse contexto como instituição por excelência voltada para o atendimento a demanda por média e alta complexidade. Esse trabalho apresenta algumas questões sobre o processo de descentralização e desconcentração ocorrido no Brasil. Para isso partiu-se de uma breve contextualização histórica e política, mostrando os conceitos de reforma e contra-reforma do Estado e como os processos mencionados desenvolvem-se no País. Correlaciona o desenvolvimento social local ao processo de descentralização e discute as modificações ocorridas nas políticas sociais nas últimas décadas e a intervenção do Estado nas políticas de saúde. Apresenta a implantação de um Sistema Único de Saúde no Brasil mostrando como o processo de descentralização da política de saúde ocorre no Rio Grande do Norte. Por fim, analisa-se o papel do H.M.W.G. dentro da política de saúde no RN. Para isso, retrata a instituição e a situação dentro da estrutura descentralizada da política de saúde no Estado e na capital. Uma análise da demanda por atendimento no hospital e das condições orçamentárias é realizada no encerramento do trabalho, correlacionando o papel do H.M.W.G. com a descentralização da política de saúde no Brasil e no Rio Grande do Norte. A metodologia utilizada para elaboração desse trabalho baseou-se na pesquisa documental, na observação não participante sistemática, no diário de campo e na análise de dados, documentos e conteúdos. Esse conjunto mostra uma metodologia quanti-qualitativa que desnuda a instituição, possibilitando a compreensão de seu papel, limites, ameaças e possibilidades.

Palavras-chave: Descentralização. Desconcentração. Política de Saúde. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.

ABSTRACT

The process of decentralization of health policy in Brazil has evolved throughout the second half of the twentieth century, advancing by leaps and bounds in the last two decades. The various public institutions have assumed the function of responding to a growing demand for medical care and hospital. Monsenhor Hospital Walfredo Gurgel - H.M.W.G. fits into this context as an institution par excellence-oriented service the demand for medium and high complexity. This paper presents some questions about the process of decentralization and devolution occurred in Brazil. To do so is a brief historical background and politics, showing the concepts of reform and counter-reform and how the processes mentioned in the Country Correlates develop local social development of the decentralization process and discusses the modifications in policies social intervention in recent decades and the state health policies. Presents the implementation of a Health System in Brazil and the state showing how the decentralization of health policy occurs in Rio Grande do Norte. Finally, it explores the role of H.M.W.G. in health policy in RN. For this, portrays the institution and is located within the decentralized structure of health policy in the state and capital. An analysis of the demand for hospital care and the budget situation is realized at the close of work, correlating the role of HMWG with the decentralization of health policy in Brazil and Rio Grande do Norte. The methodology used for the preparation of this work was based on documentary research, systematic non-participant observation, field diary and analysis of data, documents and content. This set shows a quantitative and qualitative methodology that strips the institution, enabling the understanding of their role, boundaries, threats and opportunities.

Key-words: Decentralization. Deconcentration. Health Policy. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	17
2 - A CONTRA-REFORMA DO ESTADO E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL.....	25
2.1- O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO E DESCONCENTRAÇÃO NO BRASIL.....	25
2.2 - DESVENDANDO CONCEITOS: DESCENTRALIZAÇÃO E DESCONCENTRAÇÃO NO BRASIL	31
2.3 - DESCENTRALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL LOCAL.....	35
3 - DETERMINAÇÕES PRESENTES NA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	40
3.1 - A AÇÃO DO ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	40
3.2 - A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	54
3.3 - NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS - NOBS: INSTRUMENTOS DE ACORDOS INTERGOVERNAMENTAIS.....	64
3.4 - A IMPORTÂNCIA DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	72
4 - O CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE - RN.....	76
4.1 - CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DE SAÚDE NO RN.....	76
4.2 - A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO RN.....	92
4.3 - A IMPLANTAÇÃO DO SUS NO RN.....	101
5 – O PAPEL DO H.M.W.G. NA ESTRUTURA DESCENTRALIZADA DA POLÍTICA DE SAÚDE DO RN.....	117
5.1 - O HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL – HMWG EM NATAL/RN.....	117
5.2 - O H.M.W.G. NA ESTRUTURA DESCENTRALIZADA DA POLÍTICA DE SAÚDE DO RN.....	122

5.3 - O H.M.W.G. E SEUS PACIENTES: DAS ORIGENS GEOGRÁFICAS A EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO DA DEMANDA.....	125
5.4 - O H.M.W.G. SUAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS E O ATENDIMENTO DA DEMANDA: UMA EVOLUÇÃO.....	135
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
REFERENCIAS.....	155
APÊNDICE.....	162

1 - INTRODUÇÃO

A construção da federação brasileira se constituiu em um longo e difícil processo político. Nesse longo percurso, ocorreram tendências à centralização e à descentralização do poder (político, econômico, social, etc.) na esfera da União. A contra-reforma do Estado veio provocar transformações que atingiram diversas dimensões da sociedade civil, principalmente, nas dimensões que afetam os segmentos mais carentes. Ao promover políticas de ajuste fiscal, recomendadas pelo Consenso de Washington, o Estado promoveu um enxugamento geral dos gastos sociais afetando os mais pobres.

Mesmo reduzindo gastos, o Brasil pressionado pela forças sociais, políticas e profissionais, promoveu transformações no seu sistema de saúde que o deixaram mais democrático e com maior impacto sobre as questões de saúde para os segmentos sociais mais pobres. Nesse sentido, o setor da saúde brasileiro vive hoje um momento importante, tanto pelas conquistas como pelas ameaças ao sistema criado. O Sistema Único de Saúde - SUS se constitui em um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características principais a valorização da descentralização e dos municípios, condutores em primeira instância do atendimento médico-hospitalar.

As ameaças ao sistema criado não são poucas. Mesmo apresentando elevado alcance social, não foi possível implantá-lo da maneira desejada em virtude de grandes dificuldades relacionadas com seu financiamento e com sua eficiência administrativa. Esse contexto implicou aumento nos debates sobre o financiamento do setor público à saúde e sobre a melhor forma de utilização dos limitados recursos atribuídos ao sistema. Crescem no cenário político administrativo as propostas alternativas de modelos de gestão aplicáveis ao setor que se propõem a elevar a eficiência e a diminuir o desperdício, melhorando a qualidade dos serviços oferecidos.

Historicamente, o Brasil perpassou por várias propostas de implantação de uma rede de serviços voltadas para a atenção primária á saúde. Em geral, todas as propostas apresentavam níveis de hierarquização, descentralização e universalização. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS surgiu em 1976. O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE emergiu em 1980, mas na realidade, nunca saiu do papel. O

Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, criado em 1982, foi o responsável pela implementação da política de Ações Integradas de Saúde - AIS, em 1983. Independentemente do número, essas ações, medidas e instituições criadas contribuíram para o processo de descentralização da saúde.

Este trabalho de dissertação justifica-se fundamentalmente por vincular o processo de descentralização da política de saúde num contexto de apreensão e avaliação das políticas públicas e sociais implementadas no Brasil nos últimos anos, a existência de instituições hospitalares que executem tal política descentralizada. É fato que, as políticas públicas, principalmente as voltadas para a saúde, não tem promovido a elevação da qualidade de vida da população, nos níveis esperados. É preciso, pois, avaliar tais políticas visando a alterá-las com o intuito de atender de fato e de direito aos reclamos e necessidades da população usuária.

A pesquisa realizada busca contribuir para o reconhecimento da importância de uma Reforma Sanitária como componente primordial de transformação do SUS no sentido de que haja conscientização da população e dos gestores públicos sobre a precarização dos serviços públicos no Brasil. Problema esse que atinge todo o País e que, de certa forma, acaba repercutindo em toda a sociedade por ser a saúde/doença inerente a todo ser humano como um valor universal que se coloca acima de todas as classes sociais.

A divulgação dos resultados dessa dissertação e da pesquisa pode levar a uma reflexão entre os gestores municipais de saúde, conscientizando-os sobre a co-responsabilidade de cada gestor no que diz respeito à população e os níveis de atenção prestados pelo SUS. Considerando que, se a atenção primária for efetivamente realizada, reduzirá significativamente os problemas de saúde prestados pela rede pública. Reduzindo a pressão de demanda sobre as instancias responsáveis pela atenção secundária e terciária.

Este estudo se constituiu em uma análise das determinações e as implicações do processo de descentralização da Política de Saúde e a evolução da demanda por atendimentos no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel - H.M.W.G., em Natal/RN, no período de 2004 - 2008. Buscando investigar os fatores determinantes do processo de descentralização da saúde e verificar as mudanças na demanda por atendimentos, em seus aspectos quantitativos, como também o potencial do Hospital de fazer frente a essa demanda, dado o contexto da descentralização da política de saúde. Em outras palavras: como vêm ocorrendo o processo de

descentralização no H.M.W.G.? O hospital tem respondido a demanda advinda dos municípios norte-riograndense? Esses questionamentos guiam toda a pesquisa.

Para conhecer um fenômeno, precisa-se conhecer suas dimensões exteriores para, posteriormente, compreender sua essência por meio de um estudo mais aprofundado que possibilite uma análise de sua totalidade. No estudo em pauta, a compreensão do objeto de estudo implicou a necessária utilização de um arcabouço teórico sobre: a Política de Saúde no Brasil; o processo de Descentralização e Desconcentração (categorias consideradas essenciais neste trabalho) implementado no país. Posteriormente, tornou-se um estudo sobre o processo de Descentralização no RN, utilizando-se o H.M.W.G. como ponto de partida. No entanto, as categorias encontram-se relacionadas umas com as outras, ou seja, o individual e o coletivo estão interligados.

Neste sentido, através de uma reflexão buscou-se guiar por uma perspectiva crítica, avaliando que a escolha do objeto de pesquisa não ocorre de forma neutra e aleatória. Tornou-se possível o desenvolvimento do processo de crítica e autocrítica desmistificando e elucidando o fenômeno estudado. Buscando compreender suas relações internas para, a partir desta compreensão, explicar e interpretar os fenômenos relacionados ao processo de descentralização da saúde implantado no Brasil. Realizando assim, uma reflexão crítica ao descobrir de suas determinações. O estímulo à pesquisa deve-se ao fato da autora ter “lidado” com suas consequências em um passado profissional¹ não muito distante.

“Reflexões Sobre a Política de Descentralização em Saúde: uma análise a partir do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel em Natal (RN)”, trata-se de uma pesquisa documental em Serviço Social de caráter quanti-qualitativa, na qual se utilizou dados quantitativos obtidos através da análise de documentos. No entanto, considera-se em todo o desenvolvimento do trabalho de dissertação as diversas dimensões intelectivas e reflexivas no dialogo com o objeto. Partindo das estruturas mais complexas, por essas permitirem a compreensão das menos complexas procurando em todo o trajeto do trabalho, desenvolver a capacidade de projetar e pensar antes de executar, apropriando-se, assim, do objeto da pesquisa. Utilizando o Projeto Ético Político do Serviço Social para iluminar nossas ações e decisões.

¹ Durante o período no qual a autora exerceu a profissão de Técnico de Enfermagem no Hospital Getúlio Vargas, em Recife-Pernambuco, observando que não somente no Estado de Pernambuco mais em, praticamente, todo o país existe dentro dos hospitais públicos uma demanda maior do que a oferta.

Cabe ressaltar que, a relação entre a abordagem quantitativa e qualitativa utilizada não é de oposição, mas de complementaridade e colaboração recíproca. Os dados estatísticos se constituíram em fontes de conhecimentos que analisados, passaram de simples descrições para se constituírem em história evolutiva de fatos vinculados aos indivíduos agentes da história. Segundo Baptista (1999), a análise qualitativa dos dados quantitativos não é somente possível, quanto desejável. Para isso precisa-se superar as oposições que, em geral, subsistem no debate metodológico, até porque todo pesquisador deve ter conhecimento das diversas abordagens e de seus respectivos limites. Tal contexto é importante por permitir utilizar métodos mais diversificados ou variados durante a pesquisa. Para Santos Filho e Gamboa (2002), em qualquer ciência, e mais preponderantemente nas sociais, os resultados quantitativos podem ser traduzidos em mudanças qualitativas, além de que os mesmos já expressam ou são resultados de mudanças qualitativas.

Desta forma, as técnicas quanti-qualitativas caminharam juntas de forma simultânea, uma dando suporte e ratificando a outra. Ademais, o enfoque dialético permite que tanto as técnicas quanto as categorias, aparentemente contraditórias trabalhem em conjunto, modificando-se, complementando-se e se transformando em um mesmo objeto de estudo. Em outras palavras: contextos ou fenômenos contraditórios podem no real e a partir do método dialético inter-relacionarem-se "... como duas fases do real num movimento cumulativo e transformador, de tal maneira que não se pode concebê-las uma sem a outra, nem uma separada da outra" (SANTOS FILHO; GAMBOA, 2002, p.105). Trabalhar com as mencionadas perspectivas foi fundamental nesta pesquisa tanto na coleta de dados secundários como primários. Evidentemente, a dimensão qualitativa predominou em todas as fases da pesquisa e na elaboração do trabalho de dissertação.

O recorte temporal da pesquisa abrange o período de 2004 a 2008. Devido à inexistência de dados estatísticos sobre o fluxo de usuários no H.M.W.G. em anos anteriores. Segundo o funcionário do Serviço de Atendimento Médico e Estatístico – SAME, somente a partir do mês de Setembro de 2004 foi criado um programa interno na instituição para cadastramento de (entrada e saída) todo usuário. Este programa atualmente se constitui em um banco de dados fundamental para os pesquisadores e para comprovação de problemas junto à Secretária de Saúde do

Estado do RN. Para concretização da pesquisa no trabalho de campo² e de dissertação empregaram-se as seguintes técnicas:

- Levantamento bibliográfico – consiste em uma extensa e profunda busca de monografias, dissertações, teses, ensaios e livros, procurando apreender todas as nuances das discussões e dos debates atuais sobre a problemática analisada. Pois, é importante, “... o ‘conhecimento dos trabalhos anteriores que se debruçam sobre objetos comparáveis’, de modo a subsidiar a preparação da revisão da literatura” (QUIVY & VAN CAMPENHOUDT, 1992, apud GONDIM, 1999, p. 31). Ademais, Gondim (1999) menciona que, a inclusão de diferentes abordagens, indicando consensos e dissensos que mostram o reconhecimento do caráter cumulativo da produção científica, mostrando o autor como um pesquisador que aceita e discute posições diversificadas sobre o objeto estudado.
- Estudo exploratório – É o primeiro passo para a pesquisa transcorrer de forma coerente e sistemática. Apresentando fundamental importância, uma vez que o mesmo contribuirá na elaboração de todos os elementos do projeto de pesquisa. Para Gondim (1999), o estudo exploratório, permite o pesquisador obter um cenário geral e provisório de seu objeto de pesquisa que se constituirá em um componente essencial na construção do conhecimento científico, visto que, discorrer teoricamente sobre um fenômeno sem prévio conhecimento torna-se impossível.
- Observação não participante sistemática – Para Richardson (2008), o pesquisador age como um sujeito atento, anotando os acontecimentos relacionados ao objeto de pesquisa, sem, no entanto inserir-se como membro da instituição. É importante que o mesmo explique os objetivos da pesquisa que está realizando e sua posição de observador. Desta forma, a base da observação é perceber, memorizar e anotar. Constituindo-se como “... uma vigilância aguçada por informações exteriores e questões que evoluem à medida que seu trabalho avança. É uma ferramenta de descoberta e de verificação...” (BEAUD; WEBER,

²O trabalho de campo consiste no ato do pesquisador recolher seus dados junto ao objeto investigado para isso aproximando-se do mesmo, embora implique em uma relação cada vez mais formal, quanto mais tempo passar junto ao objeto. Para um trabalho de campo efetivo é preciso que o investigador aja como quem quer conhecer aprender, desvendar o fenômeno estudado, pois assim, o desenvolvimento da pesquisa fará surgir diversas questões relativas à própria investigação (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

2007, p.98). Consistindo-se em um processo para apreensão da realidade do objeto estudado, competindo ao pesquisador estabelecer o que deve averiguar.

- Diário de campo – A maior importância do caderno de campo é que diversas vezes, sob uma simples descrição, a crítica (no sentido de colocar em dúvidas os argumentos anotados) esta subtendida e as leituras seguintes do material anotado no diário de campo em conjunto com a análise do material coletado fazem-nas aflorar, implicando o aprofundamento das reflexões. O diário de campo “fornece bases para reflexão, quer sobre o relacionamento informante-pesquisador, quer sobre as técnicas utilizadas, reformulando-as quando necessário” (QUEIROZ, 1991, p.64-65).
- Análise documental e de conteúdo – Técnica de pesquisa que se caracteriza pela objetividade, sistematização e inferência. A objetividade traduz-se na explicitação das regras e procedimentos, em outras palavras: o pesquisador deve sempre tomar decisões, observando as categorias a serem utilizadas e os critérios que possibilitam o registro e a codificação do conteúdo etc. A sistematização consiste em analisar a inclusão ou exclusão dos dados e informações. Quanto à inferência, refere-se ao processo pelo qual o pesquisador aceita ou rejeita proposições dependendo da relação com as proposições iniciais, consideradas verdadeiras ou falsas. A inferência é uma etapa intermediária entre a análise e a interpretação (RICHARDSON, 2008).

Para apreender a essência dos fenômenos observados utilizamos os mencionados instrumentais teórico-metodológico, priorizando o instrumental da pesquisa bibliográfica e a análise documental e de conteúdo. A primeira foi fundamental para apreender e tornar compreensivas as tendências do processo de descentralização/desconcentração implementado no Brasil, seu desenvolvimento e as forças que o determinam, nos debruçamos no pensamento de diversos estudiosos, dos quais destacamos: Araújo (2000), Clementino (2000), Buarque (2002), Guimarães Neto (2000) e Pereira (1993). Esses autores discutem tanto os conceitos como os impactos do processo de descentralização e desconcentração para o desenvolvimento dos municípios, em uma ótica que prioriza os direitos da população, em especial, os dos mais pobres. Para o entendimento do desenvolvimento histórico da Política de Saúde com ênfase no processo descentralização, buscou-se através de artigos, teses e dissertações de: Mendes (1995), Elias (2003), Cohn (2005; 1999), Bravo (2007), Vasconcelos (2003),

Sorrentino (1997), Costa (1998), Camilo (2001), Weigelt (2006), Melo (1999), Mota (2007), dentre outros. Esses autores foram fundamentais por analisarem os avanços e retrocessos ocorridos nas últimas décadas no sistema de saúde brasileiro.

A análise documental e de conteúdo possibilitou a elaboração dos resultados e conclusões da dissertação ao fornecer os dados e informações que permitiram a compreensão e explicação da evolução do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel no que se refere às condições de oferta, demanda e finanças que possibilitaram o atendimento médico na instituição no período analisado.

No que se refere à estrutura da dissertação, esta organiza-se em seis partes, incluindo-se essa introdução. No II capítulo apresentam-se algumas questões sobre o processo de descentralização e desconcentração ocorrido no Brasil. Para isso partiu-se de uma breve contextualização histórica e política, procurando mostrar os conceitos de reforma e contra-reforma do Estado e como os processos mencionados se desenvolvem no País. Nessa contextualização explicitam-se os artigos da Carta Magna de 1988 que estabelecem as tarefas de cada entidade da federação brasileira. Em seguida, procura-se dissociar descentralização e desconcentração, enfatizando as formas pelas quais a descentralização ocorre e, buscando mostrar que esses dois processos não devem ser confundidos, pois envolvem dimensões importantes para a sociedade brasileira, por atribuir à mesma competências para definir os rumos que tomam os recursos que lhe são próprios. Posteriormente, correlacionou-se o desenvolvimento social local ao processo de descentralização, mostrando a importância do mesmo dentre as políticas públicas como uma maneira de liberta-se da dependência econômica, política e social de instâncias maiores. Constituindo - se, assim, em um elemento fundamental para que a sociedade local se fortifique em busca de seus direitos.

No capítulo III discute-se as modificações ocorridas nas políticas sociais nas últimas décadas e a intervenção do Estado nas políticas de saúde em uma sociedade capitalista de características neoliberais, onde a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil que atenda a população de uma forma incondicional e equitativa é muito difícil. Devido às características próprias de uma estrutura econômica que aloca uma pequena parte de seu orçamento à saúde e cuja grande parte da população continua na miséria, morando em áreas desprotegidas, com empregos e salários insignificantes e suficientes somente para mantê-los vivos. O

capítulo enfatiza a descentralização da política de saúde no Brasil apresentando as Normas Operacionais Básicas – NOBs como instrumentos de acordos intergovernamentais, finalizando com breve discussão sobre a importância da regionalização da saúde.

O IV capítulo versa sobre o processo de descentralização da política de saúde no Rio Grande do Norte. Na primeira parte do capítulo é realizada uma reconstituição histórica do processo de implementação da política de saúde no RN. O intuito é contextualizar as transformações políticas e institucionais que ensejaram o processo de descentralização. Na segunda parte, centraliza-se a discussão do processo de descentralização dos serviços de saúde por entender-se que este processo representou uma das maiores mudanças político-administrativa no modelo de intervenção-administração do Estado. O processo decorreu através da transferência de atribuições e recursos para os Estados e, posteriormente, para os municípios, quando ocorreu a evolução da municipalização. O debate a respeito do processo de municipalização das ações de saúde surgiu no RN com a criação da Secretaria Municipal de Saúde de Natal nos anos 1980. Por fim o capítulo mostra o processo de implantação do SUS. Esse capítulo expõe as dificuldades, ameaças e avanços da política descentralizada de saúde no estado.

O último capítulo fecha a dissertação ao analisar o papel do H.M.W.G. dentro da política de saúde no RN. Inicia com uma contextualização histórica-política do Hospital retratando a instituição e mencionando importantes dados biográficos de seu fundador. Em seguida situa a instituição dentro da estrutura descentralizada da política de saúde no estado e na capital. Esse ponto é focal, devido ao fato da instituição ser um agente executivo do atendimento a demanda de média e alta complexidade requerida no estado. Por fim, uma análise da demanda por atendimento no hospital e das condições orçamentárias que são fundamentais para a eficiente execução de suas atividades, tal qual requerida pelos princípios humanos impregnados no processo de descentralização da política de saúde. Após o último capítulo, algumas considerações finais, cujo intuito é levantar questões outras para futuras pesquisas e as devidas referências utilizadas.

2 - A CONTRA-REFORMA DO ESTADO E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL.

2.1 – O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO E DESCONCENTRAÇÃO NO BRASIL.

O Estado no Brasil se caracterizou no século XX por sua intervenção na economia e na sociedade. As políticas sociais implementadas no país sofreram neste período, intensas modificações, tanto no que se refere à quantidade como a qualidade de seus impactos na sociedade. A intervenção direta do Estado acentua-se no pós-1930³ com o governo de Getúlio Vargas e perdura até a década de 1980 quando a crise sócio-econômica atinge o país. Ressaltando que esta crise no Brasil é resultado de uma crise maior, a do processo de acumulação capitalista e seu padrão de reprodução do capital.

Após os trinta anos dourados (1940/1970), o capitalismo apresentou uma crise de reprodução fundada nos seguintes fatores: crise do taylorismo-fordismo; endividamento do Estado; crise do dólar, choques do petróleo e pela financeirização das economias (HARVEY, 1993). No Brasil, a crise sócio-econômica se acentua nos anos de 1980, embora tenha sido gestada na década de 1970, quando os militares optaram pelo crescimento com endividamento. Quando os choques do petróleo e o aumento dos juros internacionais dilapidaram a capacidade de pagamento do Brasil e emergiu a crise. A incapacidade de fazer frente aos gastos sociais e ao grande endividamento do Estado representou para muitos estudiosos a causa da crise nos anos 1980 e sugeriu aos mesmos a necessidade de uma reforma do Estado. O Estado passou a ser o principal responsável pelo declínio do crescimento econômico, da elevação do desemprego e da inflação (CAVALCANTI, 2001).

A reforma do Estado implica transformação do mesmo, de um estado interventor para um estado neoliberal. Essa reforma resulta assim, em privatização das empresas estatais, na descentralização dos serviços públicos, antes estatais e,

³ Embora, de acordo com Araújo (2004, p.89) a “passagem das formas assistenciais e filantrópicas para uma política do Estado se deu nas primeiras décadas do século XX. A expansão das atividades econômicas, com a criação das primeiras indústrias, a organização das classes trabalhadoras, a Primeira Guerra Mundial, a Revolução Russa, foram acontecimentos que suscitaram a promulgação da legislação sobre acidentes do trabalho em 1919, e a institucionalização do sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões sob a égide do Estado (Lei Eloy Chaves- Decreto 4.682, de 24 de janeiro de 1923).”

consequentemente na redução do tamanho e presença do estado. A reforma divide o Estado em quatro setores básicos:

a) núcleo estratégico do estado, constituído pelos ministérios públicos, pelo poderes legislativo, executivo e judiciário;

b) as atividades exclusivas do Estado, ou seja, as atividades que somente o Estado poder exercer, como cobranças, fiscalizações de impostos, polícia, trânsito, etc.;

c) serviços não exclusivos, que são os serviços em que o Estado atua juntamente com outras organizações públicas não estatais e privados, por exemplo: saúde, educação e cultura;

d) produção de bens e serviços para o mercado compreendido como as empresas voltadas para o lucro que ainda permanecem no Estado, principalmente aquelas com vínculo no setor de infra-estrutura.

Essas reformas provocaram transformações que atingem diversas dimensões da sociedade civil, principalmente para os segmentos mais carentes. Motivo este que, para Behring (2003), a Reforma do Estado implica na transformação do mesmo de interventor para neoliberal, reduzindo os direitos sociais e transferindo para o setor privado as atividades possíveis de serem realizadas pelo mercado. Constituindo-se assim, em uma Contra-Reforma por não ter como objetivo a melhoria das condições de vida da classe trabalhadora. Para Behring, o termo “Reforma” é algo inovador, que visa a melhorias na qualidade de vida da população carente através da ampliação da atuação estatal.

Em um contexto de plena crise entre os diversos níveis do governo, implementa-se a Contra-Reforma do Estado⁴ no Brasil, impulsionando um processo de descentralização, que de acordo com Pereira (1998), surge vinculado as determinações histórico-estruturais, estimulado pelo descontentamento na estrutura centralizada e piramidal do país, pelo agravamento da crise econômica nos anos 1980 e pela ampliação das desigualdades sociais. Contrário a este contexto, as principais soluções político-institucionais indicadas foram à participação da:

- a) Sociedade no processo decisório, visando à transparência, a permeabilidade, a participação e a democratização das decisões e ações governamentais: b) a descentralização política, financeira e administrativa,

⁴ Termo utilizado por Behring (2003), e adotado pela autora deste trabalho.

como forma de desburocratizar o poder central e tornar mais fácil, ágil e eficiente o atendimento de demandas e necessidades sociais... (CASTRO *apud* PEREIRA, 1998).

Pereira (1998) enfatiza também o anseio explícito da sociedade civil em edificar um espaço público no país no qual possa participar adquirindo força política e poder de controle sobre as deliberações e atos do governo. Neste sentido, descentralização unida à participação tornou-se um 'lema' nas discussões por transformações do sistema político nacional. Tendo como pré-requisito mudanças na estrutura fiscal, econômica e financeira do Estado; gerência total das políticas públicas e comando único em cada esfera do governo, o que encarrega fundamentalmente participação e regulação do Estado. Constituindo-se assim, de acordo com Mishra *apud* Pereira (1998), em uma descentralização institucional, na qual, o Estado dá continuidade a suas atribuições provedoras e reguladoras, não transferindo para o setor privado responsabilidades e funções.

A centralização marcou nos últimos anos a organização político-administrativa do país. É fato que, no regime autoritário (pós-1964), o Estado investiu na criação das condições gerais de acumulação capitalista. Neste período, a economia prevaleceu sobre o social, ocasionando um esvaziamento nos Estados e Municípios e este "legado" centralizador de recursos, atribuições e poder, concomitantemente à crise financeira que atinge o governo federal, surge um processo de descentralização de atribuições e encargos cujas responsabilidades são da esfera federal mais que serão transferidas para outras instâncias do governo (ARAÚJO, 2000).

Embora o Brasil venha passando por um procedimento contraditório que retrata mais um processo de desconcentração econômica devida à centralização política, ao rápido crescimento econômico da década de 1970 em conjunto com a ditadura militar. Segundo Buarque (2002), a partir da segunda metade da década de 1980, ocorreu uma descentralização ocasionada no Brasil, não somente pela estagnação econômica, mais também pela crise do Estado que, durante este período, ampliou consideravelmente sua ação como órgão regulador em detrimento de sua ação de intervenção direta.

Desta forma, um processo de descentralização que se esboçou no final da década de 1970, institucionaliza-se e consolida-se com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o artigo 23 estabelece as "Competências comuns da

União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, destacando dentre essas as atribuições (I, II, IX e X) de:

- I- Zelar pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público;
- II- Cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;
- [...];
- IX- Promover programas de construções de moradias e melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico;
- X- Combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos (BRASIL, 1988, p. 21).

Pode-se constatar que, essas atribuições tornaram-se “letras mortas”, ou seja, requisitos formais, mesmo com todas as conquistas democráticas alcançadas (conselhos, fóruns de debates, associações, orçamentos participativos, etc.) pela sociedade civil. Esses espaços de participação são frágeis, muitas vezes formados por indivíduos cujo interesse não diz respeito às reais necessidades da população carente. Além de que, o patrimônio público no Brasil está, cada vez, mais deteriorando-se, quando não está sendo privatizado. Quanto ao inciso-II, a saúde e assistência pública vêm passando por um processo de terceirização, no qual a iniciativa privada, as Organizações Não Governamentais - ONGs vêm assumindo responsabilidades de cunho público.

A separação entre ricos e pobres no país é gritante em todas as dimensões. Para Teles (2001), a pauperização ocorrida no Brasil representa muito mais do que apenas a degradação de condições materiais de vida. A imagem de país do futuro não se encaixa mais na realidade brasileira. Porque as eloquentes promessas dos governos militares e pré-militares não se cumpriram. A modernização tão desejada e propagada até os anos de 1980 não se efetivou. Os dados sobre a pobreza no Brasil demonstram o redundante fracasso dos projetos de desenvolvimento, no que se refere ao desenvolvimento humano e extinção da miséria. A pobreza continua atingindo grande parte da população brasileira, revelando-se como ponto de convergência das mais variadas crises, que juntam uma história de uma sociedade tradicional, excludente e autoritária, com anos de crise econômica e política, e, um

futuro sombrio prometido pelos recentes projetos neoliberais. Acrescenta-se a esse contexto a desorganização do Estado, de suas burocracias e instituições.

No artigo 30 da Constituição Federal de 1988, são estabelecidas prioritariamente as Competências dos municípios, ressaltando a incumbência de:

- I- Legislar sobre assuntos de interesse local;
- II- Suplementar a legislação federal e a estadual no que couber;
- III- Instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade de prestar contas e publicar balancetes nos prazos fixados em lei;
- [...];
- VI- Manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação pré-escolar e de ensino fundamental;
- VII- Prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, serviços de atendimento á saúde da população (BRASIL, 1988, p. 25).

De acordo com Araújo (2000), o texto constitucional não trás uma norma análoga, no que, se refere ao processo de descentralização. Para Araújo são preceitos originados de diferentes naturezas resultado das manifestações de divergentes grupos e interesses políticos e sociais durante a elaboração do texto constitucional. Além de que, ainda não existe uma específica regulamentação desses preceitos, inexistindo requisitos formais para sua implantação, favorecendo assim, diversas interpretações autônomas que não consideram uma coordenação eficiente das políticas públicas que serão implantadas.

Em 1990, acentua-se o processo de descentralização político-administrativa no Brasil, contrapondo-se a centralização tão presente na história do país. Esse processo, de acordo com Buarque (2002, p. 46), ocorre “com a redução do peso da União na estrutura do Estado concentrando suas responsabilidades nos segmentos estratégicos nacionais e na regulação do espaço”. Acontecendo ao mesmo tempo de significativas mudanças sociais, políticas e econômicas. Advindo no período em que o Estado encontrava-se “ou encontra-se” impossibilitado de conceder respostas às demandas sociais, devido aos déficits acumulados e o aprofundamento da crise fiscal. O surgimento de novos atores sociais também fazia-se presente e, assim, o local surge como locus privilegiado para exercer a cidadania (ARAÚJO, 2000).

Por isso, a descentralização representa efetiva mudança na escala de poder, concedendo ao espaço local capacidade de escolha e definição sobre suas prioridades e diretrizes de ação e gestão de programas e projetos (BUARQUE, 2002). Utilizando como exemplo, o caso das merendas escolares, as quais, os

colégios recebem as verbas e os próprios escolhem o que iram comprar. A maioria das escolas adotou produtos regionais para o consumo de seus alunos, fato este que comprova-se através dos meios de comunicação.

Para Buarque (2002), o espaço local vem sendo influenciado por processos globais de mudanças econômicas, tecnológicas e institucionais, que determinam seu futuro, suas dificuldades e também suas oportunidades. Buarque menciona que a globalização, representa a implantação e a difusão de um novo modelo de desenvolvimento, que altera os padrões de concorrência, ou seja, a competitividade revolucionando as condições de acumulação do capital, como também, as bases das vantagens competitivas entre nações ou regiões. Trata-se, pois, de um processo histórico, dinâmico e extremamente rico de transformações que podem levar a múltiplas alternativas futuras. Neste sentido, a globalização tem contribuído para diminuição do poder central, quanto à descentralização é um processo pensado e executado para fortalecer o local.

Em outras palavras: podemos dizer que, a globalização provoca a abertura comercial dos mercados e, este fato, não permite que os governos federais mantenham o controle sobre as mercadorias consumidas pela população. Enquanto a descentralização permite que os próprios agentes locais estabeleçam este controle, através de instrumentos outros que não simplesmente a proibição, porque não se proíbe, se estabelece. Araújo (2000) defende que, devido às desigualdades regionais existentes no Brasil, o processo de descentralização pode auxiliar na:

- Universalização de serviços;
- No fortalecimento do controle social;
- Distribuição equitativa do poder, no que se refere ao envolvimento da população nas decisões e ações governamentais que atinge a coletividade;
- Democratização sobre os direitos e deveres da população; e,
- No avanço da justiça e da equidade social.

Neste contexto, a descentralização compreendida como um processo de “transferência de autoridade e do poder decisório de instâncias agregadas para unidades espacialmente menores” (BUARQUE, 2002, p.42). Sejam essas unidades municípios ou comunidades, contribuem significativamente para o desenvolvimento local ao estimular e criar as condições institucionais para organização e mobilização

dos agentes sociais, ou seja, a divisão do poder contribui para maior responsabilidade da comunidade local.

2.2- DESVENDANDO CONCEITOS: DESCENTRALIZAÇÃO E DESCONCENTRAÇÃO NO BRASIL.

O processo de desconcentração diferencia-se da descentralização⁵, pelo fato que, constitui-se no estágio menor de transferência de responsabilidades e do poder político institucional. A desconcentração caracteriza-se pela transferência de responsabilidades executivas para as unidades menores sem, no entanto repassar proporcionalmente o poder de decisão e da autonomia de escolha (BUARQUE, 2002).

No caso da desconcentração, o governo federal libera os recursos, mais determina como deverão ser utilizados, então o Estado ou Município apenas executa as ações sem nenhum poder de mudar as normas estabelecidas. Enquanto no processo de descentralização, transferem-se as funções de execução e o poder de decisão. Buarque (2002) defende que, a descentralização contém a desconcentração das tarefas, mais não se resume unicamente a estas. Sendo assim, em diversos programas podem-se observar os dois processos simultaneamente. Ver quadro abaixo:

Quadro 01

Descentralização	Mudança da escala de poder para espaços menores ocorrendo uma transferência de autonomia e capacidade decisória entre os níveis públicos e privados.
Desconcentração	Repasse de responsabilidades executivas para unidades menores, sem repassar o poder decisório e autonomia de escolha. Este processo ocorre na dimensão interna do setor público e entre os níveis públicos para o privado.

Síntese dos Conceitos - descentralização e desconcentração

Fonte: Buarque (2002).

⁵ O debate sobre a importância dos conceitos apresentados será aprofundado nos capítulos seguintes.

Ao discutir da diferença existente entre descentralização e desconcentração, Médici e Maciel *apud* Porsses e Porsses (2000) mostram que o processo de desconcentração apresenta um caráter mais interno em relação à instância centralizadora, por ser um ato do poder central em relação aos espaços menores. Sintetizado, é o governo Federal que determina as transferências dos programas ou projetos políticos, mais os recursos são centralizados na esfera federal, embora, a realização destes ocorra no espaço local.

Já a descentralização apresenta caráter mais externo, pois a transferência de gastos e responsabilidades executivas e decisórias ocorre da União para os Estados e Municípios. Desta forma, os gastos no processo de descentralização podem ser financiados em dois níveis, de acordo com Médici e Maciel *apud* Porsses e Porsses (2000):

- Descentralização autônoma: na qual o Estado, Município, Instituição ou Empresa que recebe a responsabilidade tem a liberdade para deliberar e executar a tarefa de acordo com seus interesses utilizando para isso recursos próprios;
- Descentralização dependente: ocorre através de repasse de recursos das instâncias superiores para as inferiores, por vontade e decisão das primeiras. Dividindo-se em duas formas: vinculada e tutelada.

Assim, na descentralização dependente e **tutelada** as transferências são negociadas ou realizadas independente de ser ou não suficientes para o governo Estadual. Enquanto, na descentralização dependente **vinculada** a transferência de responsabilidades é acompanhada da delegação de algum espaço de decisão para as instâncias inferiores. Neste caso, transferem-se as atividades, mais existe toda uma discussão, um planejamento de como se executar e como as atividades devem ser realizadas. Geralmente essas transferências são automáticas e vinculadas a critérios estabelecidos na Constituição Federal de 1988 (MÉDICI E MACIEL *apud* PORSSSES E PORSSSES, 2000).

O processo de descentralização para Buarque (2002) e Araújo (2000), expressa uma transformação profunda na estrutura de distribuição dos poderes institucionais. Podendo ser classificado conforme a natureza dos agentes a que são atribuídas as responsabilidades e os espaços de decisões dos níveis públicos superiores. Encontramos assim:

- A descentralização Estado-Estado: quando a transferência de função e responsabilidade entre as instâncias do setor público pode ser da União para os Estados, ou do Estado para os municípios. Como exemplo: o Ministério da Saúde em Brasília transfere as responsabilidades para as secretarias de saúde dos Estados e esses podem transferir para as secretarias dos municípios;
- A descentralização Estado-Sociedade: quando as instâncias do setor público transferem para a sociedade civil a capacidade de decisão e execução de atividades, gestão de recursos e prestações de serviços. Esse processo ocorre através da decisão e deliberação dos órgãos públicos (quando se transferem responsabilidades) na determinação das políticas e em sua execução, transferindo para a sociedade civil a realização de projetos, serviços públicos e atividades via terceirização;
- A municipalização: se constitui em uma forma de descentralização administrativa, na qual, ocorre transferência do poder decisório para o município como espaço de competência local, que pode ser representada como aumento de poder e responsabilidade decisória da sociedade no município, por outro lado, pode ocorrer uma ampliação do processo de descentralização com o repasse de responsabilidades executivas de projetos e com autonomia nas escolhas e definições de prioridades para comunidades e subconjuntos espaciais.

Em síntese, a municipalização é um modo de descentralização administrativa das políticas e dos mecanismos de intervenção pública para o plano municipal. Constituindo-se em um caso particular do processo de descentralização, no qual o município assume papel fundamental, porque o governo Federal transfere para o município responsabilidades que antes era executada pelo mesmo (BUARQUE, 2002).

É importante destacar que a nova institucionalidade surgida no Brasil depois da Constituição Federal de 1988 (anos de 1990), conforme Buarque (2002) caracteriza-se pelo surgimento de segmento público não estatal que exerce atividades e executa ações de natureza pública em contato e parceria com o Estado. Esses segmentos chamados de Organizações Não Governamentais – ONGs estão ganhando espaços significativos no país.

Assim sendo, segundo Montaño (2003), as políticas estatais no Brasil não são realmente descentralizadas, mas apenas apresentam desconcentração financeira e executiva, mantendo centralização normativa e política. Esse processo de descentralização entra em concordância com os objetivos da Contra-Reforma do Estado, cuja essência é a transferência das responsabilidades e funções para as organizações dos chamados Terceiro Setor.

As políticas sociais no Brasil tornaram-se focalizadas, voltadas para segmentos sociais muito pontuais, fato este, justificado pela crise financeira de um sistema universal de seguridade social. Esse processo de focalização implicou clara precarização das respostas estatais, principalmente para os municípios e segmentos mais pobres. Pois, observando geograficamente o País, é possível perceber que esta focalização afeta as regiões de forma diferente. Nas regiões mais pobres, os serviços sociais são mais precários (MONTAÑO, 2003).

Alguns autores consideram o processo de descentralização como destrutivo por desmontar as políticas sociais principalmente as de âmbito nacional e, ao mesmo tempo, distribuir competências sem os recursos necessários (MONTAÑO, 2003). Neste sentido, de acordo com Cavalcanti (2001, p.51).

[...] há um repasse de responsabilidade e execução de serviços públicos (políticas sociais) para as organizações da sociedade civil (inclusive organizações sociais, ONGs, associações de bairro e a filantropia empresarial, [que] irão produzir um distanciamento cada vez maior no que se refere à capacidade técnica, financeira e administrativa, entre os municípios-capitais dos municípios-não-capitais, mesmo os pertencentes à mesma região metropolitana.

O resultado desse processo de transferência de responsabilidades é para Cavalcanti (2001) a criação de cidadãos diferenciados, da ascensão do individualismo, da mercantilização e privatização de bens e serviços sociais. Conforme Pereira (1998) para a vertente neoliberal, a descentralização é muito mais um processo de desregulamentação da economia do que aumento da participação popular na democracia. É assim transferência de responsabilidades do governo para o setor privado, por entender que o primeiro é um alvo fácil da corrupção, do paternalismo e do clientelismo. Enquanto, o setor privado é mais eficiente e ágil. Para Mishra *apud* Pereira (1998), a descentralização neste contexto assume uma dimensão residual, devido à abdicação do papel de provedor social e de regulador do mercado por parte do Estado.

Segundo Araújo (2000), vários autores enfatizam que, no processo de descentralização das políticas, existe um componente pulsionador que contribui para que os poderes das oligarquias locais possam ser exercidos, e este elemento promove manipulações e controle social sobre os mais desprotegidos. Favorecendo assim, possível fragmentação do país por reduzir as iniciativas e atominizar os empreendimentos, ampliando consideravelmente as diferenças sociais.

Em contraposição a estes pensamentos, prevalece a visão de que, a descentralização possibilita o controle social das políticas públicas, correlacionando-se,

[...] com a democratização da administração pública e com as relações entre o Estado e a sociedade, com vista à socialização da política e ao desenvolvimento de modelos econômicos menos concentradores e excludentes e, por conseguinte, socialmente mais justos” (PEREIRA, 1998, p.121).

Embora compartilhando do mesmo pensamento de Pereira (1998), pode-se constatar que este modelo de descentralização ainda não ocorreu no País, pois o que vem ocorrendo é mais um processo de desconcentração administrativa, no qual, transferem-se obrigações e responsabilidades, inexistindo divisão equitativa do poder decisório.

Guimarães Neto (2000) chama à atenção que, na atual conjuntura de crise econômica, fiscal e financeira atingindo as esferas nacionais e regionais do País, os municípios brasileiros confrontam-se com enormes desafios neste processo de descentralização.

2.3 – DESCENTRALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL LOCAL.

Um dos maiores desafio enfrentado pelos municípios deve-se ao fato de que, ao assumir de novas responsabilidades diversos municípios não têm condições necessárias para enfrentar os problemas existentes na economia da localidade e nas condições de vida da população local. Porque, trata-se de acordo com Guimarães Neto (2000), do cumprimento de funções e da inserção de programas que os governantes municipais em nenhum momento na história do País haviam executado antes devido ao centralismo de poder que sempre acompanhou nossa trajetória. Ademais, Clementino (2000) menciona que, os municípios são

dependentes dos recursos da União para pagar suas contas. Além disso, as receitas estão comprometidas com os gastos de custeios (salários dos funcionários públicos, manutenção dos gastos do dia-a-dia, exemplo: combustível, energia, etc.) e são incapazes de aumentar a receita própria do município.

Assim, face a um processo de desenvolvimento urbano heterogêneo como o ocorrido no Brasil, observa-se um retardo de alguns municípios em relação a outros, caracterizado por um empobrecimento, por uma dependência financeira com relação ao governo federal, algo facilmente observado nos municípios do Nordeste (CLEMENTINO, 2000, p.111).

É fato que, nos últimos anos ocorreu um fortalecimento das condições financeiras dos municípios devido a Constituição Federal de 1988 que ampliou suas receitas, embora tenha ocorrido também aumento de suas despesas. Este aumento das despesas públicas municipais deve-se as pressões da população local e a ampliação das transferências de responsabilidades e competências aos governos municipais proveniente do processo de descentralização. Ressaltando que as transformações no texto constitucional ao delegar maior poder e conseqüentemente maior responsabilidade aos governos locais, “cobram” desses uma capacidade governativa para realização das atividades, sem, no entanto, assegurar ao poder local possibilidade permanente para executar com êxito as suas atividades (CLEMENTINO, 2000).

Santos *apud* Guimarães Neto, Porsses e Soares (2000), distinguem alguns fatores relacionados ao desequilíbrio fiscal dos municípios, quais sejam:

- A despesa municipal em programas sociais no que se refere a sua natureza e utilização de mão-de-obra. Os programas exigem mais mão-de-obra do que investimentos fixos (construções, máquinas, móveis, etc.), implicando necessidade de gastos constantes (pagamentos de salários);
- A contra-reforma do Estado, repercutindo no funcionalismo público, ampliando o número de aposentadorias precoces;
- Os juros pagos devido o crescimento da dívida pública.

Os mesmos autores destacam também que, o processo de descentralização deixou na esfera da União as questões da Previdência Social e das dívidas internas e externas e transferiu para os Estados e Municípios as despesas da área social, elevando assim suas despesas. Essa descentralização estimulou proliferação de

pequenos municípios, cuja institucionalização a Constituição Federal de 1988 não estabeleceu os critérios.

No Brasil entre 1985 á 1997, surgiram 1.403 novos municípios implicando aumento de 34,20% relativamente ao total de municípios do país. 52,46% desses municípios são compostos por menos de 5.000 habitantes e 25,59% com até 10.000 habitantes, equivalendo a 78,05% do total (GUIMARÃES NETO, PORSSSES E SOARES, 2000). A distribuição dos municípios por dimensão é a seguinte:

Quadro 02

PEQUENO (P)	Até 20.000 habitantes
PEQUENOS-MÉDIOS (PM)	Entre 20.000 e 50.000 habitantes
MÉDIOS (M)	Entre 50.000 e 100.000 habitantes
MÉDIOS-GRANDES (MG)	Dentre 100.000 e 3000.000 habitantes
GRANDES (G)	Mais de 300.000 habitantes e capitais

Distribuição dos Municípios por Tamanho

Fonte: Guimarães Neto, Porssses e Soares (2000).

A proporção de Municípios criados após a Constituição Federal de 1988, no Nordeste é de 63,18%; no Sul 94,57%; Centro-Oeste 79,71% e no Sudeste 80,88%. Ressaltando que, a partir de 1997 o sul e o nordeste foram às regiões onde mais surgiram municípios (GOMES E MAC DOWELL *apud* GUIMARÃES NETO, PORSSSES E SOARES, 2000). Esses autores não são favoráveis à criação de novos municípios por entenderem que os mesmos representam maiores custos para a sociedade. Pois, por serem pequenos têm suas receitas diretamente vinculadas ao repasse da União. Tal argumento deve-se ao fato de que, esses municípios não têm capacidade técnica, financeira e operacional para criar, implantar e administrar políticas públicas adequadas as suas respectivas realidades, por não possuírem qualquer capacidade de sustentar-se a partir de suas próprias receitas. Porque seus custos são sempre maiores, do que as receitas. Implicando assim, uma dependência para com os recursos da União.

Neste sentido, Buarque (2002) defende que deve-se estimular o aumento da riqueza local para os municípios mais pobres, através de atividades econômicas

viáveis e competitivas. O desenvolvimento local⁶ desses municípios possibilita que os mesmos possam concorrer em mercados locais, regionais ou globais. Além de que, o processo de desenvolvimento local reduz a dependência histórica das transformações de renda de outros espaços. Desta forma, a organização e a mobilização da sociedade local são imprescindíveis para exploração das potencialidades locais, implicando crescente dinamismo econômico em conjunto com a elevação da qualidade de vida

Embora, no Brasil e principalmente no Nordeste as poucas iniciativas de desenvolvimento social local não gozam da plena confiança dos órgãos públicos, implicando baixa efetividade dos programas direcionados para atenuar a pobreza. Este fato reduz as possibilidades de um desenvolvimento sustentável e obstaculizam as transformações das bases econômicas impedindo a geração de riqueza e trabalho. Além de, impedir o fortalecimento dos governos locais e sua capacidade de investimento. Assim sendo, cada região ou município deve procurar espaços de competitividade de acordo com suas potencialidades, criando externalidades positivas adequadas (BUARQUE, 2002).

A construção da competitividade nos espaços locais aumenta a importância e a necessidade do Estado atuar como organizador dos investimentos, criando externalidades em especial no setor educacional. Buarque (2002) menciona que o desenvolvimento local depende da capacidade de os atores sociais compreenderem os processos de transformações e de responderem com suas próprias forças a essas transformações, através de permanente processo de aprendizado.

Segundo Araújo (2000) o processo de descentralização deve contribuir para que o local se torne catalisador das forças econômicas e sociais públicas e privadas, locais e não locais que impulsionem o desenvolvimento do município e não provoquem isolamento político, econômico, institucional, etc. Ademais, a descentralização tem ocupado posição de destaque em várias iniciativas federais em diversas áreas de atuação governamental. A União tem procurado parcerias com os Estados e para com os municípios a fim de gerenciar e operar diversas políticas, destacando a área da saúde com o Sistema Único de Saúde – SUS.

⁶ Desenvolvimento local é um processo endógeno que busca explorar e mobilizar as potencialidades locais, contribuindo para elevar as oportunidades sociais, a viabilidade e a competitividade da economia local (BUARQUE, 2002).

A descentralização baseia-se nos princípios de subsidiaridade que define que tudo que pode ser feito pela sociedade não deve ser realizado pelo Estado. Com base nesses princípios, os governos locais deveriam dedicar-se à função de provedores de serviços individualizados e o governo nacional de se responsabilizar pelos serviços que demandam uma gerência central, ou seja, as instituições públicas reduziriam sua atuação direta como produtoras de bens e serviços para serem promotoras e reguladoras das atividades públicas no local (ARAÚJO,2000). Em síntese, tudo aquilo que a sociedade civil pode fazer o Estado não deve assumir, deixando assim de ser o agente que fornece bens e serviços. Como exemplo: serviços de água e energia que as empresas privadas podem realizar, o Estado apenas estabelece as normas para o fornecimento desses bens e serviços.

Portanto, a descentralização apresenta-se como uma das principais ações que o governo pode utilizar para promover o desenvolvimento social local. Pois, através do processo de descentralização o governo estimula a participação, tanto na execução, quanto nas deliberações sobre as políticas e programas a serem implantados junto à comunidade.

O Estado brasileiro tem considerado a necessidade de amplos investimentos no setor da saúde, embora o reconhecimento não tenha repercutido nos níveis de recursos necessários alocados para o setor. É inegável que o projeto neoliberal substituiu o modelo assistencial privatista no Brasil, independente do ideário da Reforma Sanitária, pois, constata-se nos últimos anos, regulação do capital estrangeiro na saúde acarretando graves repercussões, principalmente no que se refere à universalização. Embora, mesmo em contexto excludente ocorreram avanços que geram esperanças na população. Avanços que se constituem como frutos das reivindicações e lutas políticas implementadas por diversos organismos e entidades da sociedade civil organizada.

Cabe ressaltar que, os conceitos e definições apresentados darão suporte e um respaldo ao debate que iniciaremos a partir do próximo capítulo sobre as determinações presentes no processo de descentralização da política de saúde.

3 - DETERMINAÇÕES PRESENTES NA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.

3.1 - A AÇÃO DO ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.

Até a década de 1930, as políticas sociais, em particular as voltadas para a saúde, eram ínfimas e de pequena disseminação, pois o capitalismo se configurava no liberalismo⁷, além de que, a população se localizava eminentemente no campo. A Grande Depressão chamou à atenção do Estado e da sociedade civil para a necessidade de políticas públicas que atenuassem as diversas questões sociais surgidas com o avanço do capitalismo. Os trabalhadores ao sair do campo para a cidade, não encontraram postos de trabalho suficiente, o que ocasionou diversos problemas sociais, dentre esses o surgimento de doenças decorrentes das precárias condições de higiene, saúde e moradia, características da pobreza.

Da Grande Depressão até o final da década de 1960, as políticas sociais acompanharam a evolução da sociedade e do sistema capitalista, principalmente na Europa e nos Estados Unidos. A ampliação do bem estar da sociedade ocorreu devido à intervenção do Estado na economia, pressionado pela existência de uma alternativa socialista que se configurou numa opção de bem estar para os trabalhadores. A ameaça de uma revolução social em conjunto com a maior atuação do Estado na economia possibilitou que a sociedade ampliasse significativamente seu bem estar no pós-segunda guerra.

Karl Marx, já no século XIX, reconhecia a possibilidade da classe trabalhadora conseguir do Estado a concessão de determinados benefícios, através de sua luta por melhores condições de vida. Esse poder da classe proletária deve-se ao fato de os trabalhadores revoltarem-se provocando ruptura da ordem estabelecida. Para evitar tal ruptura, o Estado realizou algumas concessões. Um exemplo da conquista da classe trabalhadora foi à redução da jornada de trabalho. Marx sinalizou que, o fato de o Estado se colocar parcialmente contra a classe capitalista, e impor leis que reduzem, momentaneamente, a acumulação de capital, não implica ruptura total,

⁷ “[...] liberalismo à brasileira [que] não comportava a questão dos direitos sociais, que foram incorporados sob pressão dos trabalhadores e com fortes dificuldades para sua implementação e garantia efetiva...” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.81) Essa questão é analisada didaticamente pelas respectivas autoras no livro, Política Social: fundamentos e história.

muito menos, que o capital fique “encurralado”. O capital reorganiza o processo de produção para atenuar essa perda e criar possibilidades de mudanças para manter a continuidade do lucro e de sua acumulação. A citação abaixo mostra a compreensão de Marx sobre tal situação.

[...] a revolta cada vez maior da classe operária obrigou o Estado a reduzir à força a jornada de trabalho, e a ditar, inicialmente às fábricas propriamente ditas, uma jornada normal de trabalho, a partir desse instante, portanto, em que se impossibilitou de uma vez por todas a produção crescente de mais-valia mediante o prolongamento da jornada de trabalho, o capital lançou-se com força total e plena consciência à produção de mais-valia relativa por meio do desenvolvimento acelerado do sistema de máquinas (MARX, 1988, p.31).

Nesse sentido, o Estado assume papel de articulador, organizador da sociedade, independente de sua posição de suporte das relações de dominação. E ao programar das políticas sociais, procura mitigar através de sua ação as lutas sociais, em regime parlamentar ou liberal democrático. As políticas públicas representam medidas compensatórias para remediar situações graves derivadas da determinação das relações sociais. Além de que, as políticas regulamentadoras têm que seguir as regras já incorporadas na administração pública. Por isso, a crise de legitimação é frequente no Estado, devido à intervenção e expansão dos seus aparelhos sem a concomitante ampliação de participação política democrática (JACOBI, 1989).

O Estado de bem estar social perdurou até a década de 1970, quando entrou em crise e permitiu a gestação e o nascimento do neoliberalismo. Assim, desde este período, as políticas sociais sofreram grandes reversões prejudicando toda a sociedade nos países desenvolvidos. No Brasil, a história não é diferente. Embora não se possa falar de um Estado de Bem Estar brasileiro, pois o País ainda era agrário-exportador e as políticas sociais ainda não eram universais, mas não se pode negar que, da década de 1940 a 1960, a política social no Brasil não tenha avançado. Segundo Araújo (2004, p. 92),

O período de 40 a 46 registra a criação das mais importantes instituições assistenciais: em 1940, o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS); em 1942, a Legião Brasileira de Assistência (LBA); em 1942, o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI); em 1946, o Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Social do Comércio (SESC) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC). Também nesse período, em 1943, foi promulgada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

A Política de Saúde no Brasil no início século XX destacava-se através do enfoque curativo frente ao preventivo, ou seja, as medidas de caráter coletivo (campanhas sanitárias) deveriam ser desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, enquanto que a assistência médica direta e individual seria prestada pelas Instituições Previdenciárias, aos trabalhadores e a elas vinculados. Ocorrendo uma divisão de atribuições e competências entre os Ministérios da Previdência e da Saúde. Nessa divisão, era estabelecido que o Ministério da Saúde devesse assumir o atendimento das populações de mais baixa renda, enquanto o Ministério da Previdência Social assumiria o atendimento dos trabalhadores.

Esta circunstância perdura até os anos de 1960, quando a explosão demográfica, o êxodo rural e a urbanização pressionou pela existência de serviços de saúde mais disseminados⁸. Neste período, o Estado brasileiro busca estruturar e organizar os serviços de saúde e da previdência em uma única Instituição, denominada Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, por meio da reforma da Previdência Social que unificou todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs. Mas se o problema das aposentadorias e pensões foi resolvido com o INPS, o da saúde era bem mais complexo. Essa instituição (INPS) de porte gigantesco experimentou dificuldades com relação à administração e ao controle dos benefícios e serviços apesar da criação do Ministério da Previdência e Assistência Social. Para quebrar o gigantismo do INPS deu-se,

[...] a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, SNPAS (Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977). Organizado por funções, criou duas novas entidades: o INAMPS e o IAPAS, alterando substancialmente a estrutura organizacional e a própria clientela de algumas das instituições incorporadas ao sistema, como a do INPS e da LBA; na LBA, extinguiu o atendimento médico à gestante e à criança, atividade que visava a proteger a maternidade e a infância, uma das suas principais funções, inscrita na constituição de 1946;... (ARAÚJO, 2004).

Como o país não tinha hospitais, ambulatórios e postos de saúde suficientes e a Saúde, Previdência e Assistência tinham se unificado, o Estado resolveu

⁸ Neste período apenas existia no país pequenos hospitais de campanhas ou filantrópicos, ou seja, as casas de caridades e essas instituições existiam somente nas grandes cidades cuja finalidade seria atender as questões surgidas durante a segunda Guerra Mundial. No RN um bom exemplo desse contexto, é o do Hospital Universitário Onofre Lopes, que no seu princípio não passava de uma casa de veraneio no Bairro de Petrópolis, localizado em Natal. No período da 2ª Guerra Mundial ampliou os seus leitos, devido ao grande fluxo de soldados americanos que chegavam ao Estado.

financiar os hospitais privados em processo de privatização do dinheiro público. Os médicos e empresários receberam muito dinheiro do Estado brasileiro para construção e instalações de hospitais. Desta forma, foram construídos diversos hospitais da “noite para o dia” sem objetivos bem definidos. Neste sentido, muitos recursos foram desviados e construíram hospitais sem nenhuma adequação ou sem levar em consideração as reais necessidades da população. Os médicos ficaram conhecidos como “os ratos de branco”. Os mesmos correlacionavam consultas médicas ao dinheiro repassado pelo INAMPS, ou seja, quanto mais consultas, mais dinheiro. Sendo célebres os partos cesáreos realizados nos homens (SORRENTINO, 1995).

Ocorreu toda uma apropriação indevida do dinheiro público e este fato era muito normal porque aconteceu justamente no governo militar estabelecido a partir de 1964 distinguindo-se por forte censura, ausência de eleições, controle do Congresso Nacional e repressão violenta aos opositores, considerados subversivos, independente desses lutarem com uso de armas ou não (FALEIROS, 2000). Ademais, os empresários davam apoio ao governo militar e, nesse caso, o Estado investiu na criação das condições gerais de acumulação capitalista. Pois, segundo Jacobi (1989), nos regimes autoritários, as políticas sociais são elaboradas em função das necessidades do capital, caracterizando-se pelo conceito de eficiência econômica, na qual a economia prevalece sobre o social. A centralização do poder permitiu a implementação de mudanças na gestão da força de trabalho sem que a mesma ousasse se rebelar.

Desta forma, para Faleiros (2000), as políticas públicas implantadas durante o regime militar apresentavam características ditatoriais e estatizantes, presentes na repressividade, centralidade, autoritarismo e desigualdade. Mas apresentava mudanças frente à política social praticada anteriormente. No que se refere à Seguridade Social, por exemplo, foi ampliada de acordo Behring e Boschetti (2008) para os trabalhadores rurais através do Funrural em 1971; para os autônomos e jogadores de futebol no ano de 1973 e aos ambulantes em 1978.

Neste contexto, o modelo de política de saúde no Brasil nos anos de 1970, de acordo com Mendes (1995) constitui-se como médico assistencial privatista em particular no atendimento curativo, individual e especializado. Este modelo caracteriza-se por se fundamentar em três aspectos que formavam o tripé de sua sustentação, que eram: o Estado, como grande financiador do sistema através da

Previdência Social; o Setor Privado Nacional, como o maior prestador de serviços de atenção médica; e, o Setor Internacional, como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos bio-médicos e medicamentos.

Essa estrutura favoreceu-se por uma série de mudanças e reformas ocorridas durante a década de 1970, das quais se destacam: a separação da área previdenciária da área de trabalho, através da lei 6.034 que criou o ministério da Previdência e Assistência Social; a implantação do Plano de Pronto Ação - PPA, que universalizou a atenção às urgências; a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS (MENDES, 1995).

O PPA e o FAS favoreceram significativamente o setor privado, que beneficiado por sua ação combinada, garantiu não somente o mercado como também expansão física a este setor. Na década de 1970 consolida-se separação das ações de saúde pública, das ações de atenção médica, das quais as primeiras por não serem rentáveis são assumidas pelo Estado, enquanto as demais pelo setor privado, intermediado pela Previdência Social. A lei 6.439 que criou o Sistema Nacional de Previdência Social – SINPAS contribuiu para a base jurídica legal do sistema de saúde nos anos 1970. Neste mesmo período, a Central de Medicamentos – CEME, foi incorporada pelo SINPAS, criando o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste – PIASS, primeiro programa de medicina simplificada em nível federal (MENDES, 1995).

As conjunturas políticas e econômicas desfavoráveis na década de 1970 geradas pelo fim do “milagre brasileiro” e pela crescente crise sócio-econômica põem em “xeque” o modelo de saúde vigente na época. Estruturado hierarquicamente em quatro subsistemas, de acordo com Mendes (1995), este padrão distribuía-se da seguinte forma:

- Subsistema de Alta Tecnologia – SAT: que se caracterizava pelo uso da alta tecnologia, organizando-se em torno dos hospitais universitários, sem, no entanto, se configurar em espaço orgânico de articulação dos interesses das elites médicas e dos produtores privados.
- Subsistema Privado de Atenção Médica Supletiva – SAMS: o qual procurava atrair mão-de-obra qualificada das grandes empresas através do aproveitamento dos incentivos do convênio particular, o principal interlocutor desse subsistema era a Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

- Subsistema Privado Contratado e Conveniado – SAC: que assumia a hegemonia frente aos demais. Sua sustentação política ocorria pela federação brasileira de hospitais e pela federação das casas de misericórdias, contando com o apoio da burocracia previdenciária e de alguns sindicatos de trabalhadores.
- Subsistema Estatal – SE: consistia no Ministério da Saúde, das secretárias estaduais e municipais de saúde. Esse subsistema praticava a medicina simplificada visando a atender os segmentos da população que não se encontrava integrada economicamente.

Este modelo supramencionado não permitia atendimento satisfatório à totalidade da população brasileira, beneficiando a classe dominante em detrimento da maioria da população. O modelo médico assistencial privatista entra em crise no final dos anos 1970, devido não somente as contradições inerentes ao mesmo, mais também a prática médica dominante que se baseavam em aspectos curativos reabilitadores mas incapazes de alterar as taxas de morbimortalidades. O dilema que surge em todo esse processo relaciona-se com a pequena força política dos segmentos mais pobres e sua consequente desorganização em conjunto com a pouca sensibilidade social dos neoliberais, provocando a transformação das políticas públicas em uma neofilantropia.

O regime repressivo e autoritário perdurou até a década de 1980, quando a abertura democrática e a nova República frente às pressões populares iniciaram processo de transformação da política social que teve seu ápice na Constituição Federal de 1988, configurando-se como resultado das pressões populares e dos conflitos existentes entre os diversos grupos presentes na Assembléia Nacional Constituinte. O resultado dos intensos conflitos travados no Congresso Nacional se constituiu em uma Carta Magna de caráter liberal, democrática e universalista. Neste contexto para Cohn (1999, p. 27):

[...] a questão que se coloca hoje, para o setor saúde, no interior da transição democrática, alias como para os demais setores, é exatamente como conciliar as profundas desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira com a democracia, num contexto de crescente invisibilidade social da desvalorização das políticas sociais no geral reforçadas pelo discurso da eficiência e da moralização administrativa, tão atual hoje no país, e exatamente quando se propõe a universalização desses direitos sociais.

Em uma conjuntura de transição democrática e de crise econômica, a década de 1980 se configurou em uma constante busca de soluções e reconfigurações da política de saúde no Brasil, surgindo dois grandes projetos sanitários alternativos: o hegemônico - vinculado ao mercado e defendido pelos neoliberais caracterizava-se por ser uma proposta conservadora de reciclagem do modelo assistencial privatista; e o contra-hegemônico – marcado pela incidência de uma Reforma Sanitária, cuja “proposta é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte pela saúde” (BRAVO, 2007, p.12).

Neste período o neoliberalismo, enquanto proposta política acentuou-se através da privatização, da descentralização e da focalização. A privatização remete a regulação dos serviços sociais aos mecanismos de mercado que, normalmente, beneficia apenas os mais ricos. A descentralização pressupõe a ocorrência de um aumento da eficácia e da eficiência dos gastos sociais, através do repasse de ações do Estado para a sociedade civil, aproximando as decisões das pessoas e dos fatos, mas apresenta um problema, ocorreu em um contexto de proposta de diminuição do Estado. A focalização surgiu como proposta conservadora ao problema dos gastos sociais que chegam em pequena proporção aos segmentos mais pobres, defendendo-se, portanto, a priorização dos recursos sociais para esses segmentos (MENDES, 1995).

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde que se constituiu no ápice da formatação político-ideológico do Projeto de Reforma Sanitária no Brasil, constituindo-se no projeto modernizador e democratizante de ampliação da consciência sanitária da população (BRAVO 2007). A Reforma Sanitária ampliou o conceito de saúde ao mostrá-la como resultado das condições de alimentação, habitação, renda, etc. Além disso, defende que a saúde é direito de todos e dever do Estado, propondo reformulação no sistema nacional de saúde.

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, antecipa-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mas já incorpora os princípios defendidos pela Reforma Sanitária, ou seja, a “universalização, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras e políticas integradas de recursos humanos (MENDES, 1995, p. 43).” O SUDS, não conseguindo superar as relações intermediárias entre o Estado e a sociedade civil e reforçando os mecanismos de

universalidade excludente caracterizado pelo clientelismo e corporativismo, foi transformado em Sistema Único de Saúde - SUS (1990) com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde – LOS.

Instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS constitui-se como um sistema de Seguridade Social⁹, englobando os princípios do SUDS. A saúde passou a ser de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988,

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Neste novo contexto, o direito à saúde objetiva o valor da igualdade entre os indivíduos. Desta forma, as responsabilidades em relação à saúde foram revistas, originando o Sistema Único de Saúde, regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, constituintes da Lei Orgânica da Saúde - LOS, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. Destaca-se a participação das entidades filantrópicas destinadas ao atendimento da população, mediante contrato ou convênio, “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada (BRASIL, 2006a, art. 24, p.115).”

A lei 8.080 publicada em 19 de setembro de 1990 estabelece as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde expressando as conquistas contidas na Constituição de 1988. Superando o conceito da Organização Mundial da Saúde – OMS, que define a saúde como “estado de bem estar físico, mental e social”, a referida lei compreende a saúde como situação vital de todo ser humano incluindo todas as dimensões humanas. Dispondo no artigo terceiro que:

[...] a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

⁹ Compreendida e transcrita em lei, como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, art.194, p.101).

A lei 8.142 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Esta lei foi promulgada devido a ocorrência de vetos presidenciais na lei anterior, dentre desses; a instituição das conferências e conselhos de saúde e a transferência direta e imediata de recursos para os Estados e Municípios. Este fato originou o surgimento de uma enorme pressão, formada por entidades da sociedade civil, reivindicando a aprovação dos artigos vetados e consequentemente a aprovação da nova lei.

O SUS tem os mesmos princípios organizativos em todo território brasileiro, cuja responsabilidade fica a cargo das três esferas do governo, federal, estadual e municipal. A partir de sua constituição, assumiu o papel fundamental de fornecedor de saúde pública no Brasil. Representando "uma conquista histórica para a sociedade, um avanço em termos de princípios, sendo até apontado como uma das propostas mais avançadas no mundo (CAMPOS *apud* CAMILO, 2001, p.154)."

Pode-se observar que, a partir de suas diretrizes, mesmo não sendo um sistema especial como pretende ser, é de fato um sistema único responsável pelo atendimento à maioria da população brasileira. Sendo assim, qualquer pessoa que esteja com alguma doença têm o direito a cuidados e tratamentos¹⁰ médicos fornecidos pelas instituições mantidas pela União, Estados e Municípios. Desta forma, os princípios éticos, organizativos e operativos do SUS (RIO GRANDE DO NORTE, 2006; IDEC, 2003), se estabelecem na:

- Universalidade: atendimento igualitário acessível a todos, independentemente de qualquer fator econômico, social ou político, visando à garantia do acesso desde o mais simples ao mais complexo tratamento;
- Integralidade: direito universal de atendimento incondicional às necessidades de saúde, considerando todos os determinantes sociais, tais quais: o ambiente, o comportamento do indivíduo, ou estilo de vida, os serviços prestados etc.;
- Equidade: forma diferenciada de tratar os desiguais (proporcionando mais a quem necessita mais), ou seja, buscando diminuir as desigualdades sociais,

¹⁰ Dentre os cuidados pode-se citar os especializados em: medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, serviço social, etc. Enquanto os tratamentos correspondem a: consultas, cirurgias, exames laboratoriais, raios-X, tomografia, medicamentos etc. (IDEC, 2003).

- Rede regionalizada e hierarquizada: com três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Como as maiorias dos municípios não conseguem atender todos os tipos de problemas de saúde, os serviços devem se organizar regionalmente, obedecendo a uma hierarquia entre eles. As questões menos complexas devem ser atendidas nas unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral até chegar ao hospital especializado;
- Descentralização¹¹: estabelece que as decisões orçamentárias e executivas dos serviços deverão permanecer o mais próximo possível da população, cuja responsabilidade é do poder local;
- Participação do setor privado: como complemento através do setor filantrópico e sem fins lucrativos (contratos e convênios) mantendo o caráter público dos serviços;
- Racionalização dos serviços: no sentido de atender a população de acordo com suas reais necessidades, considerando as especificidades de cada região;
- Eficácia e na eficiência: no que se refere a solucionar as questões locais, seja essas individuais ou coletivas através da prestação de serviços de qualidade, com técnicas ajustadas ao diagnóstico social de cada localidade. Considerando também, a disponibilidade de recursos públicos para que os mesmos sejam alocados da melhor forma possível, evitando assim os desperdícios; e no,
- Controle Social: como um espaço de participação social nas decisões públicas, por meio dos conselhos e das conferências de saúde. Envolvendo a participação de todos os indivíduos deste o prefeito, usuários, trabalhadores da saúde etc.;

O SUS por ser um sistema universal favorece toda a sociedade, mesmo aqueles sujeitos que têm planos privados de saúde beneficiam-se através das campanhas de vacinação, ações de prevenção e de vigilância sanitária, atendimento de alta complexidade etc.. Portanto, o sistema de saúde brasileiro não se limita a consultas ou internações, mesmo com recursos limitados, amplia seu atendimento a

¹¹ Esta questão será discutida a partir da próxima parte (p.54).

doenças como a AIDS e transplantes de órgãos primordiais para o ser humano, como do: coração, fígado, rins, dentre outros.

As principais atribuições do SUS de acordo com o artigo 200 da Constituição Federal de 1988 são:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitárias e epidemiológica bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV- participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V- incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI- fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL,1988).

A Constituição Federal de 1988 procura garantir a todos o direito à saúde. Para o Estado, a garantia de saúde se constituiria em dever e a implementação desse direito formalizou-se na construção de um processo de descentralização dos serviços, que envolveu as diversas esferas do poder público e a comunidade em geral. Evidentemente, a União não concentrou na esfera pública o atendimento a saúde, ou seja, permitiu que a iniciativa privada também participasse de forma complementar do SUS, criado para atender a população. Assim, as entidades privadas passaram a contribuir para a garantia do direito a saúde. Essa contribuição estaria regulamentada segundo diretrizes estabelecidas em contrato de direito público ou convênio. As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos tem a prioridade em relação às privadas, no que tange a firmar convênio ou contrato para com o Estado no atendimento à saúde (BRASIL, 1988).

Este atendimento universalizado encontrou limites estruturais significativos, pois os valores repassados pelo governo federal para os hospitais, além de irrisórios são desviados por entidades que não tem o menor compromisso social. Este fato

implicou o deterioramento total do sistema de saúde, provocando uma verdadeira insatisfação e descrédito por parte da população usuária. A falta e o desvio dos poucos recursos existentes, tanto na capital como nos pequenos municípios, amplia significativamente as mortes no sistema público de saúde, seja por falta de atendimento, infecção hospitalar ou negligência médica, aumentando também as transferências de pacientes interior/capital em busca de atendimentos, pacientes cujas patologias poderiam ser sanadas na rede básica ou mesmo de média complexidade, sem necessariamente, dirigir-se aos centros considerados de alta complexidade. O que leva a refletir, sobre as relações sociais próprias do sistema capitalista que com suas particularidades periféricas que dificultam o desenvolvimento das políticas sociais em especial as voltadas para a saúde.

Após 22 anos da elaboração e implantação da Constituição Federal, os direitos garantidos por lei não foram plenamente implementados pelos governantes. O primeiro governo eleito democraticamente pós-regime militar assumiu uma política econômica que tinha como base a abertura indiscriminada do mercado aos produtos estrangeiros aliada ao confisco da poupança que gerou uma grave recessão no país. Desta forma, a política econômica neoliberal, aliada a recessão econômica implicou sérios cortes nos recursos que seriam direcionados para a política social no Brasil. Os cortes nos gastos sociais prejudicaram significativamente a manutenção do SUS. Com a queda do Presidente Collor devido ao “impeachment”, assumiu o poder o vice-presidente Itamar Franco. Mas a mudança de presidente não alterou as condições precárias do atendimento público de saúde. Nem mesmo o governo de Fernando Henrique Cardoso - FHC, e o Plano Real que em seus primeiros anos garantiram um aumento do poder aquisitivo da população, ao combater a inflação favoreceu a melhoria das políticas sociais em especial a da saúde.

As políticas econômicas da década de 1990, marcadas profundamente por elevadas taxas de juros, que tinham como objetivo atrair o capital internacional, garantiram o equilíbrio da balança de pagamento e permitiram que o governo mantivesse sua política comercial e sua inflação muito baixa, mas provocou a deteriorização gradual das políticas sociais. No governo FHC,

[...] os direitos sociais foram objeto de mutilação, redução e supressão em todas as latitudes onde o grande capital impôs o ideário liberal; o Brasil de FHC quanto a isto, apenas reiterou a receita: a governabilidade do País, conforme a equipe de FHC, dependia fundamentalmente de flexibilização desses direitos (NETTO, 1999, p. 81).

Nos diversos segmentos que são alvos da política social brasileira, praticamente todos, sem exceção, sofreram com a redução, manutenção ou crescimento não proporcional às necessidades dos recursos voltados para o social. Os cortes nos gastos sociais ocorreram devido à explicação governamental de que era necessário gerar superávit primário para pagamento do serviço da dívida interna. Dívida esta que foi dilatada no governo FHC. Para ter uma noção da ampliação da dívida interna, entre 1994 e 2002, ela saltou de 60 bilhões para mais de 700 bilhões de dólares (ISTO É DINHEIRO, 2002).

A política de saúde foi intensamente prejudicada no governo FHC, tanto no que se refere a sua estrutura física como humana, pois a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF, apresentada como salvação da saúde brasileira, possibilitou apenas um pequeno aumento nos gastos com a mesma, uma vez que, “os recursos gerados pela CPMF foram desviados de sua destinação pelo governo FHC (NETTO, 1999, p.83).” Além de que, neste período ocorreu:

[...] um processo de universalização excludente, pois a inclusão de vários setores sociais não foi acompanhada por investimento no setor, mas ao contrário com racionamento de gastos, piorando a qualidade dos serviços, afastando do setor público a classe média da sociedade, que migrou para os planos de saúde privados. Do ponto de vista social, ocorre um reordenamento do setor social, com segmentação da clientela, retraduzindo uma velha fórmula de cidadania regulada (GIOVANELLA *apud* CAMILO, 2001, p. 155).

Cidadania promovida pelo pensamento neoliberal, escrita nas regras previdenciárias, ou seja, cidadania e ocupação, porque somente os indivíduos que se encontravam num posto de trabalho reconhecido e oficialmente legitimado são considerados cidadãos.

A IX Conferência Nacional de Saúde tornou-se um dos marcos dos anos 1990, por ressaltar em suas discussões o processo de municipalização das ações de saúde. Ressaltando que, nesse período, a política de saúde foi adaptada à política neoliberal, resultando assim, no enfraquecimento do Estado através da delimitação de suas funções, da redução de seu grau de intervenção e contenção dos gastos e a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidades e a focalização das políticas e ações. De acordo com Bravo (2007), procura-se garantir, no campo da saúde, um mínimo aos que não podem pagar por um atendimento

médico, ficando para o setor privado o atendimento aos que tem condições financeiras de pagar pelo mesmo. Muito embora, o que se percebe é que até esse mínimo vem sendo negada a grande parte dos usuários do SUS.

Em síntese, todas as dimensões econômicas e sociais foram atingidas no Brasil na década de 1990 pela adoção de uma política neoliberal. Resultando em um processo de refilantropização e mercantilização da política de saúde, ocorrendo um repasse de transferência de responsabilidades que ocasiona promoção ao individualismo e a privatização de bens e serviços essenciais a população de baixo poder aquisitivo.

A eleição de Luís Inácio Lula da Silva, para Presidente da República em 2002 representou uma reação da população brasileira contra o projeto neoliberal. Não se esperava grandes transformações, mas acreditava-se que estaria iniciando um novo momento histórico, pois pela primeira vez no País se elegia um projeto cuja origem não representava os interesses da burguesia. Entretanto, as propostas e reformas adotadas pelo governo Lula dão continuidade a Contra-Reforma do Estado implementada por FHC, ocorrendo no Brasil uma diminuição dos espaços públicos democráticos e uma ampliação do setor privado, esse processo se faz presente tanto nas atividades ligadas a produção econômica, como no espaço dos direitos sociais conquistados constitucionalmente (BRAVO 2007).

As crises e transformações que o Brasil tem passado no início do novo século atingiram severamente as políticas sociais repercutindo nas políticas de saúde. Existia uma expectativa segundo Bravo (2007) que o atual governo Lula tornasse o projeto de Reforma Sanitária mais forte. No entanto, percebe-se que ora o governo Lula fortalece o projeto privatista e em alguns aspectos fortalece o da Reforma Sanitária, além de que, a concepção de Seguridade Social não é cumprida conforme o texto constitucional. Aspectos centrais como “universalidade das ações; financiamento efetivo; a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos (BRAVO, 2007)”, não estão sendo enfrentadas como se deveria na atual conjuntura. Em junho de 2005 foi realizado o 8º Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde na câmara dos Deputados Federais, no encerramento deste evento foi elaborada a “Carta de Brasília” destacando algumas sugestões e confirmando o compromisso com o SUS, com a Seguridade Social e com o Projeto de Reforma Sanitária.

A análise após o primeiro governo Lula (2003-2006) é de que a disputa entre os dois projetos hegemônicos na saúde continua. Segundo Bravo (2007) inexistiu no País vontade política e financiamento para viabilizar algumas propostas da Reforma Sanitária. Ressaltando que a articulação do Estado com o mercado continua, a implementação de políticas sociais de cunho focalista e o processo de universalização excludente também fazem-se presentes na atual conjuntura.

Desta forma, somente reformas nos sistemas tributário, previdenciário e político poderão reverter o quadro atual de baixa qualidade e quantidade no que se refere aos direitos sociais, em especial o da saúde. A sociedade organizada deve pressionar os poderes constituídos para que seus direitos sejam assegurados, pois ao contrário, os políticos brasileiros, comprometidos apenas com seus interesses, desmontarão uma constituição que assegurava os direitos a toda população. A política de saúde nos últimos anos tem sofrido mudanças significativas, embora essas mudanças sejam tão lentas que não amenizam o sofrimento da população de baixo poder aquisitivo que necessita de atendimento público de saúde, principalmente daqueles indivíduos que migram de suas localidades de origem em busca de serviços e tratamentos médicos.

Analisando, que a política de saúde no Brasil é uma arena de luta entre o Estado, a Sociedade e o Mercado, para compreendê-la é necessário inseri-la no contexto da sociedade capitalista brasileira, cujas características são marcadas fortemente por uma estrutura centralizada, pelo clientelismo e assistencialismo. Embora, considerando o quadro de reformas ocorridas na área social, a da saúde é a única realmente reformada, se comparada com as reduzidas mudanças e renovações das outras áreas. Na década de 1990, uma das primeiras políticas a sofrer o processo de descentralização foi a da saúde. Apesar de que, a concretização do SUS vem ultrapassando diversos obstáculos em seu processo de descentralização apesar da crise fiscal e financeira da União desencadeada pelo colapso da dívida externa e interna.

3.2 - A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.

As discussões sobre o processo de descentralização da política de saúde no Brasil iniciaram-se na 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963, sendo bloqueado

pelo golpe militar que ampliou a participação do setor privado na oferta de serviços na área da saúde impulsionado pelo mecanismo de financiamento de investimento do FAS. Nos anos 1980 o debate sobre a descentralização retorna com a implementação das Ações Integradas de Saúde – AIS (1983), sendo incorporada na Constituição de 1988, surgindo como uma estratégia de resolução gerencial para a reestruturação do Estado.

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 estabelece a organização do sistema de saúde de forma regionalizada, descentralizada e hierarquizada. Buscando a promoção de uma rede pública de atendimento que inclua toda atenção a saúde do indivíduo, desde a prevenção até a recuperação, envolvendo a participação popular junto às decisões, a execução e a fiscalização dos serviços e recursos relacionados à saúde. Neste caso, as Conferências Nacionais de Saúde contribuem no direcionamento das ações de saúde por contar com a participação de entes federais, estaduais e municipais de diversas regiões do País.

O processo de descentralização da política de saúde no Brasil recebeu grande impulso com o progresso da abertura democrática nos anos de 1980. Configurando-se como um Sistema Único de Saúde cujas normas, regulamentos e regras que o determinam são conduzidos pela União, restando para os Estado e Municípios, a co-responsabilidade pela prestação dos serviços (SIQUEIRA; OLIVEIRA; PINTO, 2002).

Segundo Draibe (1999), a mais expressiva transformação do SUS desde o seu estabelecimento foi a descentralização da participação pública na forma de municipalização por trazer para próximo da população usuária as decisões e medidas que levam em consideração o contexto demográfico e social de cada região na oferta total dos serviços. Desta forma, para Weigelt (2006), a descentralização da política de saúde de forma municipalizada, requer dos governantes locais um fortalecimento tanto a nível financeiro como institucional para que os mesmos desenvolvam sua capacidade socioeconômica adquirindo autonomia na gestão do sistema local de saúde. A participação dos usuários, trabalhadores da saúde e da sociedade em geral poderá contribuir para a municipalização promovendo avanços na democratização na área da saúde, através dos processos decisórios e do controle social das políticas e programas a serem desenvolvidos na localidade.

Neste contexto, a expansão da atenção básica apresenta-se como a principal responsável pela reforma na área da saúde nos anos 1990. De acordo com Draibe

(1999), no período de 1980 a 1992 a participação dos municípios ampliou-se de 14,6 % para 37,6% no total de estabelecimentos de postos de saúde. Essa disposição a municipalização da saúde continuou aumentando nos anos seguintes, atingindo também as unidades hospitalares, pois a rede municipal de hospitais de 4,4% passou para 8,1% em 1994, ampliando também o total de leitos que de 3,9% passou para 7%. Embora a implantação da descentralização da política de saúde no Brasil foi bem diversificada. Pois, nas regiões onde a municipalização avançou os gestores arcaram com demandas em extensão, implicando em pressões sobre, os gastos municipais e sobre a capacidade gerencial, para organizar um sistema que por si mesmo já é complexo e no qual e os gestores nem sempre pode contar com recursos humanos de qualidade.

Neste sentido, o compasso e a amplitude do processo de descentralização na área da saúde não foram lineares alterando-se em cada região devido a diversos fatores dentre esses: a transferência de responsabilidades não acompanhada de recursos financeiros, materiais e humano suficientes para prestação de serviços de qualidade.

A Constituição Federal de 1988 definiu que o financiamento para o SUS é proveniente da Seguridade Social, da União, dos Estados e dos Municípios. Os recursos da Seguridade Social decorrem das fontes que compõem seu fundo de orçamento¹². Mais por serem indeterminadas no texto constitucional, as fontes específicas de recursos para a Saúde, Assistência e Previdência geraram-se diversos conflitos porque todos eram provenientes do Orçamento da Seguridade Social (MELO 1999). Após dez anos de implantação do SUS, a Emenda Constitucional – EC n. 29 é aprovada em 2000, definindo as políticas de saúde, como políticas de Estado e não de governo. Fortalecendo assim, os instrumentos de controle governamental e social, na aplicação dos recursos destinados ao sistema de saúde, ao estabelecer a dependência dos recursos a partir da União, dos Estados e dos Municípios, garante financiamentos mínimos necessários aos serviços públicos de saúde (SIMÕES, 2008).

¹² Contribuição sobre o Faturamento da Empresas – COFINS; Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas – CSLL; Contribuição Social sobre o Programa de Integração Social – PIS; Contribuição Social sobre Folha de Salários dos Empregadores, Empregadores e Trabalhadores Autônomos; Contribuição sobre o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP, interligado ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT (MELO 1999).

De acordo com Elias (2003), as questões relacionadas à estruturação e funcionamento do Sistema de saúde atualmente são complexas, pois o processo de descentralização ocorre de forma limitante e limitada. O financiamento permanece declinando em termos quantitativos, ou seja, com relação aos recursos disponíveis que continuam precários para prestar um serviço de qualidade à população e qualitativos no que se refere à estabilidade e tipo de fontes de recursos. Neste sentido, o controle social procura abrir caminhos mediante uma sociedade desestimulada para praticar os atos de cidadania e um Estado totalmente desabitado a ter suas ações controladas pela sociedade.

A concretização do SUS sugere muito mais um discurso sobre o que se busca estruturar ou até mesmo o que deveria ser do que propriamente é, considerando que a forma de organização dos serviços de saúde atualmente no Brasil, encontra-se bem longe de fazer jus a qualificação de sistema. Por que analisando o funcionamento concreto dos serviços de saúde, não encontramos de acordo com Elias (2003), nenhuma base empírica para caracterizá-los ao menos como elementos de um conjunto cujo objetivo visa a atender às necessidades sociais relacionadas à área da saúde.

Este sistema como é caracterizado, compreende os serviços públicos de saúde á nível federal, estadual e municipal, abrangendo também os serviços privados lucrativos e não lucrativos¹³. A parte não lucrativa constitui-se nas instituições beneficentes e filantrópicas, cujas fontes de financiamento estão vinculadas ao Estado através do pagamento pela prestação de serviços ou pelas isenções de taxas de impostos federais, estaduais e municipais. Quanto ao privado lucrativo independe dos recursos do Estado, sua maioria não tem nenhum vínculo com o SUS, mais beneficiam-se do mesmo através da renúncia fiscal no momento do recolhimento dos impostos, ou seja, os gastos realizados pelas empresas com plano de saúde para seus funcionários são descontados do imposto de renda, (ELIAS, 2003).

Neste contexto, para Behring (2008), os recursos continuam fortemente concentrados e centralizados na União que tem um poder maior de tributação e de financiamento contrapondo-se a orientação constitucional da descentralização. Além

¹³Não lucrativos - Hospitais Einstein, Sírio-Libanês, Beneficência Portuguesa, Liga Norte Rio Grandense Contra o Câncer, etc.

Lucrativos – Diversos hospitais (no RN podemos encontrar o Papi, a Promater, o São Lucas), clínicas e laboratórios de radiologia.

de que, a carga tributária no Brasil é regressiva, pois os impostos e contribuições incidem sobre os trabalhadores de menor renda através do consumo básico, não promovendo a distribuição de renda, colaborando para concentração da riqueza em detrimento do grande número de pobres.

Para entender a regressividade e a progressividade dos tributos e impostos é preciso analisar as bases de incidência dos mesmos que podem ser caracterizados em diretos ou indiretos. Os impostos diretos advêm da renda e do patrimônio e não são passíveis de substituições para terceiros, considerados apropriados para a questão da progressividade. Quanto aos tributos indiretos, são regressivos por incidir sobre a produção e o consumo de bens e serviços, sendo possível e facilmente transferido para o preço dos produtos adquiridos pelos trabalhadores. Por isso as fontes de financiamento da Seguridade Social são tidas como regressivas, permanecendo separadas das fontes de recursos provenientes dos impostos diretos de patrões e empregados que sustentam a previdência e as contribuições sociais relacionadas à movimentação financeira, ao faturamento e o lucro que são direcionadas para as políticas de saúde e assistência (BOSCHETTI; SALVADOR, 2007).

Os recursos da seguridade social no Brasil que deveriam ser destinados às políticas sociais, são realocados para o pagamento de juros da dívida interna. Essa transferência de recursos do Orçamento da Seguridade para o Orçamento Fiscal retira recursos da população de um baixo poder aquisitivo e repassa para os que gerenciam o capital financeiro. Parte das elites procuram tornarem-se sócios do fundo público sem, no entanto, serem tributados, fato este, facilmente perceptível através da baixa taxa de impostos diretos que lhes são atribuídos (BOSCHETTI; SALVADOR, 2007). Ademais,

[...] a política fiscal iniciada durante o governo FHC (1994-2002) e mantida durante o governo Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006), vem sendo fortemente orientada pelas recomendações estabelecidas nos acordos firmados entre o governo brasileiro e o Fundo Monetário Internacional- FMI, a partir de 1998 (TEIXEIRA, 2005 *apud* BEHRING, 2008, p.165).

O Banco Mundial em 1993, propõe que os governos financiem os serviços clínicos fundamentais (atenção básica) ¹⁴ e de saúde pública enquanto os demais

¹⁴conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a

serviços clínicos deveriam ficar sobre a responsabilidade da iniciativa privada (WEIGELT, 2006). Neste caso, a integração de um financiamento caracterizado induz diversas elucidações que se sobrepõem e, de certa forma, se perpetuam no que se refere à incapacidade de soluções para os problemas apresentados pelo sistema de saúde. A desarticulação entre a atenção básica e os demais serviços prestados são fatores sempre presentes nessas explicações. Pois, a atenção básica é financiada por programas e pela renda per capita, enquanto a média e alta complexidade é paga por procedimentos, sendo difícil avaliar sua eficiência, porque a maioria desses procedimentos é realizada na rede privada principalmente os de alta complexidade. Outro fator explicativo é a incapacidade de soluções plenas e eficientes para os problemas de saúde prestados a população através da atenção básica, provocando sobrecarga nos níveis de média e alta complexidade. Essa grande demanda deve-se ao financiamento que não é suficiente para absorver os encaminhamentos necessários (NOGUEIRA; MIOTO, 2007). Além de que,

[...] Muitos municípios não assumiram os serviços médicos com afinco, deixando de investir recursos próprios, o que contraria a Constituição e incentiva a população a congestionar os municípios mais próximos, que ofereçam melhores serviços (SIMÕES, 2008, p.136-137).

Em diversas capitais as filas para consultas, exames ou cirurgia são extensas. A inexistência de médicos, medicamentos, leitos para internação é algo que se tornou corriqueiro. Além de que, devido às condições precárias de trabalho, os profissionais nem sempre realizam um atendimento humanizado para com a população. Embora, o contexto nos hospitais privados não é muito diferente, pois, diversos serviços essenciais (odontológicos, neurológicos, otorrinos e principalmente aqueles relacionados à saúde mental) são limitados ou inexistentes (SIMÕES, 2008).

É importante mencionar que, não é o SUS que não funciona bem, porque a implementação do sistema de forma integral depende da concretização dos repasses dos governos e do Fundo Nacional de Saúde estadual e municipal, ou seja, o funcionamento efetivo e de qualidade depende essencialmente e diretamente

manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações... (BRASIL, Portaria 648).”

de recursos e das políticas econômicas. Pois, os determinantes sociais¹⁵ intervêm fortemente no alto grau de doenças da população e as verbas públicas destinadas à saúde são insuficientes (SIMÕES, 2008).

O financiamento dos serviços públicos de saúde que favorecem o funcionamento das atividades de saúde ocorre através de duas modalidades: a) por meio da locação de seguro obrigatório ou de contribuição compulsória regulada pelo Estado (contribuições dos empresários e empregados ao INSS), vale registrar que, este repasse de verba está suspenso desde o ano de 1993; b) através dos recursos fiscais obtidos dos impostos, tributos, taxações ou outras contribuições realizadas pelo Estado. Neste caso, os recursos destinados ao SUS constitucionalmente estão vinculados ao Orçamento da Seguridade Social, cuja fonte de financiamento provém dos recursos tributários e fiscais que são calculados pela Lei de Diretrizes Orçamentária – LDO. Através desta lei, é determinado o percentual dos recursos coletados pelo Sistema Previdenciário que será repassado para o SUS, sendo anualmente aprovado pelo Congresso Nacional, (ELIAS, 2003).

Quanto ao financiamento dos serviços de saúde através dos recursos privados ocorre por meio dos seguros voluntários e pelo desembolso direto. No primeiro caso, o pagamento de uma dada mensalidade cobre o acesso à determinada oferta de serviços acordada por meio de contrato (denominados por planos de saúde) e no segundo caso, o pagamento é realizado diretamente pelo usuário para o profissional ou instituição que prestou o serviço (ELIAS, 2003). Em síntese, no Brasil, o financiamento para o setor saúde é predominantemente público e a prestação de serviços é basicamente privada, especialmente na rede hospitalar. Neste caso, considerando os desperdícios e o excesso de fraudes constatadas no setor, pode-se afirmar que o sistema de saúde brasileiro revela um,

[...] padrão de organização de serviços excludente e iníquo, que destina ao setor público a vocação para responsabilizar-se pelos estabelecimentos de mais baixo custo, grande produtor de atendimento elementar e voltado para a atenção primária em saúde, enquanto o setor privado concentra-se

¹⁵ Segundo Nogueira e Miotto (2007, p.229) “[...] os fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética); o meio ambiente (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação); (...) os meios sócio-econômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde...”.

fundamentalmente na atividade hospitalar e nas consultas médicas aos pacientes externos (ELIAS, 2003, p.81).

Desta forma, a organização do SUS recebe forte influência da perspectiva neoliberal através dos mecanismos da rede privada de saúde em detrimento das necessidades sociais, mais especificamente as relacionadas à saúde/doença, dificultando assim, as formas de acesso aos serviços prestados à população. Sendo repassado pelos meios de comunicação somente as fragilidades do SUS influenciando a população a não defender seu direito a saúde e utilizando ideologias sobre um sistema privado eficiente para que a população adquira um plano de saúde, fortificando mais e mais um atendimento privatizado que poucos terão acesso.

Os fatos mencionados contribuem para que o SUS seja limitado quanto à cobertura oferecida, segmentado no acesso aos serviços, desigual na forma de tratamento ofertado à população usuária e injusto no atendimento às necessidades sociais principalmente daqueles indivíduos de baixo poder aquisitivo. Transformando assim, em “letra morta” os princípios e diretrizes da LOS. Consolidando na saúde o “Estado de Mal-Estar Social” (expressão utilizada por Francisco de Oliveira) presente no País. Pois, 40% da população têm acesso à medicina privada (subsidiada pelo Estado), tecnicamente comparável aos países de primeiro mundo, cuja economia de mercado encontra-se materializada. Por outro lado, 60% da população brasileira encontram-se dependente de um sistema de saúde deteriorado e de difícil acesso, devido ao desinvestimento público (ELIAS, 2003).

Neste contexto, Paim (1999) apud Trevisan; Junqueira (2007) cita quatro diferentes sistemas de saúde que deveriam ser um único:

- O SUS para os pobres: que atende a população de acordo com as condições que a conjuntura específica do momento e da unidade de saúde permite em cada município, ou seja, a prática comum é a do atendimento possível;
- O SUS legal: escrito na LOS e nas NOBs;
- O SUS real: caracterizado pela inexistência de controle, pelas fraudes e pelas dificuldades de fiscalização; e,
- O SUS democrático: almejado por todos que lutam por uma reforma sanitária.

É importante enfatizar que, as críticas à operacionalização do SUS deve levar em consideração as dificuldades orçamentárias enfrentadas pelo Estado para

implantar o atendimento a saúde de maneira universal. Além de que, a implementação do SUS aconteceu paralela à pressão por uma centralização decisória na União e por uma divisão entre a atenção básica e o subsistema de média e alta complexidade mudanças essas impulsionadas pelos organismos internacionais, que consideraram que a intervenção do mercado na saúde não garante atendimento a população de baixo poder aquisitivo, (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007). Sabe-se que, os organismos internacionais, principalmente o Banco Mundial, defendem propostas de caráter universalizante, mas são de dimensões limitadas, pois muitas dessas propostas são “disfarçadamente” de cunho neoliberal.

Viana e Machado (2009) consideram que, a descentralização do SUS a partir dos anos 1990 foi fortemente influenciada por diversos cenários políticos, adequando-se ao contexto da contra-reforma do Estado e, por outro lado, opondo-se a centralização de recursos. É importante afirmar que, o principal agente impulsionador do processo de descentralização da política de saúde no Brasil é a existência de um consenso político-partidário, desde o final da década de 1980, defendendo que, independente das conjunturas desfavoráveis, a descentralização dos serviços de saúde deve avançar. Esses debates são palco de diversas perspectivas ideológicas e interesses políticos, que expressam as contradições entre os princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária e a perspectiva neoliberal.

Segundo Elias (2003), as insuficiências dos recursos em relação às responsabilidades com o pagamento dos serviços prestados a população, pode levar a uma reduzida falência do setor público, ocasionado pelo excesso de demanda e escassez de serviços para atendê-la. Em contrapartida, a grande procura pelo sistema supletivo impulsiona um crescimento dos custos com saúde, originando uma integração cujo financiamento privilegia a assistência mais sofisticada que demanda serviços de alta tecnologia, prejudicando seriamente os procedimentos mais simples, sejam esses clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, ocorrendo um enorme rebaixamento nos pagamentos dos serviços prestados pelo SUS, o que configura uma distribuição desigual. Por que, quanto mais complexo for o procedimento, maior será seu custo e menor o número de atendimentos que poderiam ser realizados pela rede pública.

Na expectativa de ultrapassar as dificuldades e desafios operacionais enfrentados na concretização do SUS e qualificar as conquistas obtidas com o processo de descentralização, os gestores do Sistema Único de Saúde no Brasil elaboram um Pacto Pela Saúde aprovado em 2006, cujo objetivo é reafirmar os princípios defendidos pela Reforma Sanitária. Enfatizando os determinantes sociais que influenciam o binômio saúde/doença, implicando prática articulada e integrada de demarcações entre as três instâncias do sistema. É anualmente revisado, buscando exceder a questão do financiamento e uma constante melhoria dos serviços de saúde. Desta forma, o Pacto Pela Saúde, expresso nas Portarias, número 399 e 699, apresenta três componentes, que são:

- Pacto Pela Vida: compõe-se por diversos acordos sanitários provenientes da condição de saúde da população em geral e das prioridades estabelecidas pela gestão federal, estadual e municipal. As finalidades e preferências desse pacto se resumem: ao fortalecimento da atenção básica e da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias (dengue, tuberculose, malária, hanseníase, etc.); a ascensão da saúde; diminuição da mortalidade infantil e materna; saúde do idoso e controle do câncer de mama e do colo do útero. Para cada uma dessas prioridades, foram definidas metas e objetivos em todo o País. Mas considerando as desigualdades regionais, cada Estado ou Município poderá acrescentar prioridades com base no contexto local definindo assim, metas que dêem respaldo às necessidades de cada localidade, sem perder de vista o pacto nacional, (BRASIL, 2006b).
- Pacto em Defesa do SUS: busca articular as ações da União, do Estado e dos Municípios, destacando o SUS como uma política de Estado e não de governos, defendendo os princípios éticos e organizativos do sistema de saúde, garantidos constitucionalmente. Esse pacto estrutura-se no acréscimo e fortalecimento das relações com os movimentos sociais que defendem os direitos da cidadania e da saúde; na contribuição à mobilização e articulação social no sentido de promover o desenvolvimento da cidadania, tendo a saúde como um direito; na elaboração e divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; na adesão de um orçamento unânime para o SUS, composto pelos recursos da União, do Estado e do Município apontando as responsabilidades e atribuições de cada instância de gestão conforme a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2006b);

- Pacto de Gestão: representa uma visão integral da saúde, considerando as necessidades da população que precisa de assistência pública de saúde. No sentido de integrar os serviços de saúde estabelecendo um acordo entre os gestores, ou seja, a responsabilidade pela qualidade de vida da população passa a ser partilhada pelas três esferas do governo e, neste caso, inexistem paciente federal, estadual ou municipal. Existe o cidadão exercendo o seu direito a saúde obtida por meio do SUS. Pois, o Pacto de Gestão permite identificar critérios de necessidades da população usuária do sistema de saúde possibilitando melhor atuação entre as instâncias que prestam os serviços. Através desse pacto os determinantes sociais surgem com mais eficácia por ser possível prevenir, conduzir, apreender o risco à saúde coletiva e individual, (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

Assim, o processo de reforma da política de saúde no Brasil foi regulamentado pela lei 8.080/90 e pela lei complementar 8.142/90. De acordo com Monnerat; Senna e Souza (2002), somente após três anos da publicação da LOS é que os critérios para o repasse dos recursos do governo federal para os estados e municípios tornaram-se reais. Fato este que se concretizou por meio da Norma Operacional Básica do SUS 1/93. Essa NOB entrou em vigor a partir de 1994, estabelecendo responsabilidades, pré-requisitos e benefícios para os Estados e Municípios.

3.3 - NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS - NOBS: INSTRUMENTOS DE ACORDOS INTERGOVERNAMENTAIS.

As NOBS estabelecem a forma de transferência de recursos entre as instâncias de governo e as formas de pagamentos das ações de saúde, orientando o processo de descentralização ao estruturar uma rede de serviços com capacidade de atuar de forma mais eficiente em um processo contínuo. Configurando assim, espaços de negociação e de pactuação, por formar um conjunto consecutivo de ações. No sentido de que, cada NOB origina diversas incoerências que passaram a ser decididas ou resolvidas na NOB seguinte como uma forma de ajustar o “processo de descentralização setorial à racionalidade sistêmica, aos modelos de

atenção à saúde e ao financiamento federativo e dos prestadores privados (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 499)”. As contradições presentes em cada um desses fatores podem adaptar ou desatualizam cada NOB em exercício.

A 1ª NOB originada em 1991 elaborada com base no Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde compulsava aos municípios a responsabilidade de gestores e prestadores de serviços nos seus respectivos territórios compreendendo os serviços de saúde como: públicos, privados, contratados e conveniados. De acordo com Weigelt (2006), esta NOB define três modalidades de gestão que se constituem na condição de:

- **Gestão incipiente:** na qual o gestor tem autoridade para determinar os prestadores de serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares tanto no nível público, como no privado dentro do seu município. No entanto, o município recebia do Ministério da Saúde – MS, somente o pagamento das ações médicas desde que realizadas nas unidades de saúde pertencentes à localidade, ou seja, os recursos repassados garantiam apenas a atenção básica e de vigilância sanitária. Os serviços ambulatoriais e hospitalares ficariam sobre o encargo da União. Em síntese, nesta modalidade de gestão os municípios além de mostrar capacidade para gerenciar as unidades básicas de saúde, deveriam assumir somente atividades para as quais seria considerado habilitado;
- **Gestão Parcial:** esta modalidade determinava que os municípios além das atribuições da gestão incipiente, deveriam assumir a coordenação das unidades básicas e ambulatoriais públicas existentes em sua localidade, assumindo também a responsabilidade dos serviços ambulatoriais pertencentes ao Estado. Nesta gestão, o MS repassaria mensalmente verbas referentes à diferença entre o teto constituído para as atividades ambulatorial e hospitalar¹⁶, considerando os consumos utilizados pelas unidades pertencentes e das contratadas pelo município;
- **Gestão semiplena:** o gestor municipal que aderira esta modalidade deveria assumir o planejamento, organização, contratação, controle e pagamento dos trabalhadores da rede pública e privada de saúde tanto dos hospitais como

¹⁶ “[...] teto ambulatorial calculado através da multiplicação de um valor per capita – a UCA (Unidade de Cobertura Ambulatorial), pelo total da população; e o de internação hospitalar calculado com base em uma cota física anual de internações, convencionado em 8% da população total, multiplicada pelo custo médio das internações em cada Estado... (WEIGELT, 2006, p. 36).”

dos ambulatorios. O município recebia dos MS quantidade de verba e, caso esta não fosse satisfatória para arcar com as despesas, o município responsabilizava-se pelo restante dos custos empregando seus próprios recursos. Nesta modalidade de gestão o município é integralmente responsável pelos serviços de saúde local. Sua habilitação é de responsabilidade do MS e as transferências de recursos para manutenção do sistema de saúde obedecem aos tetos hospitalares e ambulatoriais ambos antecipadamente concordados.

Desta forma, a NOB - 91 vinculava os municípios à União, deixando os mesmos separados e com uma fratura na articulação entre as três esferas de governo, impedindo conexão necessária para a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimentos recomendada pelo SUS através dos seus princípios organizativos e operativos. Esta NOB estabeleceu um sistema de pagamento por produção, no qual os municípios e os Estados eram pagos pela quantidade de trabalhos prestados valorizando assim a quantidade de serviços desenvolvidos e não a qualidade dos mesmos, transformando os sistemas estaduais e municipais em meros prestadores de serviços, impedindo suas prerrogativas de gestão nos distintos planos de gerência. Contradizendo, de acordo com Weigelt (2006, p. 36), o artigo 35 da Lei 80.80/90, que dispõe sobre a:

Transferência de recursos financeiros fundo a fundo (fundo nacional aos fundos estaduais e municipais) de forma regular e automática, segundo alguns critérios: 50% dos recursos por critério populacional e outros 50% segundo perfil epidemiológico e demográfico, capacidade instalada e complexidade da rede de prestação de serviços de saúde.

Neste caso, o patamar mínimo de um piso básico deve ser calculado de acordo com o artigo 35 da Lei 8080/90 com embasamento no número de moradores, a rede física instalada e a conjuntura epidemiológica de cada município. Segundo Nogueira e Miotto (2007), a delimitação precária do novo PAB converte os Secretários Municipais de Saúde em simples gestores do SUS ferindo a autonomia municipal. Além de que, essas medidas de ordem política, organizacional e técnica não consideram o despreparo de vários gestores na condução e definição da política

de saúde, desconsiderando também as relações pessoais existentes nos municípios fruto de uma cultura paternalista e conservadora.

O papel da União na NOB SUS - 91 torna-se estratégico na redefinição das relações intergovernamentais, pois o documento deixa claro que o gestor federal deveria atuar apenas como coordenador, repassando as transferências de responsabilidades para os Estados e Municípios sem um devido compartilhamento de poder entre as gestões.

A edição de uma nova NOB em 1993, cujo foco era a municipalização permitiu maior autonomia aos municípios ao se encaixarem na modalidade semiplena por possibilitar maior liberdade na deliberação da política de saúde local, além de propiciar aumento dos recursos federais (MELLO, 1999). Embora, a forma de pagamento pelos serviços de saúde permaneça por produção não alterando o contexto até então vigente. Promovendo apenas “mais transferência de poderes para os estados do que para os municípios, o que tem representado muito mais um processo de estadualização do que de municipalização (COSTA, 1998, p.84)”. Desta forma, sob a regulamentação da NOB - 93, a descentralização caminhou a passos lentos. De acordo Monnerat; Senna e Souza (2002), em 1997, 57% dos municípios estavam enquadrados na gestão incipiente ou parcial e 2% na modalidade de gestão plena.

A NOB SUS -93 instituiu as Comissões Intergestores Bipartite - CIB¹⁷ e Tripartite – CIT. As CIBs se constituem em instrumentos fundamentais na edificação da intergestão, sendo primordiais na construção dos sistemas intermunicipais por estabelecerem-se como espaços permanentes de negociação, decisão e planejamento de programas intergovernamental. Após esta NOB, os municípios seriam responsáveis pela gestão do sistema local de saúde, por meio das relações CIT, CIB e conselhos municipais de saúde, concretizando assim, suas ações em nível federal e estadual. Neste caso, as prefeituras deveriam assumir as responsabilidades e funções antes executadas pela União e pelo Estado.

A CIB é um instrumento de transação concernente ao processo de operacionalização da descentralização em cada Estado, tendo como função ajustar as normas apontadas na União às realidades estaduais, propondo medidas

¹⁷ A CIB é formada paritariamente por representantes da Secretária Estadual de Saúde e pelos secretários municipais de saúde dos Estados. Quanto a CIT também de composição paritária por representantes do MS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde- CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

reguladoras entre o Estado e os Municípios e dos municípios dentre si. A CIB se subdivide em estadual e regional. A instância regional é composta por Secretários Municipais de Saúde, Delegado Regional de Saúde, Conselho Regional de Saúde e técnicos da Coordenadoria Regional de Saúde (WEIGELT, 2006).

Em 1996, ocorre relativa alteração no andamento do processo de descentralização da política de saúde, através da edição de nova NOB mudando as modalidades de gestão do SUS, prevendo duas condições de gestão descentralizada. A primeira que seria a Gestão Plena do Sistema de Saúde- GPSM, pela qual o município gerenciava todo o atendimento a saúde local inclusive a rede hospitalar privada e a segunda a Gestão Plena de Atenção Básica- GPAB cabendo ao município a administração somente da rede de atendimento básico. Cada município deve priorizar as ações de saúde que correspondem a suas necessidades epidemiológicas, organizando sua estrutura de prestação de serviços conforme as vantagens comparativas que dispõe, levando em consideração as estruturas de saúde e características sociais e culturais locais (PEREIRA; VALE 2005).

Neste contexto, a universalização do acesso ao atendimento das necessidades de saúde inicia-se com a Norma Operacional Básica de 1996, implantada somente em 1998. Efetivando assim, o artigo 35 da Lei 8080/90, referente ao financiamento das ações e serviços necessários por programas pautados na promoção e prevenção da saúde e não somente por produtividade. Ocorrendo uma alteração no SUS, pois as transferências seriam fundo a fundo (automáticas), possibilitando maior autonomia do gestor municipal. Ressaltando que, os municípios habilitados em gestão plena por meio da NOB - 96 por determinação das CIBs deveriam assumir também responsabilidades mais complexas no sistema de saúde local, ou seja: os municípios não deviam limitar a prestação de serviços apenas no nível da atenção básica. Assim, grande parte dos municípios em 1998 foi habilitado na NOB-96 e no ano 2000 o percentual de municípios credenciados nesta norma correspondia a 99%, sendo que 9,5% estavam habilitados na modalidade de gestão plena (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

No entanto, o governo nacional ao incentivar o Programa Saúde da Família – PSF retirou a autonomia dos gestores estaduais e municipais impedindo assim a coordenação dos sistemas local de saúde, no sentido de programar as ações de saúde, respaldada nas necessidades epidemiológicas dos seus territórios. Originando graves implicações para a integralidade e a equidade em saúde, ao

priorizar a atenção básica sem considerar as especificidades de cada município. Ao incentivar a implantação do PSF através do valor do financiamento do Piso de Atenção Básica – PAB, altera-se diversos procedimentos característicos desse tipo de atenção. Porque, ao garantir a atenção básica como porta de entrada do SUS, o PSF procura hierarquizar a demanda desarticulando da atenção secundária e terciária (NOGUEIRA; MIOTO, 2007).

Desta forma, a NOB-96 enfatiza os programas de saúde da família e os Agentes Comunitários de Saúde, ambos de orientação focalista, priorizando a atenção básica. Contribuindo também, para com a divisão do SUS em rede hospitalar (de referência) e a rede básica (programas focalistas). Estimulando a competição entre os municípios, uma vez que estabelece incentivos financeiros para o aumento da produtividade e ampliação de responsabilidade sobre a produção de serviços. A NOB -96 vem concretizar a regulação do capital estrangeiro na saúde, rompendo com a proposta de Reforma Sanitária, cujo objetivo “é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte pela saúde (BRAVO, 2007, p. 12).”

Segundo Monnerat; Senna e Souza (2002), o papel indutor da União no processo de descentralização do SUS por meio de um anexo de programas¹⁸ transfere para os municípios o encargo com a atenção básica. Dificultando balanço desses programas devido à heterogeneidade e desigualdade regional existente no País. Devido aos diferentes instrumentos de indução utilizados pela União, o PSF se constitui em um dos principais programas em nível nacional, ganhando impulso a partir de 1998. Um dos principais mecanismos para que os municípios implantem o PSF é o financeiro e neste caso, o PAB que se constitui na configuração de financiamento da atenção básica por meio de repasse do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde passa a ser realizado de forma direta. Compondo assim, um “leque” de medidas de caráter político-financeira que têm por objetivo incentivar a disseminação das unidades do PSF e do PACS em todos os municípios. Pois, a possibilidade de aumentar os recursos repassados para os municípios, é a principal estratégia utilizada pelo governo federal para implementação dos programas.

¹⁸ PAB, PACS, PSF, etc.

Por ser considerada a porta de entrada do sistema, o funcionamento do PSF é realizado através do vínculo de uma equipe de saúde a determinado número de famílias residente em uma área do município. Para o desenvolvimento das atividades do programa é necessário cadastro e monitoramento das famílias em cada unidade de atendimento. A partir desse cadastramento e acompanhamento, o programa estabelece contato com outros serviços de saúde caso seja necessário. Um grande desafio para o programa é justamente como reorganizar a atenção básica e criar caminhos de integração entre os serviços de alta complexidade? Considerando que, as desigualdades socioeconômicas e a precariedade e ineficiência do sistema de saúde local são favoráveis as práticas clientelistas que favorecem a saúde ser vista como moeda de troca (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002).

A NOB/96 trouxe diversos avanços nas relações intergestores a nível federal, municipal, estadual e nas transferências diretas fundo a fundo, representando papel fundamental na materialização e operacionalização das diretrizes do sistema de saúde. Principalmente por destacar em seu texto alguns aspectos impulsionadores de mudança intersetoriais no SUS dentre esses podemos destacar: o aspecto epidemiológico; habilitação de programas educacionais com ênfase nas formas de informação do tipo informatizada; mudanças nas relações existentes entre os usuários e os profissionais que prestam os serviços de saúde; intervenção ambiental considerando os fatores que provocam danos a saúde e estimulando cada indivíduo a ser agente da própria saúde e da comunidade pertencente.

Por outro lado, a NOB - 96 enfatiza em seu documento uma forma individualizada entre o Estado e a Sociedade com relação à proteção social. Pois retira o papel do Estado de provedor das condições de saúde da população, responsabilizando os indivíduos por sua qualidade de saúde/doença, identificando-se assim com a perspectiva neoliberal (WEIGELT, 2006). Ademais, seu documento contém diversos equívocos em seu texto, pois em detrimento da universalização, investe mais na contra-reforma do Estado.

Neste contexto, tanto a NOB-93 como a NOB-96 contribuíram para a descentralização da saúde por redefinir as competências da União, dos Estados e dos Municípios, determinando a gestão, coordenação e prestação de serviços de saúde, relacionados à transferência de recursos para os municípios. Existe um consenso entre os autores que, os municípios que aderiram a diversos tipos de

modalidades de gestão pública apresentam melhor capacidade de coordenação na saúde, porque esses processos de gestão promovem aprendizado institucional referente às modalidades de capacitação gradativa, nas formas: incipiente, parcial e semiplena presentes na NOB- 93 e as modalidades de GPSM e GPAB presentes na NOB- 96 (WEIGELT, 2006).

Buscando promover melhor equidade e garantia de acesso aos serviços de saúde prestados à população, publicam-se em 2001 as Normas Operacionais de Assistência à Saúde do SUS – NOAS 01/01, sendo reformulada em 2002, originando a NOAS 02/02, com o objetivo de instituir a hierarquização dos serviços de saúde estabelecendo a regionalização dos mesmos. Apoiando o fortalecimento das Secretárias Estaduais de Saúde para que as mesmas coordenem a regionalização da assistência, formando microrregiões de saúde, ou seja, unindo pequenos municípios em torno de municípios considerados como pólos que apresentem capacidades para assumir a GPSM. Em síntese, a NOAS 02/02 vêm com intuito de superar os desafios e dificuldades enfrentados pela descentralização nas NOBS anteriores. Neste sentido, como as demais normas do SUS, a mesma representa reorientação para implantação do sistema de saúde no Brasil. Tornando-se “[...] uma macroestratégia de regionalização, pactuada de forma tripartite e prevista na Lei Orgânica da Saúde (WEIGELT, 2006, p. 42).”

Neste contexto, os desafios colocados para a NOAS são numerosos, pois esta NOB disponibiliza instrumentos para os gestores agenciarem a reorganização do SUS, buscando garantir a equidade no acesso às ações e serviços de saúde entre os níveis de complexidade. Para isso, a NOAS 02/02 têm como prioridade: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização; o fortalecimento da capacidade gestora do SUS; e, a atualização dos critérios e do processo de habilitação de Estados e Municípios. Este último item transforma o caráter cartorial em processo de responsabilização concreta, com acordos que estabelecem os compromissos e metas para os gestores.

A NOAS enfatiza também a participação e cooperação entre as instâncias de governo, procurando recuperar a racionalidade e reconcentração de recursos, principalmente os recursos cujas finalidades são direcionadas para os investimentos nos níveis de média e alta complexidade, esses serviços devem ser realizados nos municípios designados como pólos (WEIGELT, 2006). A NOAS se comparada às outras NOBS avança em algumas questões, mas continuam as mesmas definições

sobre a organização e o funcionamento da rede de serviços que permanecem sendo realizados a cargo dos Pactos.

Considerando as diversidades regionais do País de acordo com a NOAS, cada região requer flexibilidade na elaboração de programas que respondam às necessidades locais e regionais. Sendo assim, a regionalização da saúde necessitará de um planejamento integrado de ações e intervenções que abarquem todos os territórios e que possibilitem identificar as questões relacionadas à saúde/doença. Essas intervenções não devem se resumir aos municípios, mas devem respeitar seus limites como espaços mínimos que garantam a todos as ações e serviços fundamentais para resolver as questões de saúde, maximizando sempre os escassos recursos existentes.

3.4 - A IMPORTÂNCIA DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.

Os princípios norteadores do SUS confrontam-se com enormes contradições. O princípio da equidade choca-se com as desigualdades e diversidades regionais pertinentes ao País, o que torna as questões sociais, em especial, as relacionadas à saúde, complexas no sentido de formular políticas públicas que venham atender de forma igualitária toda a população. Segundo Weigelt (2006), a regionalização da saúde se estabelece através de uma atitude de humanização da qualidade do atendimento devendo transversalizar o acesso equitativo e universal do acolhimento a população usuária do SUS.

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde, coordenado pela instância estadual, conta com a participação dos gestores municipais estabelecendo em suas diretrizes:

- a) a divisão do território estadual em regiões de saúde, determinadas de acordo os critérios sociais, geográficos, sanitários, epidemiológicos, etc.;
- b) o diagnóstico dos problemas centrais de saúde e as primazias de intercessão;
- c) a composição de módulos assistenciais resolutivos, constituídos por um ou mais municípios que garantam apoio os serviços de atenção básica, promovendo o nível da média complexidade;

- d) as organizações de redes assistenciais específicas, identificando os fluxos de referências de todos os níveis de complexidade; e,
- e) o Plano Diretor de investimento, buscando preencher os espaços assistenciais identificadas, segundo as prioridades de intervenção.

A NOAS SUS 02/02 estimula o processo de regionalização, fomentando a articulação dos gestores municipais na negociação e na pactuação intermunicipais. Essas ações devem ocorrer sob a coordenação e regulação estadual e se consolida pela elaboração do PPI. A regionalização implica aumento nos recursos advindos da união através da ampliação do Piso de Atenção Básica que é calculado através de valores per capita. Os financiamentos das ações de média complexidade ambulatorial também passam a ser computados da mesma forma.

Desta forma, a regionalização pode ser vista como uma estratégia primordial para guiar a organização dos serviços do SUS através de articulação intermunicipal independente da forma de gestão em que o poder local está inserido. Integrando as capacidades dos municípios de cada região do País, incluindo uma rede hierarquizada de serviços que atendam a população de cada município. Esta rede não deve ser “amarrada” podendo ir além do território de um município, pois vai depender das necessidades dos usuários e das deficiências matérias, tecnológicas, orçamentária dos gestores de cada localidade em oferecer cuidados médicos a sua população, (WEIGELT, 2006).

A configuração de uma rede de serviços locais de saúde em diversos contextos ultrapassa o território de um município devido às necessidades da população estar acima dos recursos materiais, tecnológicos e humanos da gestão local. Neste caso, podemos encontrar a importância da regionalização da atenção à saúde, na forma de articulação intermunicipal independentes das formas de gestão em que os municípios estejam habilitados. Pois, os municípios devem desenvolver seus serviços de maneira articulada, buscando garantir o acesso gratuito dos usuários ao sistema, desde as ações mais básicas às mais complexas. Weigelt (2006 p.44) menciona que a,

[...] proposta de qualificação de regiões, microrregiões na assistência a saúde apresentada na NOAS se fundamenta na busca de garantia de acesso a ações resolutivas para além dos limites municipais, observados os critérios de qualidade e economia.

Neste contexto, ao considerar de que no Brasil o número de pobres é elevado, às políticas sociais implementadas tendem a atingir baixos níveis de proteção social. Pois, o processo de descentralização dessas políticas só efetiva-se quando as administrações locais ponderam positivamente os ganhos a serem obtidos com a implementação das novas atribuições. Outrossim, quando consideram que os novos custos podem ser reduzidos pela atuação dos outros níveis de governo. A adesão dos governos locais à transferência de atribuições depende diretamente da relação custo/benefício em suas dimensões fiscais e política resultante da decisão de assumir uma política social frente aos recursos fiscais e administrativos da base local (ARRETCHE, 1996).

A regionalização não se limita a difundir espacialmente ações e serviços de saúde, mais significa organizar os serviços por meio de recursos econômicos, humanos, materiais e técnicos, além de garantir a capacidade decisória e ação ordenada do poder local. Caso ocorra o inverso, os objetivos da regionalização não serão concretizados no que se refere “a evitar duplicidade de meios para fins idênticos” (art. 7º, inciso XIII, da Lei 8.080/90), como uma maneira de evitar o desperdício ou a utilização injustificada de recursos, deixando de fornecer serviços necessários à população. Neste caso, a confluência dentre o Estado e o Município é primordial no sentido de garantir uma harmonia entre o planejamento e a coordenação das ações e serviços de acordo com as demandas presentes nos mesmos (WEIGELT, 2006).

Um programa de descentralização para ser bem sucedido deve, necessariamente, estar correlacionado com a decisão pela implantação de normas operacionais que estimulem a adesão do nível de governo ao qual se relacionam, promovendo, segundo Arretche (1996):

- a) a redução dos custos financeiros envolvidos na execução das funções de gestão;
- b) a minimização dos custos de instalação da infra-estrutura;
- c) a elevação do volume da receita disponível;
- d) a transferência dos recursos em uma escala em que a adesão torne-se atraente; e,
- e) a reversão das condições adversas resultantes da natureza das políticas.

A magnitude da descentralização depende diretamente da ação do executivo estadual. A ação do governo federal é fundamental para estabelecer políticas

descentralizadas de gestão nos municípios. Quando não, participação direta dos executivos do Estado ou da União na implementação de políticas de descentralização, os custos desta política recaem quase que unicamente sobre o município, implicando a possibilidade de não reversão das condições anteriores devido a ação de variáveis técnicas, políticas e econômicas obstaculizadoras da mudança, (ARRETCHE, 1996).

Portanto, diante de toda problemática exposta no segundo e terceiro capítulo, através de uma breve contextualização histórica e política buscando mostrar a forma pela qual o processo de descentralização e desconcentração desenvolvem-se no Brasil, em especial, na Política de Saúde. Política, que se institui em uma sociedade capitalista de características neoliberais na qual os cortes nos gastos sociais generalizam-se comprometendo os direitos sociais concedidos constitucionalmente. Desta forma, considerando o objetivo central da pesquisa, tornou-se necessário enfatizar a intervenção do Estado brasileiro na política de saúde no Rio Grande do Norte, desde sua implantação até consolidação.

4 - O CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE- RN.

4.1 - CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DE SAÚDE NO RN.

As políticas e as instituições de saúde contribuíram muito para a constituição e estabilidade da ordem sócio-política no Brasil. Pois, as condições de higiene no início do século XX eram muito precárias e assim as políticas de saúde contribuíram para diminuição do quadro de mortalidades. Embora tenham colaborado também para a tendência de concentração do poder e a exclusão das classes populares dos espaços de decisões sócio-político e econômicas, ou seja, as políticas de saúde (no seu início) reforçaram o papel dos médicos e donos de hospitais, como também a concentração de poder em algumas esferas, em especial na União (LUZ, 1991).

Esse traço é característico de nossa história desde a proclamação da república, por termos, como herança uma sociedade patrimonialista, concentradora e centralizadora de poder. No sentido de que, existe uma concentração de riquezas, de terras e de decisões econômicas por um pequeno grupo, que, na maioria das vezes, encontra-se presente na esfera Federal.

Neste contexto, para refletir sobre a história da Política de Saúde no RN, é necessário realizar uma breve viagem aos primórdios desta política no referido Estado. Para apreender suas nuances na contemporaneidade, é preciso analisar o papel que a política de saúde tem na constituição de uma ordem institucional mais justa e igualitária.

Desta forma, embora presente, suas especificidades a Política de Saúde no RN não se diferencia muito dos demais Estados brasileiros. As ações de saúde pública no RN tiveram início em 1892 (Período republicano), com a criação da Inspeção de Higiene Pública. De acordo com Vasconcelos (1997), essas ações encontravam-se centralizada na capital (Natal), vinculada ao hospital de caridade e já se fazia presente de forma institucional às intermediações nas prestações de serviços com as instituições privadas. Sendo assim, o longo período de 1889 a 1932¹⁹ é caracterizado pelo início da organização sanitária, de responsabilidade do

¹⁹ Até este período inexistia Política de Saúde, como uma política de Estado. Existiam apenas as precárias ações/ serviços de saúde.

governo estadual, cujo objetivo seria a definição de responsabilidades e compromissos relacionados à higiene pública, como pode-se analisar nos principais acontecimentos deste período no quadro abaixo.

QUADRO 03

ANO	ACONTECIMENTO
1892	Fundação da Inspetoria de Higiene Pública no Hospital da Caridade Pública;
1893	Fundação da Instituição do Regulamento de Higiene;
1909	Ocorreu uma transferência dos serviços de administração para uma ordem religiosa, ocasionando uma reorganização do Hospital da Caridade;
1915	Início da fiscalização do exercício profissional através de decreto Federal;
1921	Fundação do serviço de Profilaxia das Doenças Venéreas e reorganização da Inspetoria de Higiene Pública, que passa a institui-se Diretoria;
1922	Fundação do Posto Antiofídico;
1923	Criação do Laboratório Químico Estadual, ocorrendo também à designação da Inspetoria Escolar Universal e da Assistência Dentária gratuita para os alunos pobres;
1924	Reorganização dos serviços administrativos do Estado, com a transformação da Diretoria em Departamento de Saúde Pública;
1927	Transferência da gestão do Hospital “Juvino Barreto” para a Sociedade de Assistência Hospitalar também fundada neste período;
1931	Fundação da Caixa de Malária Estadual;
1932	Fundação de um novo regulamento para o Departamento de Saúde Pública – DSP.

Breve Trajetória da Saúde Pública no Rio Grande do Norte (1892 – 1932).

Fonte: Vasconcelos (1997). Elaboração da autora.

Na Primeira República, em todo o Brasil e não somente no RN, foram criados os primeiros serviços e programas de saúde pública. Os militares da primeira república tinham o poder, a força e passaram a estabelecer campanhas de saúde. Iniciando as campanhas de vacinação, os controles de Epidemias e Endemias²⁰. Neste contexto, Segundo Luz (1991), sob a coordenação geral de Oswaldo Cruz que programou as principais instituições e programas públicos de saúde no Brasil,

²⁰ Epidemias são passageiras, como a gripe e as Endemias permanecem sempre na população. Ex: o mal de chagas, a esquistossomose etc.

adotaram-se as campanhas sanitárias para combater as epidemias e endemias. Modelo de inspiração adotado dos Estados Unidos, mas importado de Cuba.

Foi Oswaldo Cruz, médico sanitário quem primeiro implantou as campanhas de vacinação. Era um Modelo Campanhista de inspiração bélica (militar), concentrando as decisões nos tecnocratas²¹, mostrando um estilo repressivo de intervenção médica. Muitas vezes essas vacinas eram realizadas a força porque a população sem nenhum esclarecimento sobre elas, se recusava a tomá-las. Ressaltando que, Oswaldo Cruz era um tecnocrata.

De acordo com Luz (1991), na primeira república consolidou-se uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnocrática e corporativista, ou seja, centralizada nas capitais e no poder da União, tecnocrática por ser determinado pelos poucos técnicos existentes e corporativistas no sentido de um defender o outro, “encobrindo” até os erros. Até meados da década de 1990 essas características perduravam, no entanto, declinando a eficácia social de combate às doenças coletivas. Porque não existia mais aquela obrigação, são as pessoas que devem procurar se vacinar ou se prevenirem contra as doenças.

Segundo Vasconcelos (1997), nos anos de 1933 a 1963, adveio o projeto de Reforma dos Serviços Sanitários no RN expandindo as ações da Saúde Pública, redefinindo a estrutura dos serviços e marcando a elaboração do Código Estadual de Saúde. Neste período foi construída a Escola de Enfermagem e cinco postos de saúde no interior. O Departamento de Saúde Pública – DSP foi reorganizado incluindo em suas ações serviços de: Profilaxia geral e rural; Saneamento; Epidemiologia; Propaganda e educação sanitária; Verificação de óbitos; Higiene das habitações e das crianças; Fiscalização do exercício profissional; Fiscalização dos gêneros alimentícios; Engenharia sanitária e um Laboratório e uma Farmácia.

Neste contexto, a ampliação da rede de serviços públicos e a complexa estrutura administrativa do setor saúde favoreceram uma expansão, mesmo lenta, dos serviços públicos de saúde para os municípios do RN, pois a atuação governamental estendeu-se proporcionando novos benefícios de assistência hospitalar, em conjunto com as tradicionais ações que tinham por finalidade o controle das doenças transmissíveis. Apesar de todos esses avanços, diversos

²¹ Tecnocratas, técnico com poder de decisão sobre as campanhas de vacinação.

acontecimentos foram se efetivando ao longo do tempo, como nos mostra Vasconcelos (1997).

QUADRO 04

ANO	ACONTECIMENTO
1933	- Fundação do Serviço de Profilaxia Rural e dos Hospitais Regionais no interior do Estado do RN. - Início das transferências de recursos para a Sociedade de Assistência Hospitalar.
1936	Adesão da lei que obrigava a introdução (gota a gota) do nitrato de prata nos olhos das crianças recém-nascidas.
1943	- Ocorreu a divisão do Estado em sete Distritos Sanitários; - Criação (para doenças transmissíveis) do Hospital Evandro Chagas.
1945	- Fundação do Serviço de Pronto-Socorro em Natal/RN, cuja responsabilidade seria da Sociedade de Assistência Hospitalar.
1946	- Fundação do Serviço de Assistência a Psicopatas.
1951	- Criação do Serviço de Verificação de óbito em Natal/RN.
1953	- Fundação da Secretária de Educação e Saúde.
1955	- Desenvolvimento da Secretária Estadual de Saúde com a instalação da Secretária de Saúde e Assistência Social.
1956	- Adesão do regulamento da Secretária de Saúde, justamente com a modificação de sua designação que passou a ser Secretária de Saúde e Assistência Social. - Criação do Serviço Cooperativo de Saúde por meio do convênio do Governo Estadual com a F.SESP.
1962	- Princípio da Vacinação em massa contra Poliomielite e Varíola

Breve Trajetória da Saúde Pública no Rio Grande do Norte (1933– 1962).

FONTE: Vasconcelos (1997). Elaboração da autora.

É importante refletir que, dos anos de 1933 aos 1960, conhecido como período populista, criaram-se os institutos de aposentadorias e pensões organizados pelas categorias profissionais, marítimos, comerciários, bancários etc.. Essas categorias reuniam-se para se auto-ajudarem, através de uma poupança coletiva. Os programas de saúde encontravam-se impregnados de práticas clientelísticas e troca

de favores, típicas do regime populista. Os sindicatos apoiavam tal situação, incluindo simpatizantes e excluindo os que discordavam. O regime populista favorecia este quadro porque tinha uma estrutura concentradora.

Na primeira metade do século XX observa-se o centralismo, verticalismo, autoritarismo e corporativismo na saúde pública e nas instituições públicas as características eram de clientelismo, populismo e paternalismo²² passando uma imagem de protetora, prestadoras de serviços aos mais carentes (LUZ, 1991).

No período do Desenvolvimentismo, anos 1950 e 1960, tentou-se implantar um projeto nacional de desenvolvimento econômico moderno integrado a ordem capitalista industrial. Nos governos de Getúlio e Juscelino a população ampliou sua consciência política e começou a pressionar por melhorias na saúde. Com a crise da visão populista, as pessoas reivindicando direitos, não se deixando enganar por benefícios, as políticas de saúde passaram a expressar duas situações acima, ou seja: a crise do regime populista e a tentativa de implantar-se um projeto desenvolvimentista.

O Modelo Campanhista chegou ao estágio burocrático rotineiro (fazer somente o que já tinha) e opunha-se ao modelo Curativista dominante. O modelo Campanhista que vinha sendo praticado chocava-se com a tentativa de hegemonia do modelo Curativista que vinha se implantando no País devido ao processo de industrialização pelo qual o Brasil passava (LUZ, 1991).

A tecnoburocracia médica instalou-se nos Institutos de previdência e uma tecnocracia sanitária e médica de tendência nacionalista e desenvolvimentista instalaram-se nos órgãos públicos de saúde. Em outras palavras: existiam dois pólos de conflitos entre as visões de política de saúde. Os tecnocratas médicos instalaram-se nos institutos da previdência que passaram a defender o setor privado e, no outro pólo, uma tecnocracia sanitária e desenvolvimentista instalou-se nos hospitais e nos postos de saúde já existentes no País (LUZ, 1991).

Desta forma, os problemas nos serviços de saúde (repetição, incompetência, ineficiência) foram combatidos com mais programas, serviços e campanhas que redundou em mais dicotomia entre a saúde pública e a atenção médica individual. Os gestores das políticas de saúde pensavam que mais campanhas e serviços

²² CENTRALISMO - centraliza as decisões e recursos; VERTICALISMO, no sentido de mandar quem se encontra no alto da pirâmide e obedecer quem esta em baixo; o AUTORITARISMO e o CORPORATIVISMO seguem a mesma seqüência de determinar e simplesmente obedecer.

resolveriam a ineficiência da prestação de serviços médicos à população. Segundo Luz (1991), o impasse estrutural gerado pela não melhoria das condições de vida da população em contraposição a consciência desse fato ampliava-se no tempo.

A solução para o impasse foi proposta nos anos 1960 através das reformas de base, no caso uma Reforma Sanitária. Porque, como as condições de vida da população não melhoravam no ritmo da consciência da população gerava-se um conflito. Pois a população questionava e reivindicava melhorias. As reformas de base se constituíam em uma série de reformas que a população exigia, desde alimentação, moradia, saneamento básico, saúde, educação etc. Essas reformas começaram a ser implantadas pelo governo mas chocavam-se com os interesses da burguesia que achava “coisa de comunista” as reformas de base.

Em uma conjuntura caótica, conforme Tinoco *apud* Vasconcelos (1997), os anos de 1964 a 1972 são considerados como um “período de racionalização das decisões”. Em 1964 no RN, sobrevém uma nova organização administrativa do poder executivo estadual juntamente com a transferência de regulamento para a Secretária de Saúde, que propõe uma Assessoria de Planejamento. Estabelecendo o Conselho Estadual de Saúde como instrumento consultivo, sob a coordenação da Secretária de Saúde instituindo a conexão do Departamento de Águas e Esgotos com a mesma.

Essas ações [visavam] criar as condições para incorporação do planejamento como instrumento de compatibilização dos escassos recursos frente às necessidades ampliadas de saúde, que pressionam o governo pelo incremento dos serviços assistenciais. O governo [do RN] que assume em 1971 dá continuidade ao processo, elaborando o Plano Estadual de Saúde e Saneamento, que pretende criar essas pré-condições investindo na capacitação de Recursos Humanos, melhorando e ampliando a coleta de dados e fortalecendo as estruturas administrativas nos níveis central e regional, com o objetivo de coordenar as atividades das diversas instituições e de integrar os serviços (VASCONCELOS, 1997, p.79).

A Política de Saúde na época do milagre econômico (1968 a 1975) era coerente com a política econômica da Ditadura Militar. A política de saúde incluía-se em uma vontade política arbitrária do poder executivo que determinava crescimento acelerado com elevada taxa de produtividade e baixos salários para os trabalhadores. Esse modelo de política de saúde favoreceu os técnicos e os de nível superior em detrimento da massa trabalhadora. A política de saúde cresceu, desenvolveu-se pagando baixos salários aos trabalhadores, favorecendo os técnicos

de nível superior em prejuízo da classe trabalhadora. Esses técnicos eram desde os médicos, administradores, enfermeiros, todos os grandes “chefões” da saúde (Luz, 1991).

Neste período, conforme Luz (1991), operou-se inicialmente uma grande limpeza nos aparelhos de Estado, depois uma reorientação institucional e administrativa. Promoveu-se uma síntese perversa que uniu os dois modelos anteriores, em especial, a centralização e a concentração do poder institucional, o Campanhismo e o Curativismo. Em outras palavras: a limpeza foi justamente o exílio e a prisão de todos que não concordavam com as idéias dos militares. Depois os militares deram novas orientações e políticas para as instituições. Os militares juntaram as duas idéias principalmente o que elas traziam de pior. Mantendo as campanhas sob controle e liberaram o setor Curativista e Privatista, ate mesmo financiando este setor. A saúde passou a ser um bem de consumo, porque era um serviço que deveria ser comprado e adquirido pela população.

Nos anos 1970, generalizou-se a demanda social por consultas médicas em resposta ao agravamento das condições de saúde da população. O êxodo rural, que trouxe as pessoas para a cidade, o crescimento das mesmas e conseqüentemente das favelas, sem o crescimento dos investimentos de infra-estrutura (saneamento) gerou doenças que fez a população “correr” atrás de consultas médicas.

O Estado do RN, assim como os demais, respondeu com o financiamento, com a construção, reforma de hospitais e faculdades de medicina privadas e com a organização de convênios entre INPS e entidades privadas em detrimento dos recursos alocados para a saúde pública. A rede privada foi financiada em mais de 80% pelo Estado nos anos 1970. Na ditadura militar evidenciou-se um sistema de atenção médica de massa em prejuízo de uma medicina social e preventiva, tudo subsidiado pelo Estado. Cresceu a relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente. Também cresceu a insatisfação popular. O Estado financiou o setor privado, deixando o setor público de lado e o pior que ninguém podia reclamar porque estávamos no governo autoritário. Os protestos e reivindicações exprimiram-se nos anos 1970. A situação explodiu com a redução dos recursos para a saúde revelando as más condições de vida da população.

A Política de Saúde desenvolvida pelo Governo do Estado do RN, nesta época é assinalada pela centralização e pela verticalização. A participação da comunidade restringe-se a execução de tarefas, definidas pelos escalões centrais da Secretária

de Saúde. Além de que, o retardamento na liberação dos recursos e a burocracia são elementos que dificultam a obtenção das metas estabelecidas. O planejamento participativo é visto como uma estratégia de manipulação da comunidade para conseguir seu apoio nos procedimentos que já chegavam pré-definidos. No processo decisório, os interesses dos grupos com poder econômico e político predominam. Os melhoramentos socioeconômicos dos programas não alcançavam as pessoas de baixo poder aquisitivo, restando unicamente para essas pessoas restritas ações de saúde e educação. “Estas últimas levadas a efeito por serviços precários, de baixa qualidade e eficácia, com resultados restritos às famílias assistidas, sem produzir impacto na população das áreas abrangidas (VASCONCELOS, 1997, p. 80)”.

Neste contexto, escassos investimentos foram realizados durante este período na área da saúde pública no RN, como pode ser visto no quadro 05.

QUADRO 05

ANO	ACONTECIMENTO
1967 a 1968	- Implantação dos Centros Executivos Regionais de Natal e Mossoró, como estratégia de desconcentração administrativa. - Adesão do regimento interno do Conselho Estadual de Saúde, e da lei que estabelece o Código Estadual de Saúde.
1968 a 1970	- Construção do Hospital Geral de Pronto Socorro
1977 a 1986	- Implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS - Consolida-se um Sistema Estadual de Saúde, abrangendo todo o território estadual
1981 a 1986	Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS
1987 a 1990	Implantação e o declínio do SUDS
1991 a 1994	Vigência do SUS

Breve Trajetória da Saúde Pública no Rio Grande do Norte (1967 – 1994).

Fonte: Vasconcelos (1997). Elaboração da autora.

É importante citar que, no período 1967 – 1987 estava em andamento a implantação do Programa dos Mini-postos de saúde no RN. Caracterizado como uma das primeiras experiências em saúde no Estado é visto como o primeiro programa de medicina comunitária desenvolvido no Brasil. Sob a designação do próprio Programa de Assistência Médica Simplificada por meio de mini-postos, que funcionariam como porta de entrada à rede de serviços que se pretendia construir. Este programa foi disseminado em comunidades rurais do interior do Estado pela Associação Nordestina de Crédito e Assistência Rural – ANCAR, contando com a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública – F.SESP²³. Seu objetivo fundamental era proporcionar assistência simplificada de saúde, à população incluída nos programas de desenvolvimento rural, buscando atender às reclamações da população que nomeava a ausência de assistência à saúde como um dos piores problemas enfrentados no seu cotidiano (VILAR, 1997).

O programa atendia às necessidades básicas de saúde da população por meio de ações simplificadas, realizadas pela própria comunidade, com destaque nas ações educativas. A participação da comunidade era fundamental para o êxito do programa. Pois os indivíduos seriam responsáveis por sua condição de saúde e deveriam instituir vínculos com os serviços e ações de saúde da própria comunidade. A orientação, o treinamento e a supervisão dos indivíduos inseridos no programa eram realizados pelos técnicos da fundação SESP (MACEDO *apud* VASCONCELOS, 1997).

Até o ano 1974, foi implantado 53 míni-postos, em 32 municípios do RN, atingindo 11% da população rural. Embora a ampliação das ações em saúde na zona rural, a partir de 1975, teve prosseguimento com o aumento da rede de serviços básicos, que além dos míni-postos, passa a contar também com os Centros de Saúde fixados nos municípios. Iniciando assim, o ajustamento de uma rede hierarquizada de serviços. Desta forma, ocorreram modificações no programa dos Míni-postos, com a inclusão de outras atividades, tais como: o Programa de Suplementação Alimentar – PSA e Planejamento Familiar. Ocorrendo também, modificações com relação à intervenção clientelista dos políticos que se concretizava na recomendação e/ou substituição dos educadores sanitários (VASCONCELOS, 1997).

²³ A F.SESP, já tinha experiência acumulada de intervenção em Saúde Pública.

Conforme Vilar (1997), de 1977 á 1986 ocorreram diversas alterações a nível estadual no RN na área da saúde, nesse período, as instituições públicas de saúde ocupam gradualmente o vácuo existente, fazendo-se presente em todos os municípios. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS foi implantado a partir de 1977 em, praticamente, todos os municípios do RN, sendo coordenado pelo Ministério da Saúde e implementado no Estado pela Secretária Estadual de Saúde unificando o Programa dos Mini-postos e adotando o modelo de Medicina Comunitária. O PIASS representava o prosseguimento do Programa dos Míni-postos, pois, a princípio, a participação comunitária continuava sendo o elemento principal do programa.

O PIASS foi implantado primeiramente no Nordeste, para posteriormente estender-se pelo país, como uma política compensatória adotada pelo Estado, tendo em vista à concretização de uma estrutura estável de saúde, através dos: Postos de Saúde – Centro de Saúde – Unidade Mista. O programa era uma demonstração clara da insuficiência de recursos decorrentes da crise econômica que já se instalava no país (VILAR, 1997).

Em uma conjuntura de ampliação da oferta de serviços de saúde, segundo Macedo *apud* Vasconcelos (1997), a implantação do PIASS, no que se refere à construção de estruturas de serviços profissionalizadas e centralizadas no médico. Modificou o significado da participação comunitária praticada nos Míni-postos, por “abrir espaço” para uma participação inativa que apenas cooperava nas tarefas, provocando nos indivíduos que participaram da experiência anterior um sentimento de frustração. Na visão dos usuários e de alguns agentes institucionais, aconteceu rompimento entre a conexão da população aos serviços, conseqüentemente advém um prejuízo na qualidade da atenção, em especial, nos aspectos educativos.

Segundo avaliação institucional, relacionada a implantação do PIASS houve boa expansão da rede física e também diminuição dos indicadores de mortalidade infantil e por doenças contagiosas. Porém, em meados da década de 1980 o quadro sanitário do Estado do RN, ainda encontrava-se bastante precário. Os indicadores de mortalidade infantil, de morbi-mortalidade por doenças infecciosas, parasitárias e por desnutrição continuava extremamente elevado; Quanto às condições de saneamento básico também estavam muito precárias. Esses indicadores mostravam bem, as condições miseráveis de vida da maioria da população norterio-grandese (VASCONCELOS, 1997).

Enfim, de acordo com Vasconcelos (1997), a expansão dos serviços de saúde com o PIASS/RN ocorreu focalizada na prática curativa, não atendendo as dificuldades de saúde prevalentes, colocando em um segundo plano as ações de saúde pública e privilegiando as ações médicos-assistenciais. A assistência hospitalar estava centralizada em Natal, com preponderância da rede privada na oferta de leitos. Desta forma, a direção da Política de Saúde continuou de forma centralizada, autoritária, sem transparência na alocação dos recursos e, a participação decisória dos profissionais de saúde e da população encontravam-se totalmente ausentes. Porém, com a implantação da rede de Unidades Básicas de Saúde, são apresentadas as condições para a construção de um Sistema de Saúde, com abrangência estadual.

No início dos anos 1980, todos lutavam por melhor política de saúde, mais eficiente e justa, os movimentos sociais de contestação na saúde, inclusive de médicos e suas associações cresceram muito provocando uma fase de agitação que incluía greves, protestos, revoltas, etc., todos denunciavam as condições de vida e saúde da população. Os movimentos sociais comunitários entraram na luta. O congresso reflete esse conflito, quando nas eleições de 1982, diversos parlamentares são eleitos a partir do compromisso com a saúde. A situação estava ficando cada vez mais agitada e os políticos passaram a se comprometer com as questões de saúde, como forma de serem eleitos (LUZ, 1991).

Ocorre o renascimento da organização sindical dos profissionais de saúde no RN, com a edificação de sindicatos de médicos, farmacêuticos e diversos profissionais de saúde, como também, nova orientação para aqueles sindicatos que já existiam, como os de Odontologia e de Serviço Social. A ação desses profissionais, nessa época, será assinalada pela defesa de reajustes salariais; melhores condições de trabalho e pela democratização da gestão dos serviços de saúde, em caráter de confronto aberto com o governo, por esse ter assumido uma postura de negação as ações sindicais, coagindo assim, os profissionais a não se filiarem aos sindicatos (VASCONCELOS, 1997).

Desta forma, as mobilizações dos profissionais da saúde²⁴ no RN repetem-se a cada ano e a luta por melhores salários, melhores condições de trabalho e as revelações a respeito do clientelismo, do autoritarismo, e da utilização dos partidos

²⁴ A primeira greve dos médicos no RN ocorreu em 1986 no Hospital Estadual Santa Catarina (VASCONCELOS, 1997).

eleitorais nas relações existentes nas instituições públicas de saúde no RN, tornam-se ponto de destaque na luta sindical. Esses profissionais articulam-se com outras entidades nacionais que seguem o mesmo objetivo, transformando-se portanto, em agentes primordiais no processo de democratização da saúde e das idéias reformistas, por pressionarem os organismos estatais e promoverem a denúncia sobre as condições de atendimento aos usuários (VASCONCELOS, 1997).

Assim, a Política Estadual de Saúde nos anos 1980 estava direcionada para a concretização dos serviços e para a atualização do Sistema. Segundo Vasconcelos (1997) alguns empreendimentos desta época evidenciam as orientações em andamento, tais como: Fortificação do setor de recursos Humanos, diversificando as funções do setor e as definições de uma política exclusiva; e, a localização de hospitais regionais, com objetivo de aperfeiçoar a resolutividade e fortalecer a hierarquização, e a implantação da regionalização²⁵.

Em 1982, um novo Código de regulamento da Secretária de Saúde Pública - SSAP e do Código Estadual de Saúde veio restabelecer a estrutura jurídico-institucional do Sistema de Saúde, que já seguia os Regimentos das seguintes instituições: a) Diretorias Regionais de Saúde – DIRES, de 1979; b) Fundo Estadual de Saúde – FUSERN, de 1972; c) Fundação Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel – FUHGEL, de 1977; e, d) Conselho Estadual de Saúde de 1964 (VASCONCELO, 1997).

O programa do Médico da Família foi implantado em Natal em 1982, modelo de inspiração adotado de Cuba, cujo objetivo seria reorganizar as unidades de saúde utilizando três princípios fundamentais, quais sejam: a) o controle social com a presença do conselho comunitário do bairro na direção dos serviços; b) a inscrição da clientela aos serviços e das famílias ao médico; e, c) a organização de uma equipe multiprofissional, em período integral, contando com assistente social, médico, enfermeiro, odontólogo, farmacêutico bioquímico etc., além do pessoal auxiliar (VILAR, 1997).

Segundo alguns profissionais que trabalharam no programa Médico da Família, no início, o programa contribuiu para melhoria da qualidade da assistência. Mas, no

²⁵ Ressaltando que, o processo de regionalização teve início em 1967, quando foi implantado os Centros Executivos Regionais de Natal e Mossoró, considerado como as primeiras instituições descentralizadas. Ocorrendo também, a desconcentração administrativa dos serviços de saúde, com a divisão do Estado em 07 diretorias regionais (VASCONCELOS, 1997).

transcorrer de seu desenvolvimento, foi progressivamente manipulado por interesses político-eleitoreiros, descaracterizando-se (VILAR, 1997).

Neste caso, outro processo se inicia em Natal, também no ano de 1982. Buscando melhoria do atendimento de referência hospitalar promove-se a estruturação das Unidades Mistas utilizando recursos do Fundo de Investimento Social – FINSOCIAL. Essas unidades serviriam de suporte para os Centros de Saúde já existentes ou os que se encontravam em construção, realizando atendimento em obstetrícia e em urgências clínicas. Sendo organizadas também em função de interesses políticos eleitorais, (RIO GRANDE DO NORTE *apud* VASCONCELOS, 1997). Essas duas experiências (programa do Médico da Família e das Unidades Mistas)...

[...] funcionaram como projetos experimentais a serem difundidos para todo o estado no processo de reorganização dos serviços de saúde. O modelo do Médico da Família, à época, ficou restrito a algumas unidades em Natal e Mossoró, mas a instalação de unidades hospitalares de pequeno porte – através de construção ou de incorporação de serviços existentes -, é implementada nos anos subseqüentes em todas as regiões, pois além de sua justificação técnica, se constituíam em obras de forte apelo eleitoral. (VASCONCELOS, 1997, p. 83).

Portanto, de 1983 a 1986, as ações governamentais na área da saúde no RN permaneceram direcionadas para uma nova organização do Sistema de Saúde. Os investimentos de recursos seriam justamente para recuperação, para o acréscimo ou a aquisição de equipamentos necessários nas unidades básicas e para construção de unidades hospitalares de sobreaviso. Buscando assim, garantir referência dos serviços básicos de saúde, num empenho para gerar a regionalização e a hierarquização desses serviços. Outra prioridade governamental eram as obras de saneamento básico designadas às comunidades rurais, por meio de medidas simplificadas. Todas essas ações tinham por finalidade aprimorar a eficácia e eficiência do sistema, com a melhoria da resolutividade dos serviços (RIO GRANDE DO NORTE *apud* VASCONCELOS, 1997, p. 84).

Deste modo, de acordo com Vasconcelos (1997) são promovidas ações para uma modernização administrativa da Secretária de Saúde e para o aperfeiçoamento relacionado à execução dos serviços e ações. Fortalecendo, assim, as Diretorias Regionais ao reforçar de suas estruturas, expandindo o treinamento de Recursos

Humanos e reconstituindo o sistema de dados – com a fundação nos hospitais do Serviço de Arquivo Médico – SAME e nas unidades do Prontuário Único Familiar.

Assim, surgiram diversas propostas para implantação de uma rede de serviços direcionada para a atenção básica de saúde, com hierarquização, descentralização e universalização. Foi instituído o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE (que jamais saiu do papel), sendo substituído pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, através desse plano foi implantada a política de Ações Integradas de Saúde - AIS. Representando uma estratégia de fundamental importância para o processo de descentralização do setor da saúde (CASTRO *et al.* , 2007).

As Ações Integradas de Saúde implantadas no RN em 1983, surgiram na trajetória para um novo sistema de saúde. Por isso são analisadas como uma fase preparatória para a concretização do SUDS e posteriormente do SUS superando o modelo PIASS e estabelecendo uma vinculação programática entre as esferas federal, estadual e municipal. Sobre a questão gerencial as AIS fortalecem os organismos da gestão colegiada através das comissões interinstitucionais de saúde, na busca pela realização de uma programação orçamentária unificada, contribuindo no processo de racionalização dos gastos em saúde, expandindo a oferta de serviços por meio da esfera pública (VIANA *apud* VILAR, 1997).

Devido a diversos obstáculos burocráticos, a expansão das AIS para todos os municípios norterio-grandense somente ocorreu em 1986, mesmo sendo estabelecido nos planos iniciais. Para Vasconcelos (1997, p. 84)...

A disputa entre os grupos políticos regionais pelo controle das Instituições de Saúde, dentro da tradição de uso clientelista destas, num momento em que se exigia uma ação planejada e integrada, apresenta-se como explicação mais plausível para entender esse retardamento.

Sobre a integração institucional indicada nas AIS no RN, Vasconcelos (1997) analisa que, não foi concretizado de acordo com o planejamento: as instruções, a racionalização na cobertura assistencial e a alocação dos recursos. Também não aconteceu nenhum avanço sobre as propostas designadas para promoção da vinculação entre as comissões levando em consideração a viabilização da

participação social, neste caso, foi desempenhada, muito mais, uma função burocrática para acolher as requisições feitas pelos convênios. Para Vasconcelos (1997), as maiores partes dos objetivos mencionados no projeto continuaram sem sair do papel ou simplesmente foram reeditados em projetos futuros.

Do período 1985-1989, na nova república considerado como uma época de luta pela reforma sanitária ocorreu conflito entre forças conservadoras e progressistas. Com a vitória da vertente conservadora, a esquerda, os progressistas e os sindicatos foram vencidos parcialmente. Porque uma grande conquista alcançada foi o processo de descentralização da política de saúde. Embora isso não queira dizer que, o processo de descentralização tenha se efetivado neste período, ele apenas começou a ser discutido (LUZ, 1991).

Neste contexto, a gama de interesses contraditórios manifestava-se e resolvia-se conflituosamente no cenário brasileiro, em especial na saúde. As mudanças estruturais, a exemplo da Reforma Sanitária foram impedidas ou obstaculizadas. Em outras palavras: as mudanças estruturais (saúde, educação, reforma agrária) não foram solucionadas como se dever-se-ia. A maior parte delas foi impedida pelos conservadores que já se encontravam no congresso.

Para Luz (1991) deve-se enfatizar a dissociação dos elementos estruturais dos conjunturais. Mostrando que a Política de Saúde está permeada por elementos estruturais (clientelismo, populismo, autoritarismo e corporativismo) que vêm acompanhando sua história desde o século XIX. Os elementos conjunturais são mais atuais. Pois, os debates Privado versus Estatal ou, Nacional versus Internacional advêm dos anos 1950. A entrada dos empresários da saúde como ator político importante surge com a redemocratização.

Na década de 1980, todas as forças políticas do país ambicionavam influenciar a Política de Saúde. Cada um querendo que suas idéias fossem aceitas, favorecendo o conflito tanto no campo macroeconômico (Congresso, Ministérios, etc.) quanto microeconômico (hospitais, ambulatórios etc.) da saúde. A “burguesia da saúde”²⁶ de ideologia neoliberal e privatista conflitou com os trabalhadores técnicos que defendiam a Universalização. Esse conflito aparece no debate sobre o que é nacionalizado (estatizado) ou privatizado, ou seja: o apelo pela privatização da saúde, pelo lado da burguesia choca-se com a defesa pela estatização realizada

²⁶ A burguesia da saúde são os donos de hospitais que lutavam para que o governo continuasse financiando seus serviços iguais à década de 1970.

pelo público. No sentido de que, cada um lutando por seus interesses. Este combate também surge nas questões de gestão, distribuição, financiamento e avaliação de saúde (LUZ, 1991).

Neste contexto, os diversos grupos de interesses defendem que o Estado deve ser o coordenador e gestor dos planos, programas e serviços de saúde. Os setores progressistas reivindicaram uma ampliação do papel do Estado, mas esbarraram na sólida estrutura privada de atendimento médico que se contrapunha a tal reivindicação. Em outras palavras: os trabalhadores, querem que o papel do Estado seja ampliado na saúde, não se resumindo a questão de coordenador e gestor. Porque o gestor só faz administrar e coordenar não fornecendo os serviços. Os donos de hospitais particulares querem que o Estado seja somente gestor e coordenador e não ofereça os serviços.

É importante refletir que, esse combate é mais técnico e profundo do que se percebe, por trazer aspectos ideológicos. Pois além das questões técnicas há, subjacente, interesses econômicos. Se a gestão não vai bem, é uma desculpa para privatizar-se. Desta forma, a partir da segunda metade de 1985 inicia-se progressivo e sucessivo desenvolvimento das empresas privadas que vendem seguros e planos de saúde.

Em 1985, após um extenso período de regime ditatorial no Brasil, ocorreram as primeiras eleições para Prefeito das capitais. De acordo com Massud (2001), em Natal/RN os defensores da Reforma Sanitária²⁷ participaram intensamente de todo o processo eleitoral, conquistando com a posse do Prefeito a criação da Secretária Municipal de Saúde em 1986. Sendo esta uma das principais reivindicações do Movimento Sanitário. Essa conquista foi fruto da intensa mobilização dos agentes envolvidos no Movimento Sanitário do RN e em “acordo mútuo” com a conjuntura política nacional de lutas pela redemocratização do país. Fator este, fundamental no processo de descentralização/municipalização do setor de saúde e que será discutido a seguir.

²⁷ A Reforma Sanitária deve ser vista como um elemento novo no cenário político institucional brasileiro. Dessa forma, a noção de saúde deve ser “socialmente percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência (LUZ, 1991, p.88). Embora essa nova noção de saúde é muito recente e ainda não se disseminou pela sociedade brasileira.

4.2 - A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO RN.

A descentralização dos serviços de saúde representou uma das maiores mudanças político-administrativa no modelo de intervenção-administração do Estado. O processo ocorreu através da transferência de atribuições e recursos para os Estados e, posteriormente, para os municípios com a evolução da municipalização. A discussão a respeito do processo de municipalização das ações de saúde surge no RN com a criação da Secretaria Municipal de Saúde de Natal em 1986. Até então, a coordenação da rede de serviços de saúde pública era a cargo do governo Estadual.

Ao iniciar de suas atividades, a Secretária Municipal de Saúde – SMS, contava com apenas quatro Unidades Básicas de Saúde construídas com recursos próprios, ou seja: uma rede de atendimento bem reduzida. As propostas de trabalho eram coerentes com as consignações da VIII Conferência de Saúde realizada também em 1986. Pois, foram seguidas algumas orientações da mencionada Conferência no planejamento das ações que seriam desenvolvidas pela SMS do RN (VILAR, 1997).

As ações mostravam a importância de se trabalhar com a comunidade, e estavam relacionadas com um: a) grupo multiprofissional na produção dos serviços; b) gerenciamento organizado a nível das unidades; c) programa de prevenção desenvolvido por meio de análise sócio-sanitário de cada área—específica; d) avaliações periódicas; e, e) conselho municipal de saúde, com caráter consultivo (VILAR, 1997). Buscando-se a efetivação dessas ações ainda em 1986, realizou-se um processo seletivo²⁸ para diversas categorias profissionais, cujo objetivo seria formar equipes multiprofissionais para trabalharem nas Unidades Básicas de saúde e para requerimento de profissionais sanitaristas capacitados para exercer as atividades gerenciais da SMS (MASSUD, 2001).

Desta forma, Conforme Vasconcelos (1997), a Reforma Sanitária no RN foi desencadeada a partir de 1987 com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, por meio de convênio²⁹ entre o Governo do

²⁸ Ressaltando que, segundo Massud (2001), somente em 1988, foi realizado o 1º concurso público do Setor Saúde no RN.

²⁹ “Por intermédio da Secretária de Saúde e da Fundação Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, o Ministério da Previdência e Assistência Social – com a intervenção do INAMPS -, O Ministério da Saúde – com a intervenção da F. SESP, da SUCAM, da CEME e do INAN – e o Ministério da Educação e da Cultura – com a intervenção da Universidade do Rio Grande do Norte (VASCONCELOS, 1997, p.76)”.

Estado com os Ministérios da Previdência e da Saúde. O RN passou a representar um dos primeiros Estados brasileiro a implementar o SUDS, cujas diretrizes instituídas delimitavam a:

- Universalização com acesso igualitário;
- Integralização das ações e melhoria da qualidade;
- Integração, regionalização e hierarquização das Instituições;
- Descentralização, com municipalização e distritalização;
- Consolidação e pleno desenvolvimento das Instâncias gestoras das AIS, com participação da sociedade civil na democratização das decisões; e uma,
- Nova política de Recursos Humanos para o setor saúde.

Considerando que, a conjuntura democrática do período, estabelecia propostas de mudanças na intenção de melhorar o processo de integração interinstitucional ganhando legalidade. A secretária de saúde do RN promoveu um seminário a respeito da “Reforma Sanitária e a Organização dos Serviços de Saúde” em 1987, no qual foi discutido: as estratégias e propostas para implementação do SUDS, a função das várias instituições de saúde e seria avaliado também, neste seminário, o processo de integração nas AIS (VASCONCELOS, 1997).

O SUDS originou um acréscimo imenso dos serviços e responsabilidades administrados pela Secretária de Saúde Pública - SSAP, sem que esta estivesse preparada para assumir tais responsabilidades, sendo necessário um espaço onde fossem discutidas, além das diretrizes do SUDS, as propostas a serem concretizadas (RIO GRANDE DO NORTE *apud* VASCONCELOS, 1997).

Surgiram diversas dificuldades na implantação do SUDS, devido às oposições burocráticas e as modificações na gestão clientelista, fatores esses que ocasionaram certo imobilismo dos profissionais e uma resistência das entidades sindicais dos profissionais de saúde à forma de direcionamento centralizada. Para Sampaio *et al. apud* Vasconcelos (1997), a análise da implantação do SUDS no Rio Grande do Norte, utilizando às diversas opiniões de profissionais vinculados as várias instituições, confirma que existia:

- Forças corporativas dificultando o processo de unificação e de mudanças burocráticas;
- Oposição política da gerência institucional ao processo de municipalização;
- Ininterrupção da centralização do programa;

- Ausência de conexão interinstitucional;
- Clientelismo político presente na administração dos recursos;
- Conservação das estruturas de acordo acoplada à rede privada;
- Falta de informação e conseqUente desconhecimento de boa parte dos profissionais e da população em relação aos objetivos da Reforma Sanitária; e por fim,
- Continuação das ações assistenciais praticadas nos momentos anteriores ao SUDS.

Desta forma, pode-se constatar que o SUDS não alcançou seus objetivos e que os discursos não se efetivaram na prática. As mudanças tão proclamadas sintetizaram-se na fusão inacabada da SSAP com o INAMPS e a cobertura salarial, que também não foi cumprida conforme o planejado (VASCONCELOS, 1997).

Este fato mostra uma fratura entre o discurso e a realidade objetiva. Porque no sistema capitalista, o hiato existente entre os dois universos, o da ética e o da realidade concreta, ampliou-se devido o sistema tratar o homem como um objeto. No capitalismo o universo dos valores ganha o caráter de discurso vazio e não é a existência do neoliberalismo que acentua a degradação em todas as dimensões da vida humana, mas sim, a essência do capital. Enfim, a ética e o capitalismo se excluem, se a ética for entendida como aqueles valores que elevam o indivíduo, fazendo-o superar seu individualismo constando-se a universalidade do gênero humano. Por isso os discursos políticos no sistema capitalista constituem-se de forma abstrata, alienada e alienante (TONET, 2002).

Portanto, os problemas conjunturais no setor da saúde, proveniente das alterações ocorridas no direcionamento das instituições previdenciárias e da saúde, de acordo com Vasconcelos (1997), implicou a redução de recursos destinados aos Estados, induzindo maior agravamento nas incoerências já manifestadas no processo de implantação do SUDS. No RN, esse conflito era demonstrado no confronto dos profissionais de saúde frente ao governo com relação às questões salariais e as promessas anunciados e não concretizadas. Esses protestos resultaram em duas demoradas paralisações comprometendo o funcionamento dos serviços, e somente finalizadas com concessões do governo à regularização salarial.

Neste contexto, o processo de municipalização das ações e serviços de saúde no RN ocorreu em um ritmo muito variável. Embora a fratura existente entre o

discurso e a sua concretização não tenha se limitado unicamente ao RN. As contestações presentes na organização e nos agentes, na maneira de exercer o poder permitiram adaptações diferenciadas na execução da política de saúde, em cada Estado ou Município (VASCONCELOS, 1997).

Em 1988, distinguia-se o avanço do SUDS no RN em direção a sua materialização, mas as ocorrências não ratificaram as perspectivas. Foi organizado um segundo plano de atuação, elemento de resolução da Comissão Estadual de Reforma Sanitária - CERES. O documento tratava dos princípios, diretrizes e estratégias de um novo sistema de saúde, ressegurando os princípios da VIII CNS e assinalando a coordenação distrital como fator fundamental para a reorganização dos serviços (RIO GRANDE DO NORTE *apud* VASCONCELOS, 1997).

Para Costa (1998), refletir sobre o processo de distritalização no RN, remete mais à concepção de mini-regionais do que a distritos sanitários. Devido à problemática discussão técnica-política gerada no ato da criação e de implementação dos distritos. Essas precárias discussões tiveram como consequência, assimilação da cultura administrativa das instituições, que antes eram controlados pela SSAP/RN por meio da Diretoria Regional Metropolitana – DRM. Desta forma, os distritos sanitários, assemelham-se a mini-regionais, demonstrando-se como nível desconcentrado que repetem as regras, as determinações e a política do âmbito central da SMS/ RN. Não dispendo de uma essencial autonomia administrativa, financeira e política. Para se ter uma idéia, os gastos são tão concentrados, que a SMS não tem conhecimento de quanto é utilizado por distrito. Ademais, não se consegue, sistematizar cada elemento de custo por unidade da rede própria. Como resultado, não existe um espaço organizado de formulação e gestão de políticas de saúde dirigidas para as necessidades epidemiológicas e sociais de âmbito local.

Um exemplo é que, para os usuários do sistema público de saúde portador de alguma doença³⁰ específica estabeleceu-se no sistema um determinado programa. Diferenciando e isolando o usuário da sua realidade epidemiológica e social, buscando ocultar as diversas determinações sociais que podem ter colaborado para o aparecimento de determinada doença. Afastando assim, o tema da saúde do plano das necessidades e responsabilidades coletivas para o âmbito individual.

³⁰ Tais como: Câncer, Hanseníase, Diabetes, Doenças Sexualmente Transmissíveis- DST, Cólera, Calazar, Tuberculose etc.

Desta forma, a efetividade relacionada com a divisão geográfica dos atuais distritos sanitários no município de Natal/RN, passa a ser duvidosa. Considerando que, o processo de sua delimitação aconteceu totalmente desacompanhado dos debates sobre a distritalização dos serviços de saúde. Portanto, a demarcação geográfica foi debatida e decidida pelo poder executivo municipal acatando os objetivos da reforma administrativa. Através da qual se almejava a concretização do processo de descentralização³¹. Fazendo com que se tornasse imprescindível, sem discussão apropriada sobre as características que envolvem o processo de reorganização dos serviços de saúde, a divisão geográfica por regiões administrativas (COSTA, 1998). Tal divisão tem instigado muito mais os critérios de demarcação geográfica do que de acesso aos serviços de saúde e homogeneidade epidemiológica, cultural e sócio-econômica da população usuária do sistema de saúde.

O ano de 1989 é caracterizado pelo declínio do SUDS em todos os Estados em consequência da crise econômica que atingia o país. No RN, este ano caracterizou-se pela redução das propostas reformistas e pelo agravamento da crise assistencial devido à diminuição dos repasses financeiros. Estabelecendo-se programas sociais de caráter focalista, visando ao enfrentamento somente de circunstâncias emergenciais.

Para Rocha (2006), a década de 1980, no Brasil, representa a conexão da interrupção do modelo de desenvolvimento econômico (estimulado desde os anos 1950), com o avanço das liberdades políticas, na passagem do regime ditatorial para a concretização da democracia. Desta forma, a promulgação da Constituição Federal de 1988 que registrou diversos avanços na ordem social, relacionadas à proteção à cidadania, trazendo políticas de universalização de direitos, mas que ficaram sem possibilidades reais de concretização devido à ofensiva política neoliberal que começava a fazer-se presente na conjuntura brasileira.

Conjuntura esta que a percepção de direitos somada às condições de vida da população é uma conquista recente que ainda se encontra em processo consecutivo, colocando-se como um desafio do Estado diante de suas responsabilidades para com a sociedade, ou mesmo estabelecendo-se como desafio para a própria população, que sempre foi conduzida a não se ver ou pensar

³¹ Entendendo por desconcentração, da gestão municipal por meio da concepção de subprefeituras (COSTA, 1998).

como sujeitos que têm direitos. Por ter sido submetida às relações clientelistas, paternalistas e a internalizar a tradição do favor e da benesse. Neste caso, estabelecer uma cultura que busque direitos se constitui em enorme desafio (UFRN, 2005).

Na realidade brasileira, e em particular na Região Nordeste, convive-se com a institucionalização de uma cultura política autoritária, com forte tradição de clientelismo, personalismo e privatização do espaço público caracterizada pela tutela, benesse e ações de corrupção, em contraposição à cultura política fundada na noção do direito, que não conseguiu até o presente momento, permear o conjunto das relações entre os indivíduos e entre o Estado e a sociedade (UFRN, 2005, p.114).

É fato que, com a Constituição Federal de 1988, as lutas pela democratização intensificam-se no Brasil. Embora, existindo uma maior apreensão da população sobre os problemas sociais, aumentando as pressões sobre o aparelho estatal que se encontrava submetido às estratégias e armadilhas do capital. Intensificando as desigualdades sociais que se exprimem nas diversas expressões da questão social³², agravando as já precárias condições de vida da população destituída de direitos. Sem direito a saúde pública por exemplo, ou a educação de qualidade com professores valorizados e com instalações prediais capazes de abrigar uma casa de ensino, ou ainda sem direito a saneamento urbano, moradia e segurança. “Não é, portanto, qualquer inserção em programas sociais de caráter descontínuo e fragmentário que vai possibilitar o enfrentamento da desigualdade social e o desenvolvimento da cultura dos sujeitos de direitos (UFRN, 2005, p.113).”

Neste contexto, a conjuntura de 1990 encontrava-se declaradamente desfavorável aos projetos de modificações na área social. Com a posse de Fernando Collor para presidência do Brasil (com seu nítido caráter neoliberal), subordinando as políticas sociais e, em especial, as políticas da saúde, às determinações econômicas do ajuste neoliberal, reduzindo os gastos públicos ao privatizar dos serviços e demitir dos funcionários. Neste período, as políticas sociais públicas inscritas na Constituição Federal de 1988 de cunho universalista, passam a ser basicamente focalizadas. Dirigidas à população de baixo poder aquisitivo, com

³² Compreendida como “[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizados por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2007, p.27).”

acentuado atributo de somente atenuar e não de saldar, a densa dívida social existente no país (ROCHA, 2006).

Portanto, o sistema capitalista, no atual momento, tem promovido diversas estratégias para restringir direitos conquistados ao longo do tempo, desqualificando as lutas populares. Buscando adaptar, nas camadas de menor poder aquisitivo, uma forma de subjetividade resignada, que concorda com uma cultura individualista e que passa a naturalizar as situações de pobreza, de precariedade ao acesso a um conjunto de direitos e da mercantilização de todas as dimensões da vida (UFRN, 2005). Conforme Vasconcelos (1997, p.16),

A população, desprovida dos atributos da cidadania, se relaciona com os serviços de saúde enquanto suplicantes e, diante das dificuldades, busca nas lideranças políticas ou nos profissionais o passaporte para o atendimento das suas necessidades de saúde, retribuindo as atenções recebidas com a fidelidade e a gratidão, que se traduzem politicamente no “voto de favor”, configurando um exemplo de relação de troca [...], aceita como natural.

Para Vilar (1997) no caso da saúde, é notório que os indivíduos, principalmente aqueles de baixo poder aquisitivo, estabelecem uma afinidade com o sistema de serviços públicos, compreendendo-o como uma dádiva, como uma benesse que o Estado oferece à população. Entretanto, é necessário distinguir que atualmente, através das contestações provenientes do movimento pela Reforma Sanitária, estão surgindo mudanças nestas formas de entendimento. Para muitos usuários do sistema a saúde, o mesmo já é compreendido como um direito de cidadania³³ e um dever do Estado.

Embora, a maior parte da população ainda não se conscientizou politicamente sobre essa questão, por não terem alcançado maior percepção, devido às próprias diferenças de oportunidades que dispõe. Dificultando assim, as práticas de controle social tanto a nível individual como coletivo. Pois, a conduta dos indivíduos coletivos na constituição de uma vida democrática depende da participação de cada um, no sentido de reivindicar seus direitos, participando dos espaços de debates de forma ativa.

³³“(...) aquela que vê o homem como sujeito de direitos e que, ao exercê-los, influi e delimita as funções do Estado. Essa concepção pauta-se na interdependência entre cidadania e participação. Portanto, reconhecemos a cidadania como uma construção individual e coletiva de homens [e mulheres] livres e autônomos... (SILVA, 2001, p. 07).”

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, adotou-se o princípio da participação como fator fundamental na reorganização dos serviços públicos de saúde. Esta participação seria por meio de um processo que se inicia no âmbito local com a efetivação de pré-conferências, depois na esfera municipal e estadual na concretização das relativas conferências até chegar ao nível nacional. Os trabalhadores de saúde, usuários e prestadores de serviços, ou seja, todos os indivíduos envolvidos na área da saúde puderam participar como delegados (VILAR, 1997).

Portanto, a organização de Conferências³⁴ Municipais de Saúde e a implantação dos conselhos de saúde consistem nos elementos fundamentais para a municipalização dos serviços. Deste modo, em Natal/RN, além da implementação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde - CMS e da concretização da I e II Conferência de Saúde, “foi desencadeado um processo de discussão pré-implantação de um conselho distrital para cada um dos distritos sanitários de Natal (Norte, Sul, Leste e Oeste) e a reestruturação dos conselhos de unidades de saúde (COSTA, 1998, p.87).”

Segundo VASCONCELOS (1997), os conselhos municipais de saúde, em sua maioria, foram criados por determinação das requisições judiciais para adesão à municipalização. Diversos desses conselhos se encontravam em discordância com a Lei federal, desrespeitando a paridade, por apresentar como objetivo apenas o de acatar os interesses dos prefeitos.

O funcionamento de boa parte dos CMS tem sido aleatório e incontinuo, não cumprindo as atribuições de controle social sob sua responsabilidade. Até mesmo, nos municípios cuja sociedade civil é mais ativa, os problemas relacionados ao funcionamento dos mesmos têm sido significativos. Essas dificuldades mencionadas, na maioria das vezes, são causadas primeiramente pela ausência de vontade dos governantes locais em compartilhar as resoluções utilizando o sistema político dominante, manipulando a composição dos CMS e buscando moldá-lo conforme seus interesses. E segundo: pela falta de qualificação dos conselheiros e das entidades para assumir as responsabilidades advindas do processo de participação (VASCONCELOS, 1997).

³⁴“As conferências podem ser consideradas mais um momento em que a sociedade tem oportunidade de expressar seus problemas, anseios e prioridades, já que o objetivo destas é avaliar a situação de saúde em cada nível de governo, e propor diretrizes (VILAR, 1997, p.87).”

Esse contexto, aparentemente, nega a importância dos conselhos de saúde, no entanto, associamos-nos ao ideal de que a “participação é uma estratégia para a melhoria dos resultados da ação governamental” (MISOCZKY, 2003a, p. 338). Ressaltando que, atualmente, a inexistência de efetividade mais concreta por parte de um controle social e dos CMS tem determinações mais intensas do que simplesmente a desqualificação dos conselheiros. Essas determinações remetem ao capitalismo contemporâneo e suas inflexões na relação Estado-Sociedade. Fato este, que nos remete a refletir sobre,

[...] a luta por mudanças estruturais na sociedade brasileira, o que equivale a dizer que o Movimento Sanitário, em seu projeto contra-hegemônico, tem necessariamente de enfatizar o estreito vínculo entre saúde e sociedade, e ligar-se às correntes políticas e organizações sociais que de uma forma ou de outra contestam a sociedade instituída (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p.94).

O estado de apatia social que afeta a sociedade brasileira é ratificada pela ausência de uma consciência sanitária favorecendo a redução da credibilidade do setor público e subordinando a defesa do SUS aos gestores do poder público. Esse fato impede que o SUS se concretize através de uma ação respaldada no princípio da integralidade. A efetiva participação dos profissionais de saúde e da sociedade em geral é fundamental para promoção de mudanças no sistema. Tanto no que se refere aos valores e normas que guiam à atividade dos profissionais de saúde quanto na ampliação de uma conscientização de que a questão da saúde/doença origina-se na conjuntura histórica de uma determinada sociedade, necessitando assim, ser apoderada pela população em suas lutas diárias, como foi discutido e instituído na VIII Conferência Nacional de Saúde.

Em 1990, a rede de Unidades Básicas de Saúde vinculada à Secretária Estadual de Saúde em Natal/RN, foi municipalizada, passando a ser responsabilidade da SMS. A Secretária Estadual de Saúde defendia o processo de descentralização como estratégia para nova organização de serviços no interior da sua esfera. No entanto, no andamento de todo processo, quando a descentralização instituída em passar a gestão para o nível municipal, as oposições surgiam geradas pela diferença dentre as coligações políticas locais que comandavam o governo do Estado. Neste período a SMS contava com 17 unidades básicas de saúde, admitindo do Estado mais 23 unidades básicas de saúde, e, 09 unidades mistas para atendimento hospitalar e ambulatorial (VILAR, 1997).

A mudança de gestão de serviços e recursos no RN tem início também no ano de 1990, nos padrões previstos no SUDS, através da concordata de aprovação de bens, equipamentos, recursos humanos e de manutenção. Neste primeiro momento, mais de 40 municípios assinaram o pacto de municipalização dos serviços básicos de saúde (VASCONCELOS, 1997). Posteriormente ao 'impeachment' do presidente Collor³⁵, as mudanças na política de saúde, ressalvaram a execução da LOS. Advinda em 1991 a implementação do SUS no RN, já regulamentado por Lei Federal, com prioridade para a Municipalização, o Controle Social e a implantação dos Conselhos de Saúde. É o que aventaremos na próxima parte.

4.3 - A IMPLANTAÇÃO DO SUS NO RN.

A Constituição de Federal de 1988 ao definir das competências do município³⁶ reforçará o movimento relacionado ao controle social frente à saúde. Neste caso, a elaboração das Leis Orgânicas Municipais, promoveu o debate sobre essa questão, decorrendo em definições bastante adiantadas a respeito das responsabilidades do município no Sistema de Saúde (VASCONCELOS, 1997). Considerando também que, com o SUS, a sociedade civil conquista um amplo espaço nas determinações políticas no âmbito da saúde, por meio das instâncias sociais institucionalizadas de participação e controle (VILAR, 1997).

A partir do ano de 1991, diversos municípios começaram ou agilizaram o processo de implantação das Secretarias ou Diretorias de Saúde, buscando atender as exigências postas pela Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS (instância de coordenação das AIS nos Estados), e para comemoração de convênios, processo este que, será abreviado após as Leis 8.080 e 8.142 entrarem em vigor (VASCONCELOS, 1997). Nesta mesma ocasião, o CMS de Natal, que permanecia com caráter consultivo, foi o primeiro a readaptar-se a Lei 8.142, em Julho de 1991, passando a assumir caráter deliberativo e a trabalhar com nova composição,

³⁵ Com a posse de Itamar Franco e a designação de Jamil Haddad para o Ministério da Saúde.

³⁶ Ver II capítulo, ponto 2.2 – Desvendando conceitos: descentralização e desconcentração no Brasil.

obedecendo à paridade dentre os usuários, os trabalhadores e prestadores de serviços na saúde (VILAR, 1997).

Neste contexto, o SUS ocasionou diversas modificações com a descentralização das ações e a visão da gestão democrata. A rede pública de saúde passou a organizar-se, de maneira hierarquizada. Com o Sistema Único de Saúde, a descentralização é destacada na forma da municipalização dos serviços, significando transposição de poder, competência e recursos rumo aos municípios (VILAR, p.02). Com o processo de municipalização dos serviços de saúde, os conselhos representam um espaço fundamental para a participação e atuação da sociedade a nível local e regional. Embora, não são os líderes “sindicais que protagonizam os principais enfrentamentos com o governo, uma vez que o Conselho não sustentou dinâmica que provocasse o debate e a construção de consensos, mas de confrontos (VASCONCELOS, 1997, p.130).”

Em Natal/RN de 1990 á 1995, a implantação do SUS no aspecto da descentralização não se desenvolveu da mesma forma da maior parte dos municípios brasileiros, pois, sua gestão conservou-se centralizada no âmbito federal ou aprisionada sob o domínio do INAMPS, por meio da NOB 01/91. Esse domínio expressou à submissão da maioria dos municípios a função de prestadores de serviços. Até mesmo com a publicação da NOB 01/93, essa condição de subordinação continuou (Costa, 1998).

De acordo com Vasconcelos (1997), a análise dos dados financeiros referentes às transferências SUDS/SUS entre 89 e 92 apresentou declínio e insuficiência dos recursos provenientes do Orçamento Geral do Estado - OGE. A explicação para este fato é que, a utilização desses recursos era compreendida como obstruída pela burocracia. Embora diversos elementos indicassem que existiam distorções nas prioridades. Porque os recursos de manutenção da rede financiaram o funcionamento do aparelho burocrático vinculado a secretária.

Mostravam ainda que 70% dos investimentos derivados do OGE em 1992, foram utilizados na obtenção de ambulâncias. Ratificando, assim, a declaração do secretário da saúde na época, ao afirmar explicitamente que o requerimento de ambulâncias se estabelecia na segunda preferência em meio às questões solicitadas pelos prefeitos. Comprovando com esse discurso o “vaivém dos pacientes” para os centros maiores ou “jogo de empurra dos funcionários”,

denotando a ausência de resolutividade dos serviços municipais no interior (RIO GRANDE DO NORTE *apud* VASCONCELOS, 1997).

É importante acrescentar que, no RN, a ausência de integração na gestão do SUS era bastante evidente. Até mesmo com os municípios admitindo, a partir de 1994, a condição de gestão semi-plena, não se conseguia a unificação de comando. Porque a integração da gerência dos serviços públicos hospitalares existentes em Natal, gerenciados pela Secretária Estadual e por assessorias federais, a exemplo: a UFRN, não se norteou pelas reivindicações do Sistema Municipal de Saúde. Ocasionalmente assim, graves danos no atendimento aos usuários. Essas repercussões foram observadas com a efetivação da I Conferência Estadual de Saúde, como etapa anterior à VIII CNS (VILAR, 1997).

Quanto ao processo de transferência de administração, foi adiado no Estado do RN até 1995, momento este, em que foram formadas as comissões Bipartite que exatamente com os conselhos municipais, passaram a compor estruturas essenciais para expandir as transações entre as instâncias do poder e deliberar as etapas necessárias para o desenvolvimento do processo de municipalização. Ressaltando que esse processo somente foi materializado em função das pressões exercitadas pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS do RN (Costa, 1998).

Neste contexto, para Vasconcelos (1997), as pendências mais expressivas no desencadeamento do processo de descentralização, que no RN foi postergado por diversos anos, diferentemente de outros Estados. Consiste no fato que, enquanto nos outros Estados, a descentralização para os municípios iniciou-se durante as AIS, em 1984, avançado com o SUDS, entre 1987 a 1990, no RN somente em 1990, houve as primeiras experiências de municipalização, que foi arrefecida nos anos subsequentes, apenas sendo retomadas no ano de 1994.

Em 1994, a implantação do PSF no RN também teve início, com a locação de 18 equipes em 04 municípios, buscando garantir atendimento a 2,4% da população. Segundo a coordenadoria estadual do Programa, existiam (até 2005) no RN 804 equipes do PSF; e, 676 equipes de Saúde Bucal, espalhadas em 166 municípios, prestando atendimento a 86% da população (CASTRO et al., 2007).

Merece destaque neste mesmo período, a Política de Saúde Mental, como uma grande conquista da luta pela Reforma Psiquiátrica sendo implantada no RN (1994 a 1996), através dos Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS e o Centro de Atenção

Psicossocial – CAPS. O CAPS foi implantado com o objetivo de prestar atendimento aos usuários de drogas e seus derivados. Sucessivamente, surgiram diversos outros serviços, tais como: Acupuntura, Medicina Preventiva, Centro Integrado de Atenção ao Idoso, Núcleo de Referência em Homeopatia e o Programa Saúde do Escolar (MASSUD, 2001).

O governo Garibaldi Alves, que toma posse em 1995, proclama como parâmetro para sua gestão o avanço do processo de municipalização no setor da saúde. Sendo assim, a equipe de gestão fortaleceu a Bipartite como uma instância de deliberação de procedimentos e os processos relacionados com a capacitação e transferência dos serviços e ações foram agilizadas. Até o ano de 1996, 94% dos municípios já estavam habilitados, e 112 dos 153 municípios já administravam as unidades e os recursos procedentes do SIA/SUS, controlando também as AIH designadas aos municípios (VASCONCELOS, 1997).

Os mencionados números referentes aos Municípios representam expressiva melhoria no processo de transferência de gestão. Embora, a adesão dos municípios a descentralização/municipalização não tenha sido seguida por processo de reorganização dos serviços. Constituindo-se apenas, em adaptação das dificuldades presentes nos serviços, sem assinalar para a construção de Sistemas Municipais de Saúde guiados pelos princípios e diretrizes do SUS. No RN, essa transformação foi bem demorada, só ocorrendo em 1995, devido à oposição dos governantes estaduais em realizar a mudança dos serviços e transferir recursos para os municípios (VASCONCELOS, 1997). De acordo com Costa (1998, p.84),

A partir de 1996, com a aprovação da NOB SUS/96 e seu aperfeiçoamento através da portaria interministerial publicada em abril de 1997, é que efetivamente o Ministério da Saúde avançou em termos normativos no sentido de implantar a descentralização.

Neste contexto, compreende-se que em Natal/RN, o processo de descentralização da saúde, torna-se oficial a partir do ano de 1994, assumindo primeiramente a gestão semi-plena, considerando as regras de habilitações do SUS para em seguida, em 1998, admitir a condição de gestão plena do Sistema Municipal de Saúde. Entretanto, não ocorreu nenhum acréscimo expressivo do número de hospitais e, por conseguinte, da quantidade de leitos disponíveis para a população da zona urbana. Adveio sim, uma queda de 19,6% da quantidade de leitos (FERNANDES, 2001).

Portanto, o processo de descentralização decorre conservando um processo de privatização no setor da saúde, absorvendo e se estabilizando vastamente nas questões mais estratégicas dos serviços públicos, que adicionam maiores valores. Ademais, o processo de descentralização vem estabelecendo e improvisando a mais perfeita repartição da rede ambulatorial em benefício dos interesses da rede privada de serviços, (FERNANDES, 2001). Desta forma, instalaram-se na saúde, “práticas neoliberais, [...] que sempre reforçaram as dicotomias entre o público e o privado, o universal e o particular, o preventivo e o curativo, privilegiando os segundos e criando uma cultura institucional a esse favor (VILAR, 1997, p.02).”

O atendimento de saúde a população de Natal/RN é proporcionado por um sistema que abrange as redes privada e pública. O setor privado, basicamente sustentado pelos planos e seguros privados de saúde recebe aqueles indivíduos com maior poder aquisitivo. Entretanto, a maior parte da população com baixo poder aquisitivo é usuária do SUS, que disponibiliza uma rede pública de serviços mantendo contrato com hospitais privados no Município. A rede hospitalar é composta por 2.506 leitos, distribuídos entre as várias especialidades clínicas. A capacidade de atendimento desses hospitais é de 284,2 habitantes para cada leito disponível (SEBRAE *apud* UFRN, 2005).

Segundo Costa (1998) é importante refletir que o processo de reorganização horizontal proposto pelo SUS é completamente diferente do modelo anterior de saúde. Contrapondo-se integralmente á estrutura verticalizada e concentrada dos serviços públicos de saúde prestados a população brasileira. Para comprovar, basta observar o quadro comparativo, na página seguinte.

Uma das diferenças fundamentais dessa estrutura técnica horizontal do trabalho constitui-se na forma de hierarquização por grau de complexidade (Básico, Secundário e Terciário) e nas responsabilidades que cada governante (Federal, Estadual e Municipal) assume na coordenação, implantação, acompanhamento e avaliação das ações e serviços prestados pelo SUS. Embora a maioria dos encargos, no sentido de prover ações e proporcionar serviços é de responsabilidade dos municípios que tenham optado pela gestão plena do sistema.

QUADRO 06

SISTEMA TRADICIONAL	SUS
1- Estrutura centralizada, descoordenadas e/ou gerenciadas como unidades isoladas e desarticuladas	1- Estruturas descentralizadas, hierarquizadas e gerenciadas e/ou coordenadas por nível de governo (municipal, estadual e federal) e de complexidade: primário, secundário e terciário:
2- Supremacia do governo federal em relação aos estados e aos municípios.	2-Comando único por nível de governo, privilegiando os processos de municipalização.
3-Ênfase nas ações curativas/individuais e completa desarticulação, entre os níveis primários, secundários e terciários, dicotomia entre as ações coletivas e ações individuais.	3-Ênfase nas ações coletivas e integração entre ações nos níveis primários, secundários e terciário: atendimento integral.
4-Discriminação entre segurados e não segurados.	4-Universalização e equidade.
5- Estrutura autocrata-descendente	5-Estrutura de gestão colegiada ascendente (conselhos de conferências, comissões intergestoras).

SISTEMA DE SAÚDE TRADICIONAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS

FONTE: Costa (1998, p. 74).

Cabe ressaltar que, a Estrutura autocrata-descendente significa uma verticalização centralizada, quanto a Estrutura de gestão colegiada ascendente significa justamente o contrario, ou seja: do nível local para o central (COSTA, 1998).

As ações e serviços referentes ao Nível Básico e/ou primário³⁷ de saúde em Natal/RN, de acordo com Costa (1998), são prestadas através das:

- Clínicas Populares – CP: são clínicas de pequeno porte, oferecem atendimento básico de enfermagem (injeções, curativos, etc.);
- Postos de Saúde – PS: unidades básicas que prestam assistência médica em clínica geral e pediatria. Desenvolvem também atividades de imunização e programas preventivos;
- Centros de Saúde – CS: são unidades com capacidade para prestar atendimento ambulatorial básico em: clínica geral nas mais diversas especialidades. Composta de laboratório para realização de exames básicos de sangue, urina e fezes. São responsáveis também pela vigilância epidemiológica e sanitária da área onde esta situada;
- Unidades Mistas – UM: se constituem em unidades de emergência de pequeno porte. Capacitadas para desempenhar atendimentos e internamentos de urgências de curta permanência em clínica geral e pediatria simples. Também se constituem nas maternidades realizando parto normal.
- Unidades Integradas - UI: atendem pequenas urgências e são unidades anexadas aos centros de saúde.
- Unidade Materno Infantil – UMI: prestam serviços de emergência à gestante e às crianças (infecções respiratórias agudas, partos, aleitamento, etc.);
- Centros Odontológicos – CO: realizam RX, restaurações e extrações.
- Central de Ambulância;
- Programa de Saúde Escolar- PSE; Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PAC’S; Programa de Saúde da Família – PSF.

O Nível Secundário ou assistência médica ambulatorial e hospitalar de média complexidade é administrado no RN pela SSAP, mas controlado pela Secretaria de Saúde de cada município em que se localize e que se encontre em condições de gestão plena. Neste nível de complexidade, tantos os ambulatórios especializados, como os hospitais são de caráter público, filantrópicos ou privados, desde que mantenha convênio com o SUS. Em Natal/RN é composta por (COSTA, 1998):

³⁷ Cujas responsabilidades são da Secretária Municipal de Saúde abrangendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, alimentar, farmacêutica, serviços ambulatoriais e laboratoriais básicos, consulta em clínica geral, ginecologia, pediatria, psicologia e nutrição; exames de rotina etc. (COSTA, 1998).

- A) Hospitais Gerais – HG:** abrange um grau de cobertura municipal, estadual ou regional. Oferecem serviços de clínica geral, pediatria e ginecologia;
- B) Hospitais Especializados:** composto por laboratórios e clínicas. Oferecendo também serviços de internamento;
- C) Centros de Atenção ao Idoso – CIAI:** unidade ambulatorial que presta serviços de psicologia, serviço social, farmácia, odontologia etc.;
- D) Centros Clínicos- CC:** oferecem serviços de cardiologia, endocrinologia, ortopedia, otorrinolaringologia e neurologia;
- E) Centros de Assistência Integral à Saúde da Mulher – CAISM:** realiza prevenção e tratamento do câncer de mama e colo uterino, oferecendo serviços de assistência social, sexualidade e psicologia;
- F) Centro Clínico de Atendimento Pediátrico – CCP:** composto por: pediatria em neurologia, cardiologia, psicologia, fisioterapia e ortopedia.

O Nível Terciário de saúde é composto por serviços hospitalares e ambulatoriais de alta complexidade. Constituindo-se por ações e serviços públicos e privados contratados pela Secretaria Estadual de Saúde. Prestam serviços de: cirurgias cardíacas, renais, transplantes, tratamentos do câncer, AIDS e outras doenças de caráter crônico-degenerativo. As ações e serviços de alta complexidade realizada fora do Estado que requerem alto grau de atendimento tanto a nível técnico, como de equipamentos é de competência também do nível terciário.

De acordo com o Relatório final da pesquisa: "A Condição de Pobreza e Exclusão Social da População de Natal" realizado por pesquisadores da UFRN do Departamento de Ensino em Serviço Social – DESSO no ano de 2005, a implantação dos serviços e equipamentos urbanos em Natal não ocorre na mesma dimensão que o desenvolvimento da cidade, nem com a mesma preferência que a cidade organiza-se para receber seus visitantes. A rede pública de saúde em Natal, em 1988, era composta por 26 unidades. Com a concretização do SUS, atualmente totaliza 79 unidades de saúde no Município de Natal; ficando: 31 na Região Norte; 11 na Região Sul; 19 na Região Leste; e, 18 na Região Oeste.

O processo de descentralização das políticas sociais vem exigindo da esfera municipal um nível crescente de responsabilidades na formulação de políticas públicas e no atendimento às indigências sociais (UFRN, 2005). Portanto, cabe ao município distribuir todas as ações e serviços de saúde no âmbito da sua comarca. Em outras palavras,

[...] estabelecer convênio com a rede pública e privada de saúde, pagar, receber, processar, encaminhar boletins de produção ambulatorial e hospitalar, acompanhar, avaliar, controlar, auditar/fiscalizar as ações dos serviços públicos, filantrópicos e privados conveniados com o SUS, localizados no município (COSTA, 1998, p. 78).

Desta forma, a análise da descentralização e da integração interinstitucional, conforme Vasconcelos (1997), demonstra a incompletude da reforma administrativa. Mesmo com todas as conquistas obtidas e a mudança de poder direcionada ao município. As dificuldades atribuídas aos municípios referentes ao exercício do comando único são imensas, iniciando-se com a insuficiência de recursos e agravando-se com a lógica de financiamento fundamentada na produção de serviços. Esses fatores inviabilizam a programação e a reorientação do novo modelo de saúde em cada município.

Pode-se acrescentar ainda como obstáculo para real concretização da reforma os problemas políticos e institucionais colocados pelos governantes da esfera federal e estadual em efetuar a transferência de serviços e ações para os devidos municípios. Portanto, permanece um processo dúbio no qual, equivalente à transferência de poder, transferem-se também as dificuldades sem a correspondência de recursos necessários para realização das ações e serviços e para desarticular assim o conflito do plano central do Estado para o nível local de poder, em um período de agravamento da crise fiscal.

Para Costa (1998), a atual organização do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que aprova determinadas reivindicações do movimento sanitário (a universalização, a descentralização etc.), não consegue extrapolar as contradições existentes, entre as quais se pode mencionar: “a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e quantidade do atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa (p.103-104).”

Sendo assim, é notório que o conjunto das modificações não tem ultrapassado o padrão médico-hegemônico. Para que este fato se consolide, é necessário que o sistema de saúde articule suas ações com as outras políticas sociais (educação, saneamento, habitação, transportes etc.) que interferem na qualidade e conseqüentemente nas condições de vida da população (COSTA, 1998). Deste modo, de acordo com Ramos (2004) a promoção da saúde abrange todos os indivíduos e as comunidades visando,

[...] a saúde em geral, os determinantes e as actividades que a promovem, a participação pública e o desenvolvimento de competências de resoluções de problemas individuais e coletivos. A promoção da saúde destaca o papel dos indivíduos, dos grupos e das organizações enquanto agentes que intervêm na definição e implementação de práticas e de políticas que conduzam ao bem estar individual e coletivo e exige a cooperação dos diferentes sectores, para além dos sectores da saúde... (RAMOS, 2004, p.102).

Portanto, o SUS em Natal/RN, mesmo originando expressivas mudanças a nível da organização e da gestão dos serviços, a exemplo do que ocorre em todo o Estado do RN e em boa parte dos municípios brasileiros, enfrenta grandes dificuldades, que na compreensão de Costa (1998, p.99) podem ser mencionadas da seguinte forma:

- 1) Praticamente não tem avançado no sentido de efetivamente articular outros setores, como limpeza urbana, saneamento básico, controle e fiscalização dos ambientes de trabalho, bem como efetivas ações envolvendo simultaneamente vigilância epidemiológica, alimentar e sanitária.
- 2) Não tem construído instrumentos de informação capazes de identificar e avaliar a eficácia social, ou o impacto das ações e serviços.

Em Natal/RN os serviços públicos de saúde no município se desenvolvem através da assistência individual distinguida pelo atendimento a população em Unidades de Saúde. E pelas ações de vigilância epidemiológica e sanitárias dirigidas à coletividade. O município também realiza através da SSAP, atividades que permitem o conhecimento dos casos de doenças prevalentes. Essas análises dão subsídio ao planejamento das ações de saúde no município de Natal, contribuindo na criação de formas eficazes de combate, prevenção e controle de doenças. Essas ações têm sido desenvolvidas constantemente, considerando que o Município possui zonas de risco ambiental e epidemiológica, agrupando populações de baixo poder aquisitivo (NATAL, 2003 *apud* UFRN, 2005).

Nos espaços com maior centralização de pobreza³⁸ na cidade de Natal, as zonas de povoamento mais antigas e que apresentaram certa forma de interferência pública relacionada à urbanização, possuem algum acesso ao saneamento. As

³⁸ “a pobreza é uma das causas mais importantes de doenças e mortalidade, traduzindo-se por carências múltiplas: alimentação incorreta, água não potável, insegurança habitacional, degradação do meio, ausência de educação e não acesso aos cuidados de saúde. As conseqüências mais frequentes destas condições são as doenças infecciosas e a má nutrição... (RAMOS, 2004, p.33).”

demais áreas de habitação não possuem estes serviços (de saneamento). Nesses ambientes, a água servida é arremessada a céu aberto; tanto na rua, como no quintal ou até mesmo em terrenos baldios. Dos 82,62% das moradias que não têm acesso a rede de esgotos. 12,18% da água servida vão para o sumidouro. As ações de saneamento básico, no que se refere ao esgotamento sanitário da cidade de Natal, ainda são muito precárias porque, continua o mesmo percentual de cobertura existente há pelo menos 20 anos. Estabelecendo-se em torno de 25% das residências. Confrontando essa condição do saneamento por regiões, encontra-se: a região Leste, com 70,67% de cobertura, sendo mais bem assistida e a região Norte, com somente 3,8%, apresentando a de menor cobertura. Ressaltando que a região norte é a que abriga a mais espaçosa concentração populacional, se constituindo em um desafio a ser enfrentado pela gestão pública (UFRN, 2005).

Quanto ao município de Natal, o esgotamento sanitário necessita de elevado volume de investimentos para chegar-se a um nível mais adequado de esgotamento sanitário. Neste caso, a situação é caótica, mais de 45% dos domicílios usam a fossa séptica como meio de esgotamento sanitário. Enquanto 27,30% das moradias utilizam desde a fossa rudimentar até a vala, rio, lago ou o mar. O lixo produzido pela população de Natal 97,61% é recolhido pelo serviço de limpeza pública da prefeitura. Embora ainda existam bairros (Salinas e Guarapes) onde mais de 18% das residências não são atendidas pelo serviço de limpeza pública, nestes bairros o lixo é enterrado ou jogado a céu aberto, nos rios e no mar (UFRN, 2005).

De acordo com Mineiro *apud* UFRN (2005) Natal apresenta uma boa cobertura de serviços no que se refere ao acesso à água. Conforme dados da CAERN, seus serviços abrangem 98% da cidade. No entanto, o serviço de coleta e tratamento de esgotos, é imperceptível para a grandeza da cidade. Os dejetos produzidos por 71% da população, em 2001, eram jogados abertamente em fossas sépticas e sumidouros ocasionando sérios riscos para o aquífero subterrâneo. Ressaltando que, nos últimos anos tem aumentado muito o nível de contaminação por nitrato das águas subterrâneas (principal fonte de abastecimento) de Natal. Comprometendo também, o rio Potengi por receber parte dos esgotos domésticos e industriais, produzidos em Natal e que não tem destino correto, implicando futuramente graves danos a saúde da população da região metropolitana (UFRN, 2005).

Segundo Costa (1998), neste contexto surge um “leque” de requisições expressivas do conflito existente dentre as práticas habituais ou tradicionais da

saúde e as novas ações propostas pelo SUS no RN. Estas exigências ficam assim resumidas: a) as provenientes do histórico déficit de oferta dos serviços de saúde (demanda reprimida), visando ao atendimento às necessidades da população, com destaque na medicina curativa; b) as concernentes com às inovações tecnológicas, gerenciais e técnicas-políticas viabilizadas pelo sistema; e, c) as que contestam pelas necessidades de saúde procedentes da adequação dos usuários e profissionais à recente composição tecno-organizativas do SUS.

As requisições que dizem respeito à **demanda reprimida** em ampla avaliação, conforme Costa (1998) são totalmente pertinentes à ocorrência de que: ao estabelecer que a Unidade Básica seja a porta de entrada do sistema, ocorreu um acréscimo da demanda por seus serviços, contudo não sobreveio nenhuma ampliação das equipes ou melhoria funcional de trabalho, sobrevivendo à falta de equipamentos, material de laboratório, problemas de manutenção, dentre outros. Ademais, as ações e serviços desempenhados na unidade básica e no PSF/PACS, foram desintegradas, acarretando como resultado a contraditória descentralização e informatização das longas filas de espera.

Para Costa (1998) torna-se contraditória porque o recente processo de organização do SUS não tem conseguido resolver a antiga questão das filas de espera. Tendo somente por meio da informatização e da hierarquização do atendimento descentralizado-as ou dispersado-as dos ambulatorios especializados e hospitais para os centros de saúde. Deste modo, além de não superar essa questão, institui outras fileiras para triagem e autorizações.

Neste caso, ocorre o mesmo problema com a rede ambulatorial e hospitalar que passa a ter um aumento da demanda sem ocorrer nenhum investimento tanto a nível de material como de recurso humano. Fato esse que gera diversos entraves a integração e, a unificação do sistema, não assegurando atendimento adequado para aqueles que buscam e necessitam dos serviços de saúde (COSTA, 1998).

Quanto à questão da **demanda e da oferta**, agrega-se a cultura que se institucionaliza com características hospitalocêntricas e com a tonificação da hegemonia do saber/poder médico. Esses fatores compõem um núcleo que resiste à proposta de cooperação então vigente. Nesse contexto, a principal problemática relaciona-se com a indisponibilidade parcial dos leitos e das consultas especializadas para o sistema integrado através da central de marcação de consultas e leitos. O argumento para tal situação relaciona-se com uma suposta

“reserva técnica” de leitos e consultas para os hospitais e ambulatórios especializados particulares, quanto para a rede filantrópica conveniada (COSTA, 1998).

Para Costa (1998), não ocorreu redução no grau de exposição da população às doenças que apresentam possibilidades elevadas de prevenção através das ações básicas de saúde. Deve-se essa irredutibilidade ao déficit de oferta e a política de educação sanitária. A consequência para tal situação é a reação dos usuários em procurar os serviços médicos apenas quando estão doentes, implicando em aumento na demanda por ações curativas individuais em detrimento das ações preventivas coletivas. Além disso, o receio de “perda de tempo” nas intermináveis filas leva o usuário a procurar o serviço médico apenas em casos graves.

Desta forma, “dentre as requisições relacionadas às inovações tecnológicas, administrativas e políticas implementadas no SUS, pode-se destacar aquelas vinculadas (COSTA, 1998, p.106).” (a) Ao próprio protocolo que permeia o funcionamento do sistema de referência e contra-referência³⁹. Esses protocolos são exigidos, nas ocorrências de cirurgias, abrangem a triagem obrigatória de um auditor para liberar tanto as cirurgias, como os procedimentos que exigem internamento. Nestes casos, é necessário levar o próprio paciente; b) À autorização e marcação dos internamentos e consultas ambulatoriais especializadas de forma unificada, hierarquizada e em parte informatizada; e por fim, c) A triagem para autorizar a realização de exames de média e alta complexidade, de que são exemplos as ultrasonografias, tomografias, mamografias, etc.

Considerando o contexto exposto e quando se analisa a estrutura do programa de procedimentos realizados pelo SAI/SUS de 1994 a 1999, referente à assistência Básica, de Média e Alta Complexidade. É possível afirmar que: ao referir-se sobre a descentralização ou municipalização dos serviços de saúde em Natal/RN, devemos considerar apenas a Assistência Básica, porque os municípios alcançam uma participação “de 100% na oferta de todos os grupos que compõem o Piso de

³⁹“O sistema de referência e contra-referência é o instrumento através do qual se dispõe do acompanhamento, controle e continuidade da trajetória do usuário no sistema. Ou seja: é através dele que se torna possível registrar os procedimentos, desde aquele iniciado em uma unidade básica, até os demais que completam o atendimento realizado. Trata-se de um instrumento que assegura mobilidade interna à prestação dos serviços, além de definir os caminhos, as vias de circulação das informações e a própria seqüência das ações realizadas (COSTA, 1998, p. 82).”

Assistência Básica - PAB, especialmente a partir de sua condição de gestão plena de sistema municipal adquirido a partir do ano de 1998 (FERNANDES, 2001, p. 75).”

Portanto, mesmo o SUS, compondo um atualizado padrão de organização dos serviços públicos de saúde e com enorme abrangência social, tendo como uma de suas características principais valorizar o nível municipal. Não se tem tornado possível materializá-lo da forma almejada por todos aqueles que lutam a favor de uma saúde de qualidade, compreendendo-a como direito e não como favor. E neste caso,

Em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação. Essa situação fez com que fossem ampliados, nos últimos anos, os debates sobre o aumento do financiamento do setor público da saúde e a melhor utilização dos limitados recursos existentes. Sem dúvida, as alternativas passam por novas propostas de modelos de gestão aplicáveis ao setor e que pretendem redundar, em última análise, em menos desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos (KISIL, 1998).

Desta forma, quando os pesquisadores e analistas se debruçam sobre a experiência brasileira no setor da saúde, constata-se que, embora muitos tenham sido os avanços, não foi possível a superação das facetas fragmentarias e burocráticas dos atos inerentes a cultura organizacional e institucional na história sanitária brasileira. Não foi possível ainda mudar o modelo assistencial e ainda encontra-se a possibilidade de valorização de uma racionalidade meramente estipulada por visões quantitativas (COSTA, 1998).

Contudo, o processo de construção do SUS, ainda não foi concluído, conforme Costa (1998) apresenta dificuldades em mudar o modelo assistencial e as práticas em saúde. Nesse contexto, a maioria dos questionamentos advindos concentra-se no fato de esse sistema efetivamente não garantir o atendimento às demandas reprimidas, ou seja, a busca por atendimento maior que a disponibilidade da oferta dos serviços existentes. Assim sendo, a descentralização e a reorganização dos serviços de saúde, busca efetuar um remanejamento das atividades e responsabilidades intercedidas pela informatização de todo o sistema. Porém,

[...] a informatização, sem o aumento da capacidade de ofertar serviços na quantidade e qualidade requeridas, não supera a questão da demanda reprimida; ao contrario, acrescenta algumas dificuldades á histórica falta de acesso aos serviços públicos de saúde, visto que ao disciplinar o acesso via

central, ou através da autorização pelos distritos, reduz as possibilidades de procura espontânea em outros serviços sem garantir atendimento para a maioria, constituindo-se este em um dos grandes “nós críticos” do sistema de saúde em Natal (COSTA, 1998, p.103).

É importante acrescentar também que, a marcação de consultas, exames e de leitos não somente em Natal/RN, mas em todo o país, depende das quotas destinadas para cada serviço e comumente a demanda é bem maior do que esse número de quotas. Alguns serviços⁴⁰, com elevados índices de demanda reprimida ao prestarem sua marcação de consultas informatizada por meio da central de marcação de consulta, incumbem-se de informatizar a fila de espera. Em outras palavras: o usuário dirige-se ao ambulatório da Unidade Básica onde foi atendido, procura o setor responsável pela marcação de consultas e fica aguardando o resultado da marcação do dia da consulta também por telefone, ou regressando diversas vezes á unidade (COSTA, 1998). Processo esse, que geralmente demora longo tempo para ser efetuado.

Por conseguinte, a informatização e descentralização das filas das clínicas especializadas, para a Unidade Básica é uma forma de “esconder” o problema, proibindo que o paciente procure os serviços de saúde e agende sua consulta (procura espontânea), implicando, perda das referências de atendimento tradicional, sem a devida mudança apropriada no sentido de garantir atendimento satisfatório. Tornando assim, “a maratona, a romaria da população mais confusa, receosa, desapontada e/ou descontente com as mudanças (COSTA, 1998, p.103).”

Embora a crise do SUS seja em todo o país, as experiências de diversos municípios brasileiros que apresentam bons resultados indicam que a desordem no setor da saúde em Natal/RN é, em grande parte, proveniente de má gestão. Que ocasiona uma administração assinalada pela incapacidade, favoritismo, clientelismo e ausência de compromisso com a qualidade do serviço prestado a população (VILAR, 1997).

Desse modo, mesmo com todos os problemas de gestão que o SUS depara-se, problemas de financiamento e da precária qualidade dos serviços prestados em Natal/RN, para maioria da população northeriograndense, o Sistema de Único de Saúde é muito importante, sendo considerado um patrimônio da sociedade brasileira, (UFRN, 2005). Pois, o SUS é,

⁴⁰ Prestados pelas Clínicas de Cardiologia, Oftalmologia e Ortopedia

[...] o único sistema unificado e de acesso universal na América Latina. Apesar dos baixos investimentos na ampliação da oferta da rede pública; dos problemas de financiamento e de repasses de recursos para a rede privada conveniada (ainda majoritária no âmbito hospitalar); da terceirização e precarização da maioria dos trabalhadores de saúde; das más condições de trabalho; das 'novas' modalidades de 'gestão' de alguns hospitais públicos que provocam uma dualidade no atendimento; e no aumento crescente em volume e complexidade da demanda; o SUS continua sendo a única e a mais relevante alternativa de assistência à saúde para parcelas majoritárias da população brasileira, e que precisa ser preservado e melhorado (SOARES *apud* UFRN, 2005, p.128).

Para diversos estudiosos da Política de Saúde no Brasil, há um consenso de que uma política que tenha como foco a descentralização na forma da municipalização, seguida de abertura de espaço para o controle e a participação social. Consecutivamente, com a instalação de um sistema de informação que possibilite ao Estado exercer sua função regulatória, em especial para determinar as ações e serviços. É o caminho correto para ultrapassar as dificuldades que põem o SUS em perigo.

Portanto, perante o que foi desvendado sobre o SUS na atual conjuntura, é possível identificar que o processo de descentralização, embora de forma tímida, vem melhorando as condições de atendimento público a saúde, tanto nos pequenos municípios, como também nos centros urbanos. É o que discutiremos no capítulo seguinte, utilizando o exemplo do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel – H.M.W.G. (lócus da pesquisa), localizado em Natal por ser o maior hospital geral e de pronto socorro da capital do RN.

5 - O PAPEL DO H.M.W.G. NA ESTRUTURA DESCENTRALIZADA DA POLÍTICA DE SAÚDE DO RN.

5.1 - O HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL – H.M.W.G. EM NATAL/RN.

O Hospital Geral e Pronto Socorro de Natal/RN foi inaugurado em 1971, iniciando suas atividades em 1973 ao receber, em homenagem ao Governador do Estado, o nome de Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.

Monsenhor Walfredo Gurgel, era natural da cidade de Caicó/RN, enfrentou diversas dificuldades para realizar seus estudos, pois, era de família pobre, perdeu o pai aos 10 anos de idade e, para ajudar a família, vendia banana na feira. Mesmo com todos os problemas financeiros, realizou o curso primário no Grupo Escolar Senador Guerra. Queria ser padre, mas sua mãe não tinha condições financeiras para custear seus estudos no seminário. Através do Bispo Diocesano Dom José Pereira Alves, Walfredo Gurgel conseguiu ingressar no Seminário de São Pedro em 1922 no qual demonstrou significativos esforços nos estudos, vindo a ser laureado, quando concluiu o curso no Seminário Menor e contemplado com uma bolsa de estudos para Roma (COISAS POTIGUARES, 2006).

Em Roma cursou Filosofia e Teologia, doutorando-se em Direito Canônico pela Universidade Gregoriana. Em 1931, ordenou-se padre na Capela do Pontifício Colégio Pio-Americano. Retornando ao Brasil em 1932, assumindo o cargo de Reitor do Seminário São Pedro e posteriormente foi designado vigário de Acari e Caicó. Lutou pela criação da Diocese de Caicó assumindo o papel de vigário geral da paróquia quando D. José de Medeiros Delgado foi designado bispo de Caicó. Sendo professor e Vigário inquietava-se com o futuro educacional dos jovens do Seridó, então passou a lutar pela edificação de uma escola de 1º grau nesta região e, em 1942 foi inaugurado o Ginásio Diocesano. Monsenhor Walfredo Gurgel assumiu a direção e administração desse ginásio, exercendo a função de “contador” e administrador. Ademais, treinava os times de futebol e de vôlei e assessorava os ensaios de uma banda de música, que organizava na região do Seridó (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, 2010).

Monsenhor Walfredo Gurgel ingressou na vida política elegendo-se Deputado Federal pelo Partido Social Democrático – PSD no ano de 1945,

posteriormente, conseguiu eleger-se para vice-governador do RN, com Aluízio Alves governador em 1960-1970, presidindo neste cargo a Assembléia Legislativa Estadual. Não concluiu o seu mandato porque após outra eleição, chegou ao Senado da República. Defendeu a política como algo passageiro, que não explicava as intrigas e as antipatias. Para ele, o mais importante era conservar as amizades em qualquer situação, pois somente a amizade era permanente e duradoura. O seu perfil era de um homem estadista, sereno, diplomata e seguro do que falava e fazia. Quando se elegeu a Governador do RN em 1967, continuou com a mesma postura, com a mesma honradez e serenidade (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, 2010; TRIBUNA DO NORTE, 2010).

Depois que deixou o governo, o monsenhor realizou uma viagem ao continente europeu. Ao voltar ao Brasil e realizar um exame de Raio X, no Instituto de Radiologia de Natal, foi diagnosticado um tipo de neoplasia maligna no pulmão. Vindo a falecer no dia 03 novembro de 1971 em Natal, exatamente um mês após o descobrimento da doença. Velado por uma multidão enorme e todos os ex-secretários do governo, o corpo do monsenhor permaneceu no Palácio do Governo até ser trasladado para a Catedral Metropolitana onde foi celebrada uma missa com a presença de 12 padres. Após a missa, houve a encomendação do corpo realizado por Dom Nivaldo Monte, coadjuvado por todos os vigários que concelebravam a missa. O corpo do monsenhor seguiu para ser sepultado na cidade de Caicó, sua cidade de origem (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, 2010).

Monsenhor Walfredo Gurgel, realizou diversas obras no RN dentre essas: a criação da Companhia De Águas e Esgotos do Rio Grande do Norte – CAERN; a eletrificação de vários municípios do RN com a energia proveniente da usina hidrelétrica de Paulo Afonso, a biblioteca pública “Câmara Cascudo” e a construção do Hospital Pronto Socorro de Natal. Atualmente Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, referência no atendimento de urgências e emergências pelo Sistema Único de Saúde. Constituindo-se no único hospital estadual da região metropolitana do RN a prestar serviços de: Neurologia; Ortopedia; Queimados; Nefrologia; Urologia; Cirurgia Vascular; e, Hematologia.

O Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel – C.H.M.W.G. atualmente é composto por mais de duzentos leitos, distribuídos entre: o Walfredo Gurgel e o Pronto Socorro Clóvis Sarinho. Esses leitos são alocados para pacientes

cujo estado de saúde se encontre em fase terminal ou de difícil recuperação, para Unidade de Terapia Intensiva – UTI, para Unidades Semi-Intensivas e para o pós-operatório no Pronto-Socorro Clóvis Sarinho (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, 2010).

O quadro de funcionários do C.H.M.W.G. é formado por uma equipe composta por 1.800 funcionários, dentre esses: 200 são terceirizados, proporcionando serviços de Vigilância e Higienização; 554 são auxiliares e técnicos de enfermagem; e, 30 médicos (em cada turno) formam a equipe de plantão permanente. Ressaltando que o CHMWG dispõe também de um grupo de profissionais de sobreaviso, que pode ter seus serviços solicitados a qualquer momento (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, 2010).

O H.M.W.G. atendia mensalmente cerca de 20 mil pacientes provenientes de Natal (capital do RN) e do interior do RN, reduzindo-se para uma média de 10 mil atendimentos a partir de 2008. Aproximadamente 1.1 mil pacientes ficam internados. Mensalmente são realizadas cerca de 440 cirurgias e 480 tomografias computadorizadas. Os principais procedimentos desempenhados são: clínica médica e pediátrica, cirurgia geral, buço-maxilo facial, neurocirurgia, anestesia, fisioterapia, ultra-sonografia, fonoaudiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, endoscopia digestiva e raio X (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, 2010). Essa média, porém, vem diminuindo devido, em grande parte, aos diversos fatores dos quais se destacam o processo de triagem e o crescimento de uma oferta desses serviços no interior.

O H.M.W.G. tem como missão “Promover a dignidade da pessoa humana, preservando-lhe e resgatando-lhe a saúde, oferecendo-lhe atendimento de boa qualidade, universal e igualitário, nas áreas do trauma e emergência”. Buscando alcançar esta incumbência, objetiva contribuir na formação de profissionais⁴¹ da saúde. Sendo o segundo maior Hospital de ensino do RN. Atualmente os campos de estágios foram expandidos e foi permitida pelo Ministério da Educação e Cultura a residência médica em cirurgia geral (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, 2010).

Em 2004, o centro de estudos foi reativado passando a funcionar com reuniões diárias promovendo a integração entre as equipes profissionais e,

⁴¹ Da área de: serviço social, medicina, nutrição, odontologia, farmácia enfermagem, psicologia, etc.

principalmente permitindo que as atividades científicas no HMWG sejam realizadas. O hospital também é lócus de estágio dos cursos para técnicos de raio X e de enfermagem.

O Pronto-Socorro Dr. Clóvis Sarinho, parte complementar do C.H.M.W.G. foi inaugurado em 2001. Tornando-se uma referência no atendimento de emergência no RN. Também é uma sede da Central de Transplantes no estado mantendo uma equipe de sobreaviso para captação de órgãos. O Pronto Socorro recebe cerca de 20 mil pacientes mensalmente. Possui 62 leitos sendo: 9 de UTI geral; 5 de UTI pediátrica; 9 do Centro de Recuperação de Operados - CRO; 12 da Unidade Semi-intensiva; 8 da divisão de Politrauma; 4 do setor de Reanimação; e, 15 na pediatria.

Os principais procedimentos realizados no Pronto-Socorro Dr. Clóvis Sarinho são em clínica médica e ortopedia. Funcionando também com Assistentes Sociais em regime permanente de plantão; recepção informatizada para admissão de pacientes e posto da Polícia Militar. Sua estrutura envolve o Centro Cirúrgico do Hospital Walfredo Gurgel com 5 salas cirúrgicas, e o Centro de Esterilização de Materiais. Ademais, possui Serviços Auxiliadores de Diagnósticos, abrangendo: Laboratório de Análise Clínica; Endoscopia Digestiva; Colonoscopia; Ultrassonografia; Radiologia; Tomografia Computadorizada.

No H.M.W.G. foi implantado a Política Nacional de Humanização - PNH. Essa política foi Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, tendo como objetivo concretizar os princípios do SUS no dia-a-dia das práticas de atenção e atendimento. Buscando promover trocas solidárias entre os gestores. Almejando um sistema de saúde SUS humanizado, empenhado com a defesa da vida e fortalecimento do processo de pactuação democrática e coletiva.

O Serviço Social do H.M.W.G. trabalha com a PNH realizando reuniões cotidianas, buscando promover uma integração entre os usuários e a instituição ao prestar esclarecimentos sobre os direitos e os deveres do usuário e de seus acompanhantes. Essas reuniões ocorrem uma vez por semana em cada setor do hospital (de segunda a sexta-feira), sendo direcionadas aos acompanhantes dos doentes internados nas enfermarias do hospital (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, 2010).

Ademais, foi criado no C.H.M.W.G. um projeto de “Gerenciamento de Resíduos: Desmistificando o conceito de Hospital Público”, cujo objetivo é colocar

em pratica múltiplas ações conjuntas que implicará numa mudança exata do ambiente hospitalar. Neste sentido, foram tomadas medidas fundamentais, como:

- Realização de palestras em todos os âmbitos do hospital mostrando a importância do lixo ter um destino apropriado, com o intuito de implantar na instituição uma política de educação ambiental;
- À reparação das lixeiras que armazenam o lixo do hospital. Antes as lixeiras ficavam abertas sendo depósito de insetos e vetores. Atualmente o lixo é protegido com a necessária vedação, não apresentando mais perigo de infecção do solo ou das pessoas;
- A aquisição de novos recipientes e material de higienização;
- A instalação da coleta seletiva do lixo. Considerando que nem todo o lixo hospitalar é contaminado, devendo ser reciclado o lixo procedente das áreas administrativas, as chapas de raios-X, as pilhas, baterias, etc..

A coleta seletiva do lixo no C.H.M.W.G. somente se tornou viável através das ações realizadas de forma coletiva, com o apoio do: setor de higienização; a direção do hospital; a comissão de controle de infecção Hospitalar; e, os setores da enfermagem e da lavanderia. Proporcionar um destino adequado ao lixo não é unicamente para manter o ambiente de trabalho asseado é mais agradável, mas também para originar recursos financeiros fornecendo melhorias no hospital (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, 2010).

Embora o preço de cada quilo de material vendido seja baixo, têm aos poucos gerado recursos para melhorias no setor de higienização. Os recursos conseguidos com o lixo reciclado mensalmente no CHMWG geram cerca de R\$ 370,00 (trezentos e setenta reais). Por meio dessa verba, foram realizados no setor de higienização diversos reparos (pintura, instalação de pisos e telas nas lixeiras, compra novos recipientes, etc.). Ademais, ao diminuir a quantidade de materiais que vão para o lixo, diminuem também os gastos do hospital com a incineração do mesmo. Anteriormente, a implementação do projeto de gerenciamento de resíduos era originados por volta de 41 mil quilos de lixo por mês no hospital, implicando despesas de mais de R\$ 60 mil (sessenta mil reais) com incineração. Atualmente, essa quantidade foi amortizada para 18 mil quilos de lixo mensalmente. Ocorrendo uma redução nos gastos que passaram a representar vinte sete mil reais (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, 2010).

Desta forma, esse projeto além de ser outra fonte de recursos para a Instituição, poderá futuramente tornar mínima a quantidade de lixo designado à cremação, ou seja, atenuando os gastos, sem comprometer o meio ambiente. Enfim, o C.H.M.W.G. passou a ser um colaborador na busca de soluções para as dificuldades pertinentes ao acúmulo do lixo.

5.2 - O H.M.W.G. NA ESTRUTURA DESCENTRALIZADA DA POLÍTICA DE SAÚDE DO RN.

O H.M.W.G. é estruturado para receber pacientes que necessitam de tratamento ou cirurgia mais complicada, ou, mesmo, vítimas de acidentes de carro em situação grave. Em outras palavras: “situações que merecem cuidados ainda mais complexos, num hospital de grande porte, que conte com várias salas cirúrgicas, laboratórios modernos, médicos especialistas (SORRENTINO, 1997 p.25-26). Desta forma, o H.M.W.G. faz parte do Nível Terciário de saúde por dispor de serviços hospitalares e ambulatoriais de alta complexidade.

Sendo referência no RN em urgências e emergências e atendendo uma ampla demanda espontânea, quase todos os municípios do RN enviam pacientes ao H.M.W.G., como podemos comprovar nas tabelas e gráficos que se encontram mais a frente. Embora atendendo sistematicamente a todos, constatou-se pelos dados e informações concedidos pelo hospital que a grande maioria dos atendidos é da região metropolitana de Natal, em particular provenientes da capital potiguar, seguido dos municípios de Parnamirim e São Gonçalo do Amarante.

Visando à melhoria da qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS, o H.M.W.G. vem modificando sua estrutura administrativa e física através do Programa Qualisus, uma das primeiras iniciativas implantadas no hospital foi à instituição de comissões compostas por funcionários da instituição para trabalhar em algumas áreas específicas do H.M.W.G. Esses espaços estão direcionados: ao atendimento de emergência; a humanização; a gestão participativa e a coleta de vagas. O objetivo fundamental dessas comissões é debater, com a consultoria do Qualisus, diversos aspectos referentes à qualificação dos profissionais e ao procedimento que deve ser seguido pelos grupos de trabalho, discutindo também

com os diretores clínicos o fluxo de internamentos, para que se possam traçar propostas eficazes (AMORIM *et al.*, 2006).

Diversas medidas foram criadas para a adaptação do H.M.W.G. ao Qualisus, o setor de Politrauma foi ajustado para atender as ocorrências (das emergências) segundo a gravidade dos casos, seguindo uma classificação hierarquizada de procedimentos. A finalidade principal, dessas transformações, é que serão concentrados todos os atendimentos de urgência e emergência numa única porta de entrada. Esse procedimento irá agilizar os atendimentos médicos permitindo ampla organização da entrada de pacientes na instituição (AMORIM *et al.*, 2006). Ademais, os hospitais que adotarem o programa Qualisus receberão novos equipamentos, adquiridos pelo Ministério da Saúde, e terão suas instalações reparadas (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE, 2005).

Outra inovação no atendimento, direcionado as urgências e emergências, foi à implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU/192⁴². Esse serviço reconhecidamente salva vidas, devido a sua agilidade e presteza na resolução do atendimento em casos de emergências. No entanto, vem gerando um aumento significativo da demanda hospitalar ocasionando uma superlotação nas portas de Hospitais e Pronto-Socorros, colaborando para um atendimento de má qualidade (BRASIL, 2004 *apud* AMORIM *et al.*, 2006).

Segundo a promotora de saúde do RN, Iara Pinheiro, “as unidades do SAMU são coniventes com transferência inter-hospitalares irregulares”⁴³. Para a promotora o SAMU deveria fiscalizar essas transferências e não agir de acordo com elas, pois, um dos agravantes para a superlotação dos hospitais públicos, em especial, o H.M.W.G. é justamente, o atendimento de pacientes ambulatoriais, que deveria ser atendidos nos Centros de Saúde. Considerando que, o H.M.W.G. está preparado para atender pacientes crônicos em situação de urgência (quadro clínico grave), que precisam de cirurgia ou internamento na UTI (HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL, 2010).

Iara Pinheiro, expõe também o descompromisso das demais ambulâncias com os pacientes, que por diversas vezes os deixam na entrada dos hospitais sem

⁴² Caracterizado como o principal elemento da Política Nacional de Atenção às Urgências, foi difundido em 2003, pelo Governo Federal.

⁴³ Palavras da promotora em uma visita ao H.M.W.G., no dia 27 de fevereiro de 2010. Ao presenciar as ambulâncias do SAMU chegando com pacientes ambulatoriais no referido hospital.

prestar a necessária assistência. Apesar de que, de acordo com Amorim *et al.* (2006, p.194),

O paciente mais bem acolhido é aquele que vem de ambulância, pois a equipe já sabe como agir e vai adentrando pelo os corredores imediatamente, embora tenhamos presenciado uma ambulância que deixou a porta escancarada e um paciente sozinho, por mais ou menos 15 minutos na frente do PS, inclusive atrapalhando o acesso de outras ambulâncias [mostrando] bem o descaso com os pacientes já tão debilitados.

A promotora declarou também que, "A transferência não regularizada é um grande gargalo, mas esperamos resolvê-lo". A da demanda (35 pacientes clínicos em média) cotidiana conduzida pelo SAMU para o H.M.W.G. reconheceu que "não existe uma fiscalização constante do Ministério Público no interior. O acompanhamento da atenção básica nos municípios do RN é muito pontual". Ressaltando, que esta fiscalização não se constitui em obrigação do Ministério Público. Neste caso, os próprios gestores vinculados aos municípios e a sociedade civil é quem devem fiscalizar a organização e o funcionamento da rede assistencial (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, 2010).

A visita da promotora de saúde ao H.M.W.G. incluía como principal objetivo a fiscalização da remoção dos pacientes dos corredores do hospital. Devido à deliberação da SESAP seguindo uma ação impetrada pelo Tribunal de Justiça do Estado do RN, impedindo os hospitais públicos de internar pacientes quando não existir leitos disponíveis. A partir do tempo determinado pela SESAP para cumprimento dessa ação o H.M.W.G. permanece se ajustando para que nem um paciente permaneça internado em maca nos corredores. A promotora saiu contemplada com a fiscalização e com as reformulações internas realizadas pelo HMWG (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, 2010).

De fato, concluímos que o SUS apresenta diversos avanços em seu processo de concretização, entretanto, se depara com enormes desafios, dentre esses: o acolhimento ainda inadequado; a pequena valorização do trabalho em saúde; a falta de integração entre os gestores, os usuários, os profissionais; e, a fragmentação dos serviços principalmente aqueles relacionados com a atenção básica.

Assim sendo, o acolhimento no H.M.W.G. ainda não é realizado a contento, pois:

[...] Faltam macas, cadeiras de rodas para transportar o paciente que chega para ser atendido, sempre debilitado, de idade avançada, desfalecido, sendo carregado nos braços ou andando com ajuda. Existem muitas macas sem lençóis⁴⁴. As funções relativas aos afazeres de diversos servidores, dentre esses os que trabalham: no SAME, na portaria central e no posto médico da unidade de transferência são prejudicados devidos os ambientes de trabalho ser (SIC) bem limitados. Ademais, os familiares ao perderem seus parentes, não recebem o devido atendimento, choram pelos seus entes na sala de espera. (AMORIM *et al.*, 2006, p.194).

Neste contexto, a quantificação e análise dos atendimentos cotidianos abrangendo o perfil dos pacientes que chegam ao H.M.W.G. em busca de atendimento, tornam-se necessário, para contribuir com mudanças na gestão desse e de outras instituições de saúde. A divulgação e disseminação dos estudos e da pesquisa podem levar a uma reflexão entre os gestores municipais de saúde, conscientizando-os sobre a co-responsabilidade de cada gestor no que diz respeito à população das determinadas localidades. É o que procuraremos explorar na próxima parte.

5.3 - O H.M.W.G., E SEUS PACIENTES: DAS ORIGENS GEOGRÁFICAS A EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO DA DEMANDA.

Compreender a demanda por atendimento médico é fundamental para que os gestores do hospital possam realizar o planejamento de curto, médio e longo prazo. Em uma instituição que atende a centenas de milhares de pessoas-ano, considerando os inúmeros problemas político, econômico e administrativo, torna-se fundamental o planejamento para a sobrevivência funcional da instituição. Nesse sentido, essa parte do capítulo tem por intuito realizar uma breve análise da demanda e das condições de oferta do hospital, visando contribuir para um planejamento efetivo e eficaz na instituição.

Nos quatro anos em estudo constatou-se que, a demanda por atendimento no H.M.W.G. padeceu de um ciclo, com crescimento e declínio. Nos anos de 2004 e 2005 constatou-se um crescimento absoluto no número de atendimentos gerais realizados pelo hospital. De mais de duzentos e vinte sete mil atendimentos para

⁴⁴ Porque as ambulâncias e alguns pacientes levam e não os devolvem, daí vários pacientes trazerem lençóis de casa (AMORIM, 2006).

mais de duzentos e cinquenta mil nos anos 2004 e 2005, respectivamente. Esse crescimento absoluto começou a ser reduzido em 2006 quando o hospital realizou aproximadamente duzentos e quarenta mil atendimentos. Nos anos que se seguem, continuou a cair o volume absoluto de atendimentos. Ao fim do período estudado, o volume de atendimento sofreu forte queda, reduzindo-se a pouco mais de cento e dezessete mil atendimentos.

A tabela 01(abaixo) mostra a evolução absoluta dos atendimentos realizados no H.M.W.G. Nessa tabela constata-se que o número de pacientes vindos do interior manteve-se elevado nos dois primeiros anos analisados, vindo a reduzir-se nos anos de 2006, 2007 e 2008. O atendimento a pacientes de outro Estado foi o único que cresceu continuamente, não sofrendo redução em nenhum dos anos estudados. No entanto, a participação relativa desses pacientes no total é muito pequena, chegando a ser desprezível no contexto geral. Pois, Natal é uma cidade turística e nem todos que a visitam possuem plano privado de saúde e como o H.M.W.G. é considerado o maior hospital público de urgência e emergência da capital do RN, é normal que os turistas busquem atendimento nesta instituição.

Tabela 01

	2004	2005	2006	2007	2008
Natal	181.572	193.333	186.594	163.013	76.870
Interior	45.966	57.302	54.138	50.874	40.579
Fora do estado	171	260	267	285	316
Total	227.709	250.895	240.999	214.172	117.765

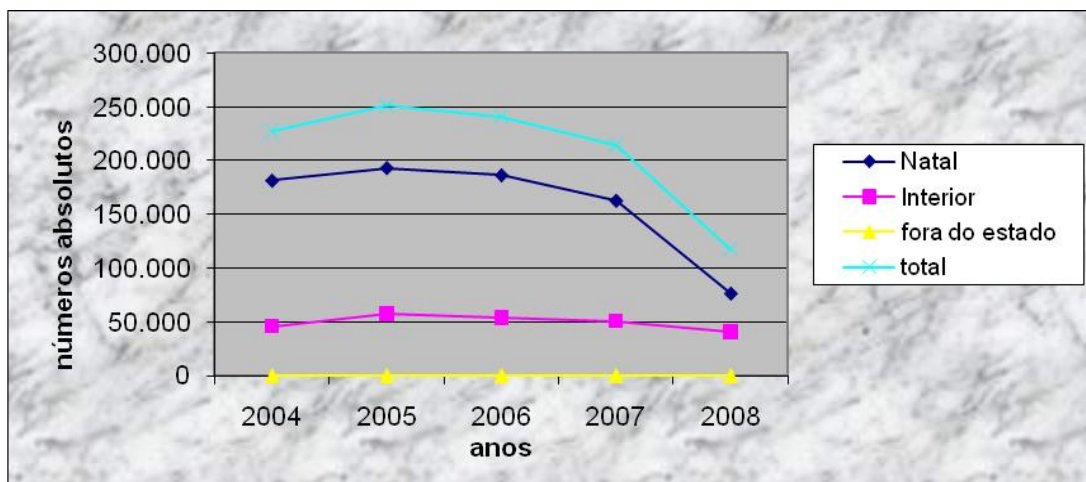
Número de pacientes atendidos no H.M.W.G. (2004/2008).

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2009). Elaboração da autora.

Transpondo os números da tabela 01 para o gráfico 01 na página seguinte, visualiza-se o crescimento e o declínio no número de pacientes atendidos em suas mais variadas necessidades médicas.⁴⁵

⁴⁵ Os números absolutos dos pacientes segundo os municípios de origem encontram-se no apêndice.

Gráfico 01



Número de pacientes atendidos no H.M.W.G. (2004/2008).

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2009). Elaboração da autora.

O gráfico 01 mostra bem a curva de crescimento no atendimento ao um número de pacientes e, posterior, declínio. O declínio absoluto maior é visto no município de Natal. Esse fato deve-se ao processo de triagem de pacientes a serem atendidos no hospital considerando suas especialidades e a extinção do número de leitos e do anexo existente nos hospitais João Machado e Médico Cirúrgico que o H.M.W.G. mantinha convênio devido a sua superlotação antes do início da triagem e da implantação da portaria 118 da SESAP. A portaria 118 refere-se ao Sistema Central de Regulação – SISREG, criado pela Secretaria Estadual de Saúde e da Unidade de Gerenciamento de Vagas – UGV, no Walfredo Gurgel. O Sistema Central de Regulação e a Unidade de Gerenciamento de Vagas começaram a funcionar em 2008 provocando, no mesmo ano, uma forte redução na demanda dos usuários pelos serviços do Walfredo. Gurgel, como se verá nos dados apresentados nessa parte do trabalho. Cabe ressaltar que o sistema de triagem dos pacientes realizada no H.M.W.G. reforça o processo de gestão descentralizada do SUS, provocando forçosamente um retorno às origens, dos pacientes que não chegam ao hospital devidamente referenciado, ou que se encontram em uma situação de contra-referência.

Observando mais detalhadamente a distribuição dos pacientes atendidos pelo hospital na tabela 02 (p.128), constata-se que mais de 88% são originários da região metropolitana de Natal, ou seja, nos anos em estudo, a distribuição dos pacientes atendidos pelo H.M.W.G. apresentou elevada concentração nos atendimentos a

usuários da cidade do Natal. Esses usuários representam mais de três quartos dos atendimentos. Mostrando que existe elevada demanda pelos serviços do H.M.W.G., no entanto, essa elevada demanda tem se reduzido em números absolutos, constatando-se que entre 2005 e 2007 ocorreu uma redução de quase 55% no número de atendimentos.

Tabela 02

LOCALIDADE	2004	2005	2006	2007	2008
Natal	75,87	77,06	77,43	76,11	65,27
Parnamirim	4,85	4,48	3,89	4,21	5,84
São Gonçalo do Amarante	2,37	2,69	2,92	2,99	3,20
Macaíba	1,57	1,39	1,28	1,23	2,12
Ceara Mirim	1,29	1,16	1,38	1,46	2,02
Extremoz	0,89	0,87	0,97	1,05	1,22
São Jose de Mipibu	0,68	0,66	0,58	0,71	1,38
Nísia Floresta	0,46	0,40	0,38	0,42	0,73
Canguaretama	0,30	0,29	0,33	0,34	0,57
Nova Cruz	0,24	0,25	0,28	0,34	0,60
São Jose do Campestre	0,42	0,25	0,27	0,26	0,39
Monte Alegre	0,40	0,32	0,25	0,25	0,52
João Câmara	0,34	0,27	0,29	0,32	0,43
Santo Antonio	0,34	0,37	0,36	0,34	0,60
Goianinha	0,33	0,39	0,32	0,28	0,49
Demais cidades do RN	9,59	9,05	8,97	9,53	14,36
Fora do Estado	0,08	0,10	0,11	0,13	0,26

Distribuição dos atendimentos do H.M.W.G. segundo origem dos pacientes (%).

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2009). Elaboração da autora.

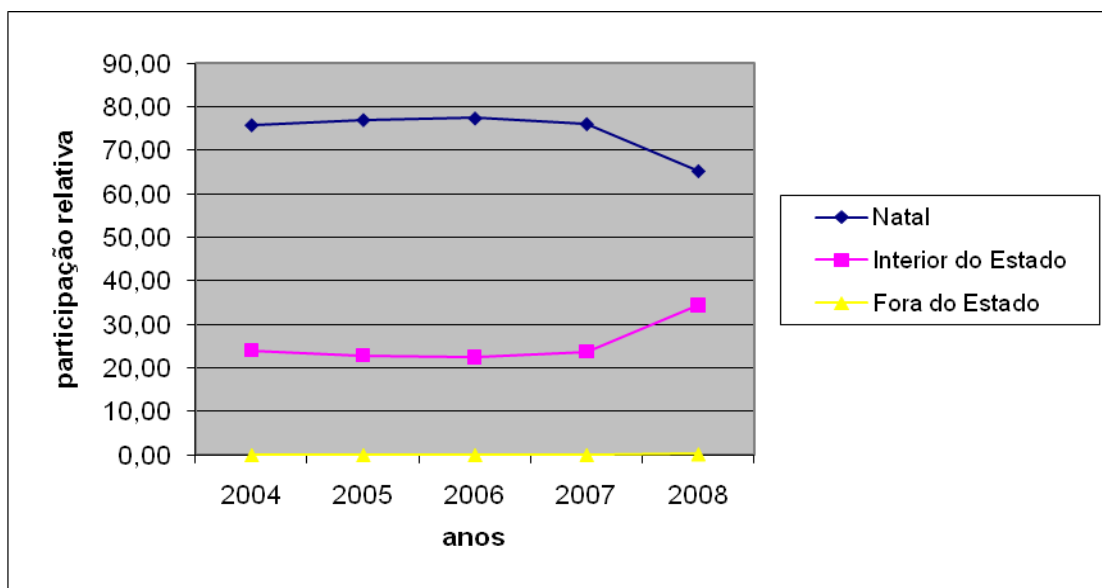
Esse percentual se reduz em aproximadamente 6% pontos percentuais entre 2004 e 2008. Em geral, as participações das cidades que compõe a região metropolitana aumentaram. Esse aumento dá-se tanto em números absolutos como relativos. Enquanto na cidade do Natal, o declínio é absoluto e relativo. Esse declínio não significa que a população está sendo desatendida, mas tão somente que está sendo atendida em outros estabelecimentos hospitalares ou não.

A redução geral no número de atendimentos impactou muito mais sobre os atendimentos a população local⁴⁶, favorecendo o crescimento da participação relativa e absoluta no número de pacientes vindos do interior. Os dados da tabela 02

⁴⁶ Município de Natal (mais de 75% em 2004 e mais de 65% em 2008) ou para a região metropolitana de Natal.

mostram que, aos poucos, mais de 10% dos atendimentos realizados para usuários de outros municípios fora da região metropolitana aumentaram para quase 19%. Esse quadro aparentemente reforça relativamente o mito de que a grande demanda de outros municípios superlota o H.M.W.G.

Gráfico 02



Distribuição relativa dos atendimentos no H.M.W.G.

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2009). Elaboração da autora.

Portanto, pode-se comprovar através do gráfico 02 (acima) que, a redução de atendimentos a usuários da cidade do Natal caiu um pouco mais, aproximadamente 58%. Mesmo com essa redução a situação do hospital, no quesito atendimento, não melhorou tão significativamente quanto o esperado, mas, de fato, sofreu melhorias significativas. O ideal, o desejado e esperado seria não existir filas de espera para o atendimento. Esse problema ainda não foi solucionado, mas reduziu-se significativamente o excesso de pacientes nos corredores e sem atendimento médico.

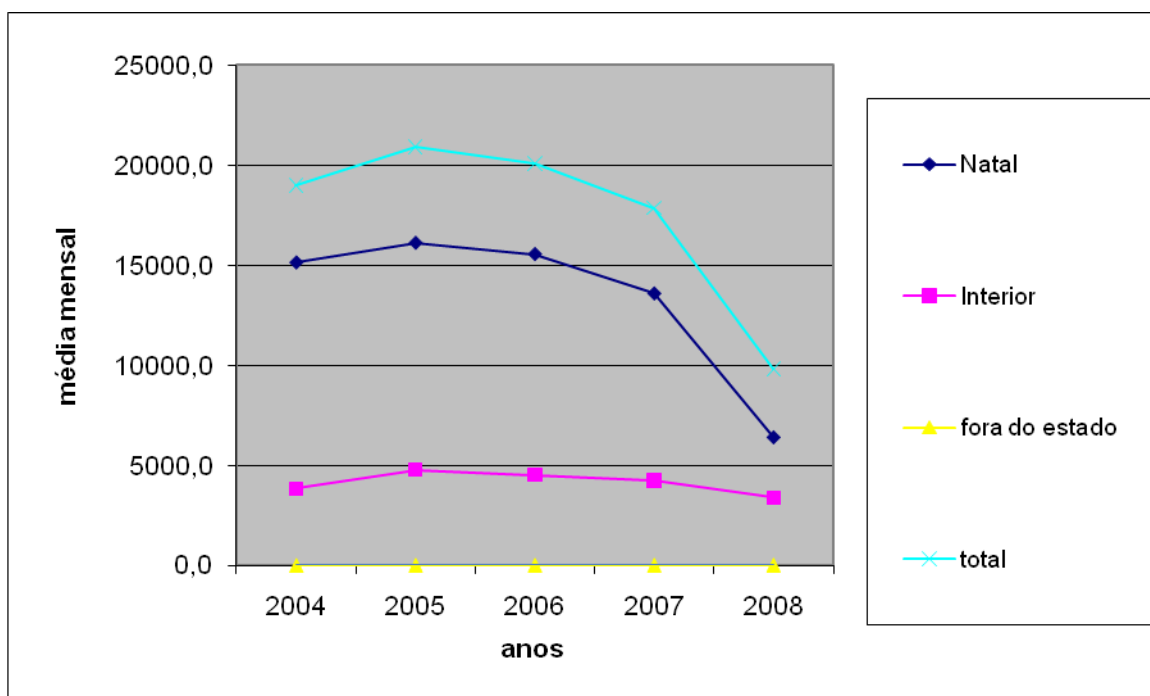
O gráfico 02 mostra bem o declínio relativo na participação de Natal, no número de pacientes atendidos, frente a razoável crescimento no atendimento a pacientes que declaram sua origem em cidades do interior do Rio Grande do Norte.

Quanto à média mensal de atendimentos no H.M.W.G. tem se reduzido em consonância com o decréscimo do número de atendimentos realizados anualmente (gráfico 03). Essa redução pode vir a colaborar com melhor atendimento, caso os recursos direcionados para o hospital não sejam reduzidos. O que não ocorreu nos

anos em estudos que mostraram oscilação significativa na dotação orçamentária⁴⁷ e nos recursos aplicados pelos gestores do hospital. Os problemas econômicos e financeiros são, assim, muito mais resultados dos escassos recursos direcionados para o hospital do que para o crescimento da demanda.

Não se nega que a demanda ainda é muito elevada frente ao potencial de atendimento, mesmo com a redução aproximada de 50%, mas da mesma forma, não se pode atribuir à demanda externa, advinda do interior, toda a culpa pelo excesso de atendimentos e conseqüente declínio da qualidade do atendimento. A qualidade da gestão e a reestruturação do atendimento contribuem e muito para a elevação da qualidade do atendimento ao público.

Gráfico 03



Varição absoluta da media mensal de atendimentos realizados no HMWG.

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2009). Elaboração da autora.

Como pode-se notar no gráfico 03, a media mensal de atendimentos sofreu forte declínio entre 2004 e 2008, caindo de mais de 20 mil para aproximadamente 10 mil atendimentos mensais. Declínio abrupto, porém, foi o dos pacientes de Natal e, menos intenso foi o declínio da média dos pacientes do interior. Essa diferença

⁴⁷ Recursos financeiros que uma dada Instituição recebe para fazer frente a todas as suas despesas anuais.

reflete as possibilidades alternativas de atendimentos aos pacientes em Natal, e de outro, a precariedade que ainda existe para atendimentos referenciados de média e alta complexidade no interior do Estado. Poucas foram às alternativas criadas nos últimos anos para atender os pacientes de média e alta complexidade no interior do Estado e na capital do RN implicando em redução moderada do número de atendimentos no H.M.W.G.

Cabe ressaltar que a grande demanda tem provocado ainda superlotação e filas enormes nos corredores do H.M.W.G, mas no período estudado, os dados mostram que essa superlotação em atendimentos vem diminuindo. Demonstram os dados levantados que a demanda reprimida advém do próprio município de Natal, que embora tenha melhorado o atendimento através de novas unidades de pronto atendimento, não se tem conseguido prestar boa assistência que solucione a problemática, seja através das Unidades Básicas de Saúde, para evitar o “equivocado”⁴⁸ referenciamento, ou de outros hospitais que forneçam serviços de média e alta complexidade. De acordo com Amorim *et al.* (2006, p. 185 - 186),

Embora exista reconhecimento do papel deste hospital [HMWG] e de sua resolutividade frente às emergências, ele se insere no ápice da crise assistencial hospitalar do Estado, reflexo da falta de organização de uma rede hierarquizada de atendimento, denotando a necessidade de discussão, entre os gestores, sobre a estrutura e disponibilidade desta rede, a oferta e demanda de leitos, sua regionalização e descentralização, incluindo a implantação dos Hospitais de Pequeno Porte – HPP, medidas estas com capacidades de absorver a expressiva demanda municipal, ambulatorial e de urgências que chega a este Hospital de referência em emergências, e oferecer um serviço de qualidade e humanizado.

A superlotação na urgência e emergência do Pronto – Socorro Clóvis Sarinho é acentuada pela restringida falta de investimento e de prioridade de determinados gestores municipais e profissionais na organização efetivada e eficaz da Unidade Básica e de Média Complexidade, fazendo com que os usuários sintam-se prejudicados e descontentes com os atendimentos recebidos (AMORIM *et al.*,2006).

⁴⁸ “Equivocado” devido a maioria dos pacientes não ter conhecimento da importância do referenciamento ao se dirigir a outras instituições dentro do SUS. Em conversas informais com servidores do setor de internação do H.M.W.G. sobre o sistema de referência e contra-referenciamento. Os mesmos mencionam que não tem conhecimento sobre os pacientes que chegam a instituição devidamente referenciados, ou seja, mesmo com a implantação do sistema de triagem, o processo de referência e contra-referência ainda é embrionário, pois a maior demanda do hospital e do Pronto-Socorro Clóvis Sarinho é espontânea.

Para fazer frente a esse número de pacientes atendidos, o Hospital conta aproximadamente com mil e quinhentos servidores, incluídos os mais de 300 médicos, como mostra a tabela 03. Números considerados insuficientes no que refere-se à prestação de um serviço de qualidade devido o porte da instituição e os atendimentos que lhe são atribuídos.

Tabela 03

SERVIDORES	2004	2005	2006	2007	2008
Médicos	335	338	339	340	312
Enfermeiros	84	84	87	106	104
Auxiliares e técnicos de enfermagem	577	565	556	627	607
Outros	500	494	500	541	543
TOTAL	1496	1481	1482	1614	1566

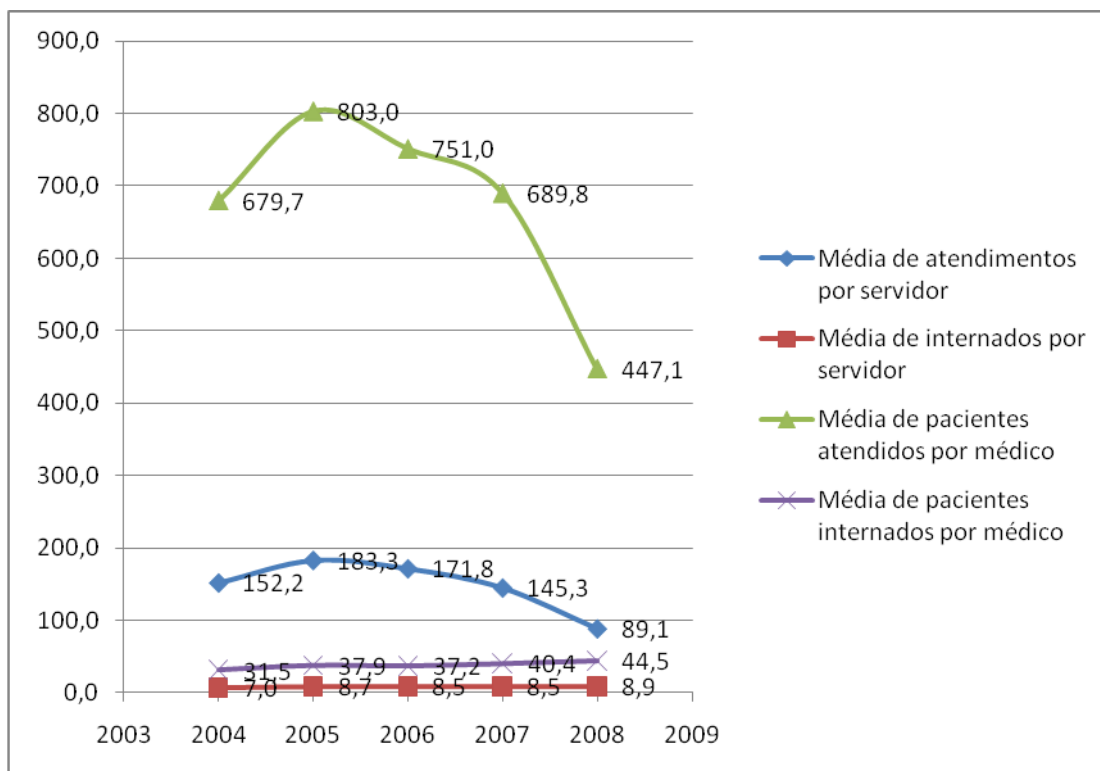
Número de servidores do H.M.W.G.

Fonte: Divisão de Recursos Humanos/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

Ainda na tabela 03 pode-se comprovar que, não se alterou significativamente o número geral de servidores no Hospital. O número de médicos reduziu-se no período em estudo, se o “pico” de 340 médicos for considerado no ano de 2007. Pode-se afirmar que há perdas de contingente profissional médico, provavelmente provocado por aposentadorias, afastamento para outras instituições, etc. O mesmo não ocorre com o número de enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem devido ao último concurso público estadual realizado no ano de 2007. Neste contexto, o conflito entre demanda e oferta, deve-se tanto a uma como outra, ou seja, têm-se poucos servidores e é elevada a demanda

No entanto, observando a média de atendimentos e internamentos por servidor e por médico constata-se que a média de pacientes atendidos por médico reduziu-se significativamente, caindo quase 50% se o ano de 2008 for considerado em relação ao de 2005. Da mesma forma, a média de atendimentos por servidor caiu bruscamente, enquanto a média de pacientes internados por médico e a média de pacientes internados por servidor cresceram. Sendo que a primeira cresceu bem mais que a segunda (ver gráfico 04, p. 133). Essas médias calculadas e demonstradas em conjunto com outros fatores mencionados mais a frente, denotam que o hospital vem reduzindo seu fluxo de atendimento geral em contraposição a sua função de média e alta complexidade relacionada com a questão do internamento.

Gráfico 04



Médias de atendimentos e internamentos por servidor e por médico no H.M.W.G.⁴⁹.

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2009/2010). Elaboração da autora.

Neste contexto, a rede assistencial depara-se com diversas fragilidades, atingindo principalmente a integração dos diferenciados planos de atenção, repercutindo no acesso aos serviços prestados. Em particular, na atenção básica que não absorve os principais problemas de saúde da população, induzindo o usuário a procurar um serviço com maior disponibilidade de recursos que lhe proporcione possibilidade de solucionar seu problema.

No H.M.W.G. a demanda, em sua maior parte, é espontânea, cooperando para uma precária qualidade dos serviços e atendimento, no entanto, apenas pequena parte dos atendimentos acontece via sistemas de referência e contra-referência (AMORIM *et al.*, 2006).

Por estabelecer-se entre os níveis de complexidade (Básica, Média e Alta) o sistema de referência e contra-referência é fundamental para bom desempenho do atendimento. Pois o paciente ao sair da unidade básica para a de maior complexidade (referência), deveria levar o encaminhamento do profissional que o

⁴⁹ As tabelas com os dados que permitem a construção das médias encontram-se no apêndice.

atendeu detalhando todo o procedimento a que foi submetido nesta devida unidade de saúde. Da mesma forma, o paciente ao receber alta do H.M.W.G., precisaria transportar todo o seu histórico, facilitando assim o trabalho de outros profissionais, evitando que se repitam exames que já foram solicitados e que se encontram ainda com validade.

Para as Unidades Básicas exige-se a referência, por isso, considera-se que nesse âmbito funcionam razoavelmente. Já a contra-referência é incipiente em relação aos encaminhamentos para as especialidades e internações, permitindo afirmar que praticamente inexistem. São os clientes que trazem alguma informação à Unidade de origem (...). A organização dos serviços denota falta de comunicação e integração entre os diversos níveis de atenção à saúde. Desvela-se, por exemplo, que os próprios alunos do curso de Medicina chegam às Unidades Básicas sem conhecimento da existência e do funcionamento do sistema de referência e contra – referência (JULIANI *et al*, 1999, p.328-329),

Neste contexto, é importante que o Estado e os Municípios assumam suas funções com responsabilidades, cumprindo o que foi pactuado no SUS. Promovendo o funcionamento adequado da rede básica, com qualidade e humanização, e que exista melhor integração entre os gestores, os profissionais e usuários.

Para Santos *apud* Amorim *et al.* (2006), a maioria dos gestores de saúde dos municípios de pequeno porte elegeram, a criação de locomoção da população local para os municípios maiores, ou seja, a prática da “ambulancioterapia”⁵⁰. Esses gestores não estão preocupados com a implantação de uma política de saúde de qualidade, promovendo uma rede assistencial com unidades resolutivas na esfera local. Para eles a atenção às urgências deve continuar centrada nos grandes centros.

Segundo o diretor do H.M.W.G. em 2007, Renato Machado, o hospital deveria atender apenas casos graves e de urgência. No entanto, “tem gente que vem ser atendido aqui com escabiose⁵¹”. Para aumentar os problemas, muitos pacientes de alta não são rapidamente reconduzidos para seus lares, pois gestores da saúde nos municípios de procedência dos pacientes são rápidos para enviá-los para a capital e

⁵⁰ “Transferência de pacientes para atendimento em localidades vizinhas e, sobretudo para a capital” (BRASIL, 2001). Se constituindo assim, em uma “terapia” para os governantes por os mesmos encaminharem os doentes para outras localidades, como uma forma de, transferir os problemas. No RN alguns vereadores mantêm ambulâncias particulares que são utilizadas para transferência dos pacientes fortalecendo o assistencialismo, transferido os problemas e lhes garantido os votos dos eleitores pelo “favor” realizado.

⁵¹ Nome científico da SARNA.

lentos para reconduzi-los a suas origens, gerando implicações onerosas para o hospital. Muitos gestores municipais não aprovaram a portaria 118 que cria a triagem dos pacientes implementada pelo Hospital e pelo Estado, implicando um tempo necessário de adaptação as novas regras para transferência de pacientes. (TRIBUNA DO NORTE, 2007).

Portanto, a inexistência de equilíbrio entre as responsabilidades sociais e os recursos financeiros têm estimulado a transferência de pacientes, por parte dos gestores locais, para outras instâncias. Aliviando assim, as despesas com a saúde e esquivando-se de suas responsabilidades.

5.4 - O H.M.W.G. SUAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS E O ATENDIMENTO DA DEMANDA: UMA EVOLUÇÃO DISCREPANTE.

Toda instituição estatal de atendimento ao público necessita de recursos financeiros que, em conjunto com uma adequada gestão, possa atender a população de forma eficiente nas diversas dimensões de suas funções. Nesse sentido, o H.M.W.G. necessita tanto de recursos adequados quanto de um corpo profissional eficiente nas atividades próprias a função – atendimento as demandas médicas. É imprescindível que exista equilíbrio entre recursos e gastos que possibilitem o efetivo atendimento as carências da população.

Esse equilíbrio financeiro depende muito da transferência e da adequada utilização dos recursos financeiros do hospital. Nos anos em estudo, constatou-se uma redução significativa da dotação orçamentária (ver gráfico 05, p. 136). Essa redução ocorre nos três primeiros anos analisados (2004/2005/2006), recuperando-se nos dois anos seguinte (2007 e 2008), embora no ano de 2007 a recuperação ainda foi pequena.

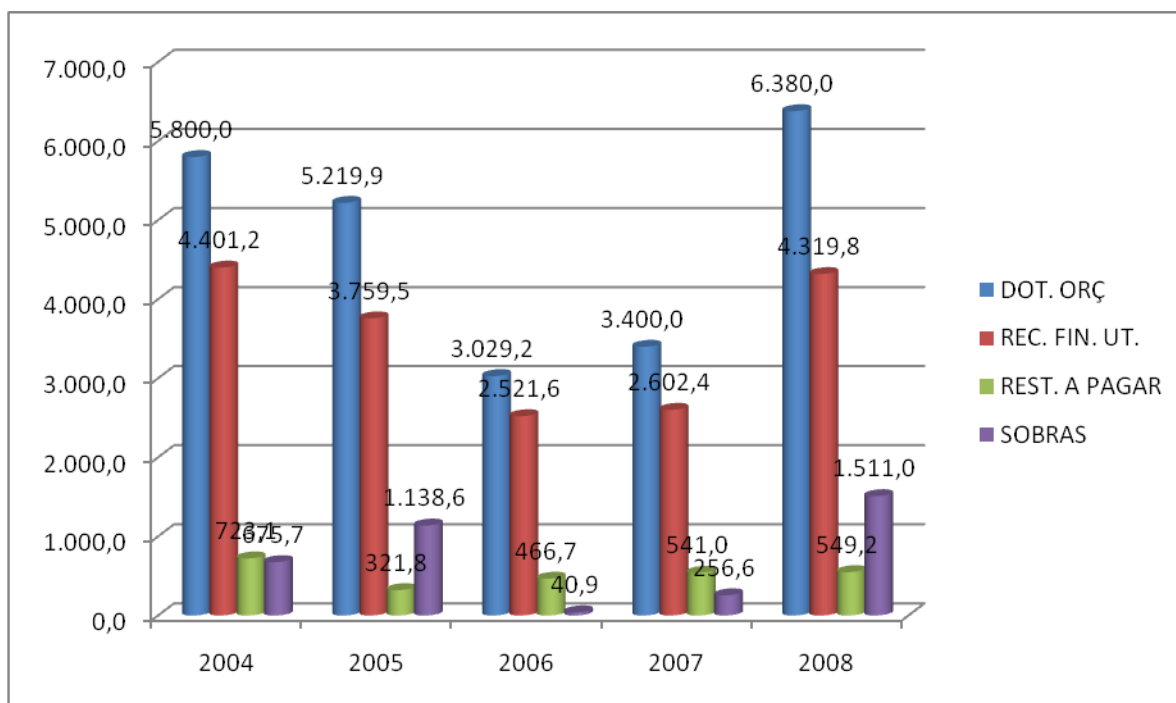
Os anos de 2005 e 2006 implicam grandes ônus a capacidade de gestão financeira da Instituição, pois se mostram como anos de redução na dotação financeira atribuída ao hospital. Além de uma redução significativa nominal⁵², ainda há de se lembrar o impacto inflacionário e conseqüentemente o impacto do declínio

⁵² Ocorreu uma queda na quantidade de dinheiro destinado ao H.M.W.G.

real, pois redução nos recursos nominais e aumento da inflação implicam acentuação do declínio da dotação real da Instituição.

Em outras palavras: tanto reduziram-se os recursos, como com o aumento da inflação esses recursos, já reduzidos, compravam e/ou pagavam por menos bens e serviços, fazendo com que a dotação se reduzisse tanto pela queda da quantidade como pelo valor do dinheiro. Mas, como foge do objetivo geral desse trabalho, não se deterá pormenorizadamente na análise mais minuciosa das finanças destinadas ao H.M.W.G.

Gráfico 05



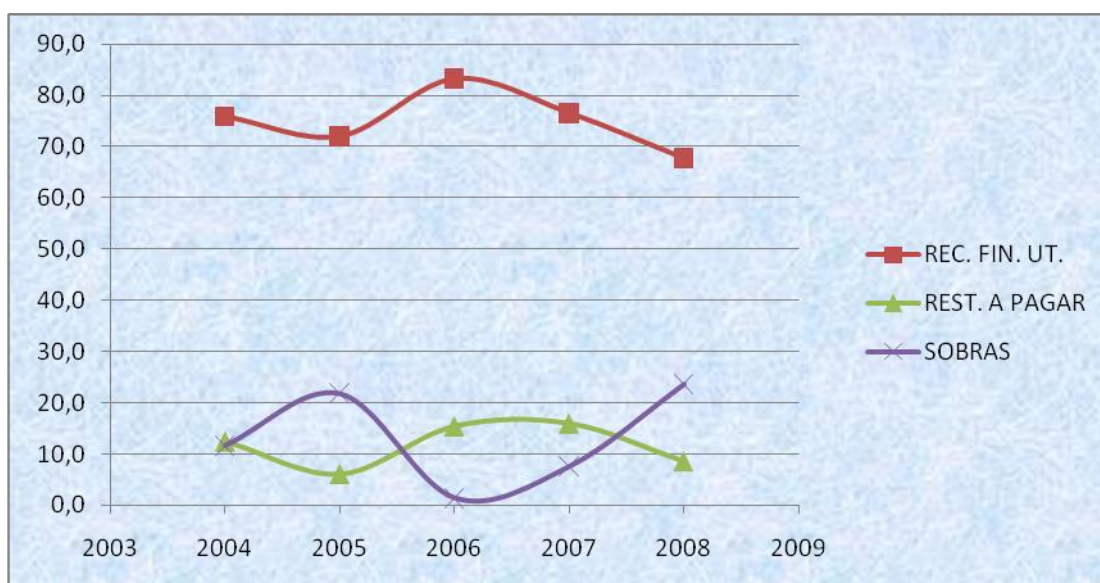
Volume da dotação orçamentária no H.M.W.G (R\$ mil).

Fonte: Divisão Financeira/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

Analisando-se os dados obtidos, pode-se observar no gráfico 06, na página seguinte, em que há uma relação direta entre os recursos utilizados e os restos a pagar, ou seja: quando cresce a utilização dos recursos financeiros utilizados, tendenciosamente crescem os restos a pagar, isso devido ao fato de que muitos pagamentos ultrapassam o período do orçamento implicando empenho a pagar para o ano seguinte. Do outro lado, há uma relação inversa entre as sobras financeiras e os recursos financeiros utilizados, isso é: quando um cresce, diminui o outro.

O que chama a atenção nos gráficos 05 e 06 é o crescimento das sobras principalmente em 2008 quando ocorre uma recuperação significativa na dotação orçamentária do Hospital. Nesse ano, os recursos em valores nominais superam em 10% os valores de 2004. Aliado a esse crescimento nos recursos ocorre significativa redução no número de atendimentos, em aproximadamente 48%. Esse contexto de aumento dos recursos e redução no volume de atendimentos representa, “grosso modo”, uma possibilidade de elevação na qualidade do atendimento e do serviço prestado a população, por coexistir, simultaneamente, elevação das condições financeiras de oferta, frente a um declínio no volume da demanda.

Gráfico 06



Participação relativa das rubricas na dotação orçamentária no H.M.W.G.

Fonte: Divisão Financeira/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

Cabe ressaltar que, de acordo com servidores do setor financeiro, o aumento dos recursos a partir de 2008 destinados ao hospital deve-se ao fato de o mesmo passar a responsabilizar-se por todas as suas despesas. Norma instituída pela SESAP com o objetivo de estimular o processo de descentralização da política de saúde.

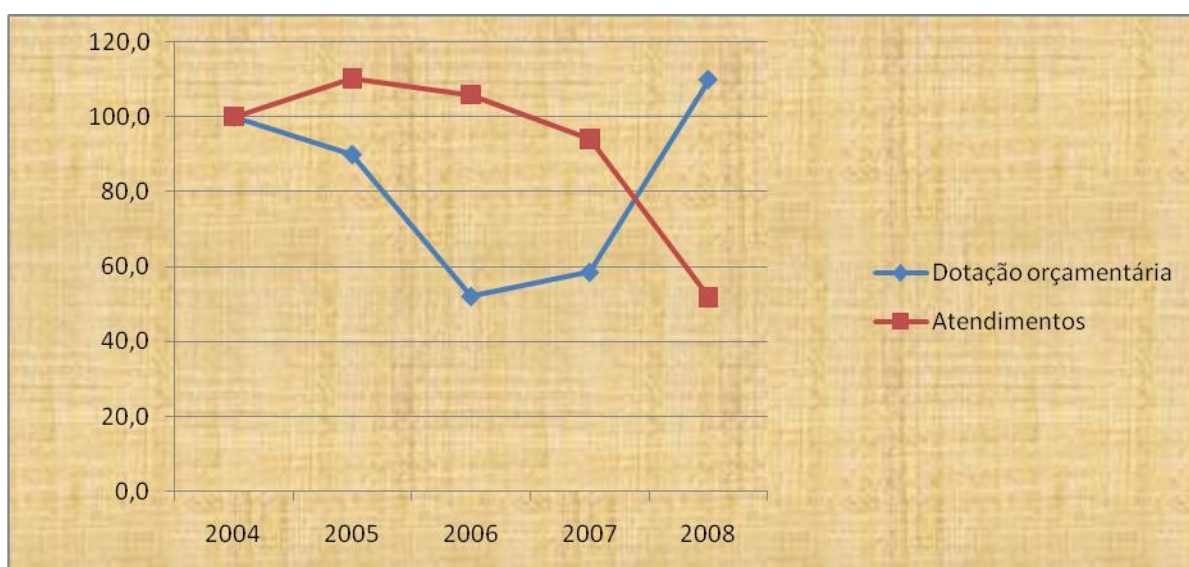
No entanto, cresceram em muito as sobras, os recursos não utilizados no período contábil representando perda financeira que, se utilizados adequadamente, reduziriam problemas no atendimento aos pacientes. Evidentemente, esses recursos não utilizados devem-se tanto à questão da gestão do hospital quanto às limitações

externas provocadas por atrasos no envio de recursos, vinculações de gastos a serem realizados, burocracia excessiva no controle dos gastos, etc.

O gráfico 06 mostra ainda que nos anos de 2005 e 2008 mais de 20% da dotação orçamentária do ano não foram utilizadas no período esperado, representando perda significativa que afeta diretamente as condições de oferta adequada dos serviços de saúde a população que, mesmo reduzindo a demanda no período em questão, não são atendidas na forma esperada e adequada para o cidadão.

Analisando o nível do declínio da dotação orçamentária frente ao declínio no volume de atendimentos. O gráfico 07 mostra bem que a redução dos recursos foi muito abrupta frente à redução dos atendimentos. Os três primeiros anos refletem aumento na intensidade dos diversos problemas que afetam o hospital, devido à redução mais que proporcional dos recursos em relação ao volume de atendimento. Entre 2004 e 2005 a situação é danosa, porque ocorreu declínio orçamentário frente ao crescimento do volume de atendimentos. Essa situação mostra existência de menos recursos para maior número de atendimentos, reduzindo o volume médio dos recursos a serem aplicados para cada paciente.

Gráfico 07



Evolução relativa da dotação orçamentária frente ao volume de atendimentos (%).

Fonte: Divisão Financeira/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

Como mostra o gráfico 07, entre 2005 e 2006 ocorreu um declínio simultâneo no atendimento e na dotação orçamentária, embora a segunda mostre uma queda proporcionalmente maior do que a primeira. Para o período seguinte, incidiu uma pequena recuperação na dotação orçamentária, aproximadamente 6% frente a um declínio nos atendimentos de 10%. O contexto somente alterou-se no período seguinte quando a dotação aumentou mais de 40% frente a um declínio no volume de atendimentos de mais de quase 50%.

Refletindo que as oscilações, em particular o declínio das dotações orçamentárias do H.M.W.G. prejudicam o atendimento das carências e necessidades médicas da população, independentemente da qualidade do gestor público que administra a instituição. O declínio do volume das dotações reduz a capacidade do gestor de implementar um adequado atendimento médico, pelo fato de contar com menos recursos. Essas oscilações são altamente prejudiciais por não permitir um planejamento e a continuidade de projetos desenvolvidos anteriormente. A ruptura na continuidade de projetos e ação implica um retrocesso, muitas vezes irreversível nos projetos e ações da instituição.

Nos anos em estudo, o atendimento do Hospital concentrou-se nas clínicas médica, cirúrgica e pediatria. Esses três setores são responsáveis por aproximadamente 70% do atendimento aos pacientes do H.M.W.G. A clínica médica apresenta o maior volume de atendimentos, próximo de um terço dos atendimentos. Essa clínica sofreu uma redução drástica no que se refere ao volume de atendimentos que entre 2004 e 2008 reduziu-se de setenta e seis mil atendimentos para próximo de quarenta mil, como se pode ver na tabela A do apêndice.

Os dados absolutos da tabela "A" do apêndice apresentam-se em números relativos na tabela 04 (p.140) que ratifica o papel preponderante da clínica médica do H.M.W.G. na estrutura da política de saúde do RN. Observando a tabela 04 constata-se que, nos anos de estudo, ocorreu também uma significativa transformação na participação das clínicas no atendimento a população. Essa transformação representa adequação ao real papel do hospital na estrutura descentralizada da saúde. Pois o hospital por ser de referência em média e alta complexidade, deve de fato, centrar-se no seu papel. Reduzindo as atividades e os atendimentos que as demais esferas descentralizadas de baixa e média complexidade devem exercer.

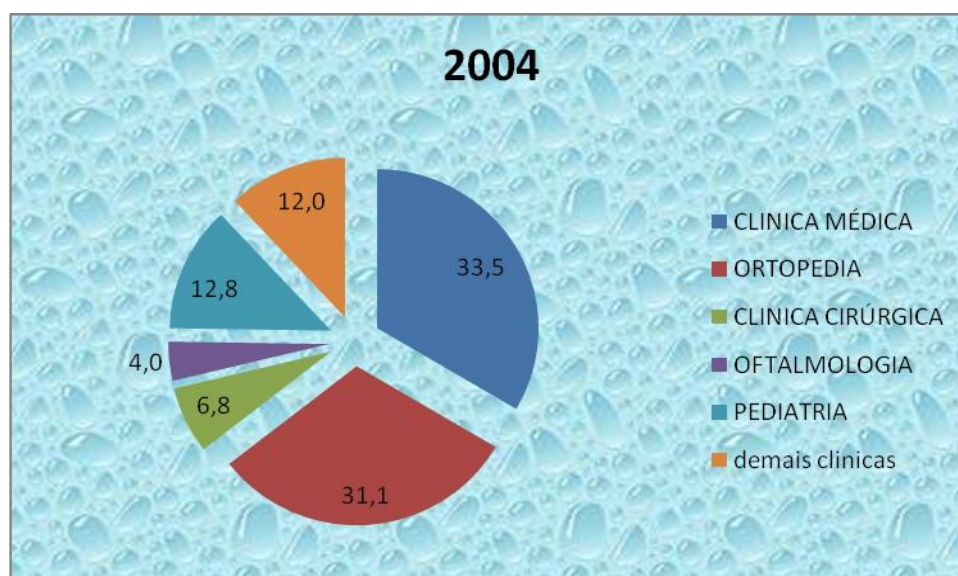
Tabela 04

	2004	2005	2006	2007	2008
CLINICA MÉDICA	33,5	33,7	32,2	31,7	27,5
CLINICA CIRÚRGICA	6,8	8,1	9,3	10,4	15,0
PEDIATRIA	12,8	12,3	12,9	12,4	6,2
ORTOPEDIA	31,1	29,5	29,0	28,2	26,5
BUCOFACIAL	3,5	3,1	3,0	2,9	4,1
QUEIMADOS	1,2	1,0	1,1	1,0	1,3
CIRUGIA VASCULAR	0,3	0,4	0,3	0,4	0,8
OFTALMOLOGIA	4,0	4,1	4,6	4,5	6,6
NEUROLOGIA	1,3	1,3	1,2	1,5	2,1
NEUROCIRURGIA	1,1	1,3	1,3	1,7	3,4
ENDOSCOPIA	0,2	0,4	0,4	0,6	1,1
OTORRINO	4,0	3,6	3,7	3,4	3,2
DEMAIS CLINICAS	0,4	1,2	1,2	1,2	2,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

ATENDIMENTOS DO H.M.W.G. POR CLINICAS.

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

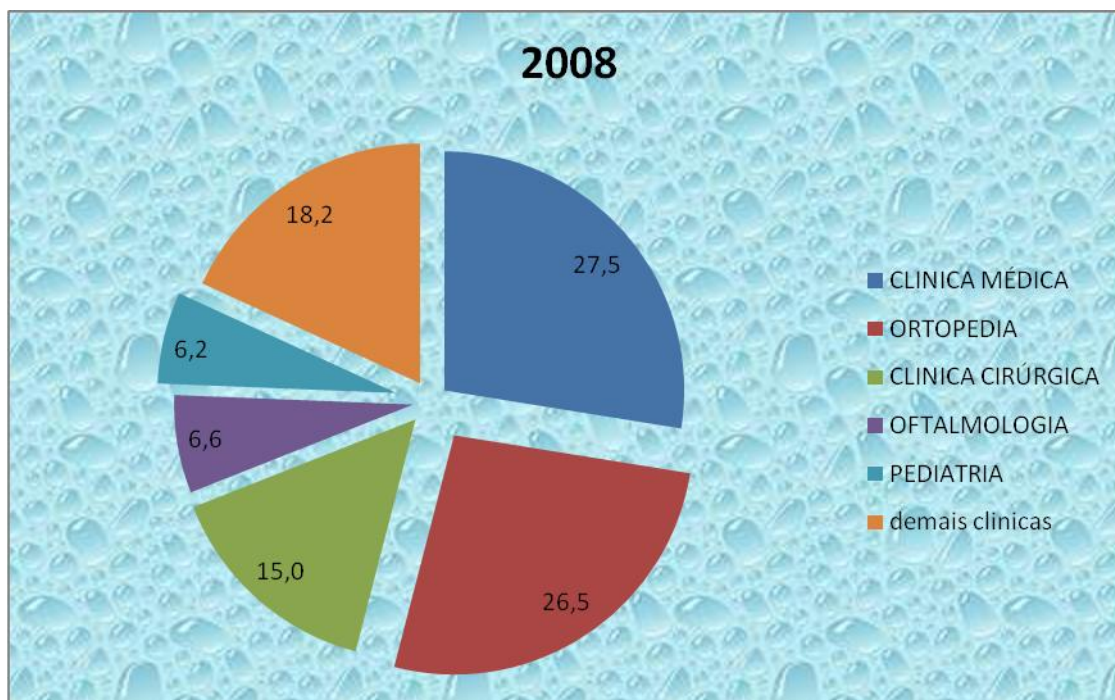
Avaliando-se mais detalhadamente os dados, pode-se observar que no ano de 2004, a clinica médica e a ortopedia respondia por 64,6% dos atendimentos realizados no hospital (gráfico 08), ou seja: quase dois terços dos atendimentos. As demais clínicas representam um percentual pequeno, em especial, clínicas como as de otorrino, cirurgia vascular, queimados, neurologia e demais clínicas.

Gráfico 08**Atendimentos do H.M.W.G. por clínicas - 2004**

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

Essas transformações na quantidade de atendimentos, segundo as clínicas, remetem também ao processo de adequação do Hospital a sua função na estrutura descentralizada da política de saúde. Os gráficos 08 e 09 remetem a esse processo de transformação. Como se observa, a clínica médica reduziu sua participação nos anos em estudo de 33,5% para 27,5%⁵³.

Gráfico 09



Atendimentos do H.M.W.G por clínicas -2008

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

A ortopedia e a pediatria também reduziram suas respectivas participações, frente ao crescimento das demais clínicas, mas o que chama a atenção é o crescimento da clínica cirúrgica que saltou de 6,8% (2004) para 15% (2008). Um crescimento significativo em um período tão curto, crescimento tal que reflete a adequação do Hospital a sua real função, atendendo pacientes que necessitam realmente de procedimentos especializados de grande porte, dentre esses: acidentes de carros, motos, cirurgias neurológicas, etc.

⁵³ Gráficos dos anos 2005-2007 encontram-se no apêndice.

Tabela 05

	2004	2005	2006	2007	2008
CLINICA MÉDICA	100,0	120,0	107,5	97,5	50,4
CLINICA CIRÚRGICA	100,0	142,8	152,7	158,0	135,4
PEDIATRIA	100,0	115,0	112,7	100,4	29,8
ORTOPEDIA	100,0	113,1	104,3	93,4	52,3
BUCOFACIAL	100,0	105,6	95,6	87,3	72,5
QUEIMADOS	100,0	100,9	101,4	89,1	67,7
CIRURGIA VASCULAR	100,0	172,2	124,4	148,5	187,4
OFTALMOLOGIA	100,0	124,0	128,7	117,0	102,2
NEUROLOGIA	100,0	118,4	100,6	115,7	98,5
NEUROCIRURGIA	100,0	142,8	133,0	163,5	193,8
ENDOSCOPIA	100,0	205,1	187,1	253,9	271,9
OTORRINO	100,0	105,7	104,0	88,5	48,5
Demais clínicas	100,0	356,8	331,3	312,0	320,1
TOTAL	100,0	119,2	111,8	103,0	61,3

Evolução relativa dos atendimentos do H.M.W.G. por clínicas - 2004 =100,0

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora

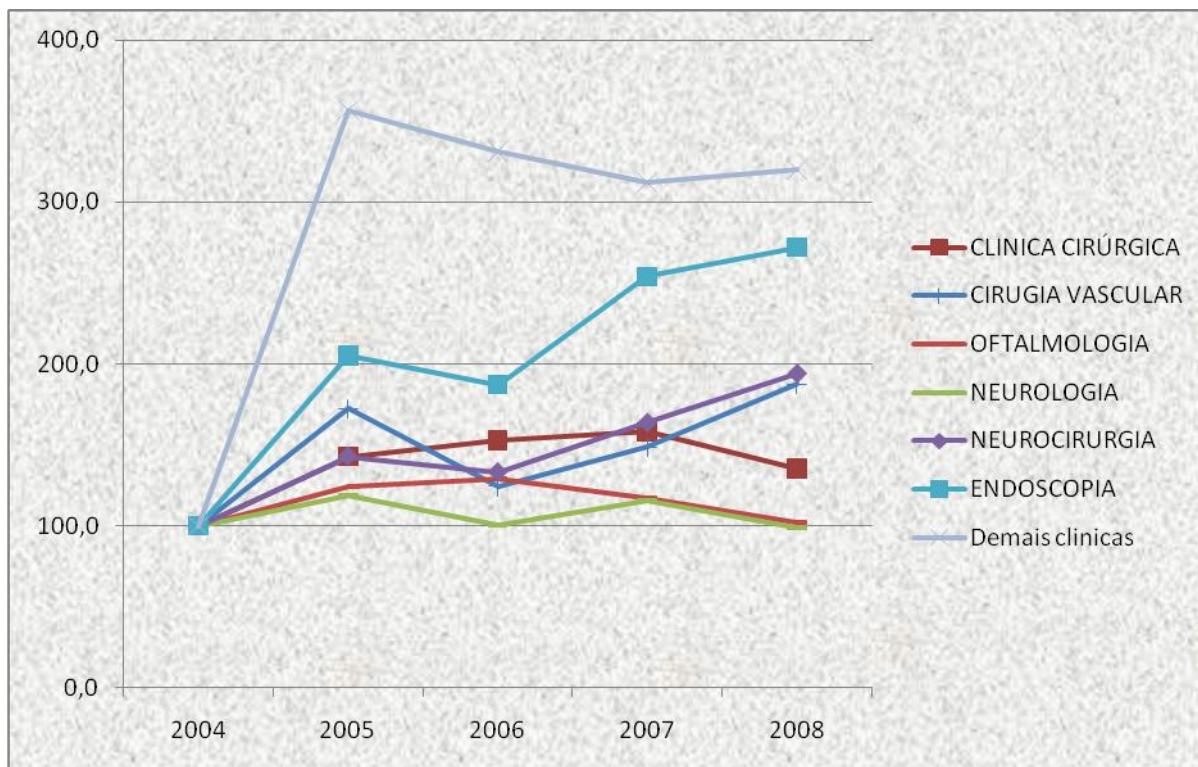
Tomando-se por base a tabela “A” do apêndice, que contém os números absolutos dos atendimentos por clínicas e a tabela 05 (acima) que mostra a evolução relativa com ano base 2004=100, ocorreu, em geral, uma redução significativa nos atendimentos. Essa redução geral implica uma readequação do hospital a sua finalidade, ou seja, atender pacientes em casos graves considerados de alta complexidade (urgências e emergências). Pode-se observar que a pediatria, a otorrino, clínica médica e a ortopedia apresentam maiores crescimentos relativos ao índice, enquanto as clínicas médica, de ortopedia e de pediatria foram as que mais declinaram em volume relativo de atendimentos realizados no período.

Na Tabela 05 ficam explícitas quais são as principais clínicas no atendimento e, no gráfico 10 na página seguinte, pode-se visualizar o índice de crescimento nas clínicas que apresentaram, no período em estudo, os mais elevados índices. No gráfico mencionado, visualiza-se que os atendimentos em endoscopia, neurocirurgia, cirurgia vascular e clínica cirúrgica apresentaram crescimento superior ao índice 100,0 de 2004. Essas clínicas, no que se referem ao crescimento relativo no atendimento, somente foram superadas pelas demais clínicas⁵⁴. A neurologia e a oftalmologia, após pequeno crescimento, mantiveram-se no ano de 2008 em seu

⁵⁴ Que se constituem num conjunto de atendimentos clínicos, a exemplo: pediatria, queimados, bucofacial, urologia, nefrologia, pneumologia, etc.

patamar de 2004. As demais clínicas apenas apresentaram declínio relativo e absoluto no atendimento.

Gráfico 10



Evolução nos Atendimentos do H.M.W.G, nas principais clínicas - 2004 = 100,0

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

Esse processo de readequação, no qual o H.M.W.G. se especializa, a saber: na alta complexidade, mostrou um significativo crescimento no número de cirurgias de grande porte e, conseqüentemente, de internamentos. Observando as variações apresentadas no volume de atendimento de pacientes, já demonstradas na tabela 01 na página 126, pode-se constatar que o resultado da implantação da triagem no hospital, reduziu significativamente o volume de pacientes atendidos, no entanto, como é de se esperar, a eficiência da triagem eleva o volume de internações, fato visualizado em sua evolução no gráfico 11, na página seguinte. Enquanto o atendimento geral reduz-se em aproximadamente 40% entre 2004 e 2008, as internações cresceram mais de 31%.

Gráfico 11

Evolução nos Atendimentos do H.M.W.G., nas principais clínicas. Números absolutos⁵⁵.

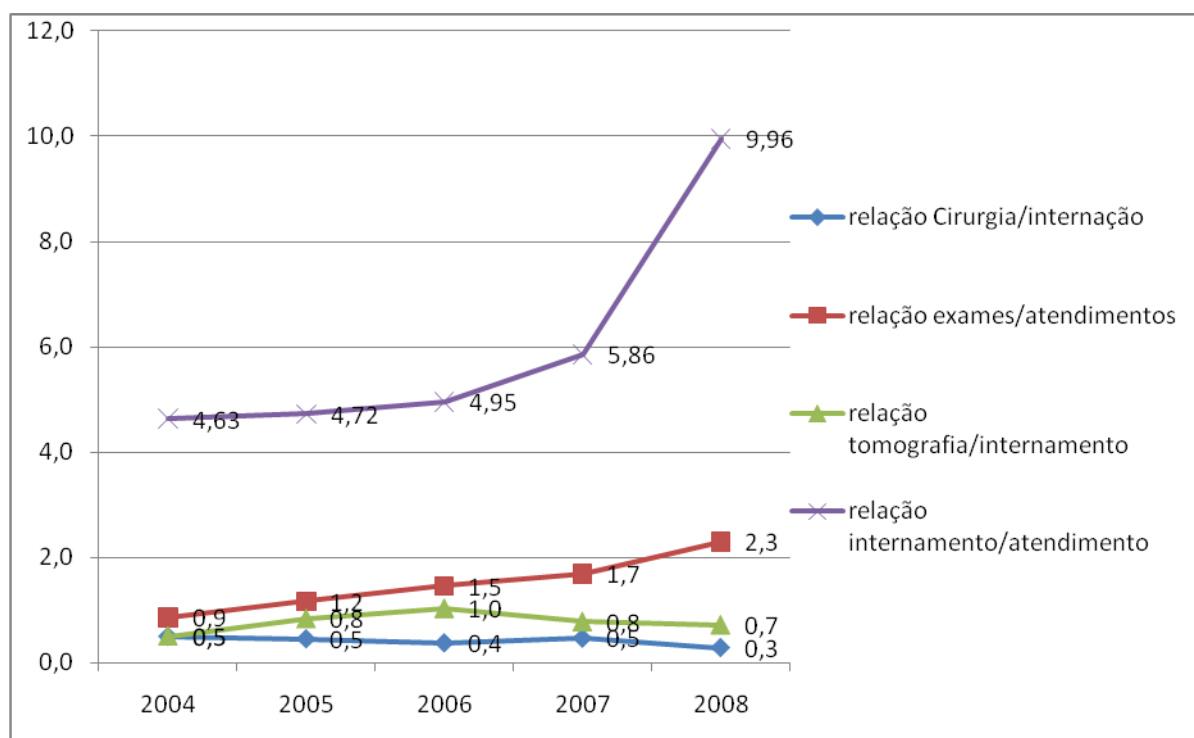
Fonte: SAME/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

Cabe ressaltar que as internações apresentam elevado custo, tais quais as cirurgias que também apresentaram crescimento na maior parte do período estudado, mostrando redução apenas no ano de 2008, possível reflexo da relação direta com o declínio vertiginoso no volume de atendimentos realizados pelo Hospital. Em números absolutos, o gráfico 11 mostra o crescimento do internamento frente à evolução das cirurgias realizadas no hospital.

Caso utilize-se como padrão analítico a relação entre o volume de internamento e o de atendimento geral, devido à trajetória evolutiva discrepante dos mesmos, pode-se perceber contínuo crescimento, saltando de 4,63 para 9,96 a relação internamento/atendimento. Essa evolução representa uma elevação na intensidade do número de internamento em relação à população atendida. Esse indicador é demonstrativo da adequação e êxito do H.M.W.G. na persecução de seu papel de fornecedor de serviços de alta complexidade, compreendendo que a internação tende a ser um serviço necessário considerando o número de cirurgias.

⁵⁵ Os dados e informações que permitiram a construção dos gráficos se encontram no apêndice.

Gráfico 12



Índices de relação entre: cirurgia e internação; exames e atendimento; tomografia e internamento; e, internamento e atendimento no H.M.W.G.

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

À afirmação do parágrafo anterior se fortalece quando se observa a relação entre a realização de exames simples e o atendimento. No período em estudo, a média da relação também elevou-se de 0,9 exames simples por pessoa atendida para 2,3. O número de exames mais complexos, como a tomografia realizados nos internados se manteve em ascensão, elevando-se de 0,5 para 0,7, tendo “picos” de 1 em 2006. Já a relação cirurgia-internação reduziu-se de 0,5 para 0,3 nos paciente internados. Esses índices comprovam que o hospital está gradativamente focando suas atividades na media e na alta complexidade e não, simplesmente atendendo a todos os pacientes referenciados e não referenciados que lhe chegam às portas. Tais constatações podem ser visualizadas no gráfico 12 (acima). O abrupto crescimento da relação entre o internamento e o atendimento é a ratificação da função central do hospital no referenciamento da média e alta complexidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No sistema capitalista, a evolução tem ocorrido muito mais rapidamente do que nos outros modos de produção, do que nas outras fases do desenvolvimento da sociedade humana. No entanto, essa evolução não tem ocorrido de forma direta, linear e progressiva. Pois, persistem diversas dificuldades e problemas sociais, políticos e econômicos. Apesar de que a história não acabou, continua-se procurando garantir a todos os homens e mulheres os direitos humanos que lhe são devidos. Neste caso, a expansão dos direitos humanos implica universalidade dos mesmos. Essa universalidade se constitui em direito que garante aos mais pobres níveis de vida dignos para sua subsistência, no entanto, a universalização tem se tornado em uma missão e um campo de lutas.

Missão para todos aqueles que preconizam uma sociedade mais igualitária, mais justa no sentido da distribuição dos bens e serviços e campo de luta, para estes e para os que preconizam uma sociedade individualista, consumista e essencialmente capitalista. Neste contexto, é importante refletir que a solidificação dos princípios éticos e organizativos do SUS se constitui em missão difícil de ser realizada. Porque traz em seu interior implicações conflituosas que decorrem de transformações profundas no Estado, na Sociedade e nas Empresas. Mas alguns segmentos, em particular, capitalistas, empresários e grupos elitistas trabalham contra a consolidação do SUS, porque sabem que deverão participar mais ativamente, no sentido de que, precisam contribuir mais economicamente na prestação dos serviços públicos de saúde.

A nossa cultura materialista e capitalista impede que os detentores do poder econômico realizem iniciativas realmente redistributivas. Entretanto, somente uma sociedade mais equilibrada econômica e politicamente é que poderá apresentar maior sustentabilidade, no sentido de, continuar no tempo e no espaço sem a destruição dos seres vivos, dos seus habitats (locais de vivencia, de moradias, etc.) e dos modos de vida.

Porém, é fundamental pensar que de tempos em tempos, o sistema capitalista apresenta crises econômicas e políticas que lhe são inerentemente estruturais, mas que emergem quando os instrumentos criados pela sociedade, e,

em especial, pela classe de maior poder aquisitivo, não consegue reproduzir a acumulação capitalista e o lucro mínimo aceitável por essa categoria.

Esses momentos de crise implicam mais uma barreira ao processo de materialização do SUS, implicando aumento do ônus para os mais pobres, que sofrem mais por não contarem com atendimento de saúde de qualidade que garanta a sua dignidade enquanto ser humano. Outros fatores como o desemprego, a precarização das relações de trabalho, contribuem para uma situação de mal estar social, pois dentro da sociedade capitalista o emprego ou ocupação permite a sobrevivência da classe mais pobre, da classe trabalhadora. Sem o mínimo para sobrevivência, não existe dignidade, os direitos sociais são “dilapidados” e a universalização dos mesmos torna-se virtual ou fictícia.

Desta forma, considerando a existência de direitos e deveres que devem ser assumidos pelo homem e, olhando a história brasileira, percebe-se que enquanto os direitos são negados, os deveres se acumulam. Na sociedade capitalista brasileira os deveres são muitos e poucos são os direitos, enquanto para uma minoria ocorre o inverso. O Estado brasileiro que deveria arbitrar os conflitos entre as classes, provoca-o beneficiando os capitalistas. É notório o processo de concentração de renda e miséria que atinge a grande parte da população brasileira. A cidadania que deveria ser proporcionada pelo Estado e conquistada pela população, é negada implicando luta constante da população por cidadania. As políticas sociais que deveriam contribuir para proporcionar a população melhor condição de vida, sempre foram relegadas a segundo plano.

No Brasil, as políticas de saúde sofreram com os cortes nos gastos sociais que se generalizaram, comprometendo direitos sociais concedidos constitucionalmente, fato que ocasionou um conflito entre a defesa dos direitos sociais e a diminuição de oferta desses direitos por parte do governo. Pois, de um lado temos um projeto de caráter universalista e democrático, concebido a partir da política de Seguridade Social instituída na Constituição Federal de 1988, que tem por princípio o avanço da democracia, a universalização dos direitos, a gratuidade do acesso aos serviços etc., por outro, tem-se um Estado em vias de desmantelamento, que não contribui para essa extensão dos direitos.

É importante citar que, na década de 1990, acentuaram-se os problemas da década anterior, pois as políticas governamentais implementadas para solucionar os problemas da década de 1980 implicaram outros mais sérios. O País encontrava-se

com baixos níveis de inflação e com estabilidade econômica, mas o preço desta estabilidade foi o crescimento do desemprego a níveis elevadíssimos, queda na taxa de crescimento médio da economia, retorno de doenças transmissíveis – dengue, febre amarela, leptospirose, diarreia, etc.- crescimento da criminalidade, acirramento da miséria, crescimento do tráfico e no consumo de drogas, queda na qualidade do ensino e no atendimento médico-hospitalar público, aumento das mortes violentas devido à criminalidade e aos conflitos do campo e da cidade.

Todo esse contexto pode ser atribuído ao modelo de desenvolvimento econômico, praticado nos países subdesenvolvidos que concentra renda e propriedade nas mãos de poucos. Cabe ressaltar que a pobreza e a fome, juntamente com as más condições de saneamento básico e de higiene favorecem a mortalidade e o retorno das velhas doenças transmissíveis, como sarampo, cólera, catapora, etc.

Entretanto, atualmente a conjuntura do país mudou, embora não tanto, mas pode-se dizer que houve diminuição do desemprego, manteve-se a estabilidade econômica e ocorreram outros pequenos avanços socioeconômicos, como o bolsa-família, o aumento do número de estudantes em cursos superiores e técnicos, configurando-se uma pequena redução das desigualdades econômicas, etc.

Constatou-se nos últimos anos que a regulamentação do capital estrangeiro na saúde, buscou através do projeto neoliberal romper com o conceito da Reforma Sanitária. Esse projeto neoliberal excluiu grande número de pessoas ao atendimento médico. A essa supressão acrescenta-se à queda na qualidade do atendimento público de saúde. Ademais, a iniciativa privada tem transformado diversos hospitais em verdadeiros “hotéis de luxo”, onde se oferece de tudo, mas nem sempre obtém-se a qualidade do atendimento necessária à saúde dos que a procuram.

Mesmo nesse contexto excludente, ocorreram avanços que geram esperanças na população. Avanços que se constituem como frutos das reivindicações e lutas políticas, implementadas por diversos organismos e entidades da sociedade civil organizada. Concordamos com Jardanowski; Guimarães apud Misoczki (2003b) ao afirmar que, é importante formular e implementar no Brasil uma política de saúde que tenha como norma a liberdade de escolha, mas coexistindo com o princípio de equidade, não reduzindo o SUS a um sistema de atenção para os pobres, relegando os princípios de universalidade e integralidade.

O Estado brasileiro vem reconhecendo a importância de amplos e maiores investimentos no setor de saúde. Apesar de que, esse reconhecimento ainda não se refletiu nos coeficientes de recursos imprescindíveis para o setor. Neste caso, o processo de descentralização apresenta-se como uma das ações fundamentais utilizada na ascensão do desenvolvimento local.

No entanto, o que vem ocorrendo no país é mais um processo de desconcentração administrativa, pois os municípios brasileiros deparam-se com enormes desafios pelo fato de que inexistente divisão equitativa do poder decisório, ocorrendo em muitos municípios somente uma transferência de obrigações e responsabilidades.

Cabe ressaltar que o processo de descentralização é qualitativamente superior a desconcentração. Pois, no processo de desconcentração, o Estado apenas repassa atividades a serem executadas. Embora as duas ações façam parte da história do Brasil, é fundamental salientar que o processo de descentralização contribui efetivamente para que a sociedade participe ativamente do processo de desenvolvimento local, através do assumir das responsabilidades, independente dos conflitos que possam vir a ocorrer.

A saúde é uma das áreas na qual o processo de descentralização apresenta diversos avanços. Sendo uma das primeiras políticas sociais a ser descentralizada no Brasil. Embora a distribuição de poder e de recursos por envolver conflitos políticos-partidários provoque retrocessos devido a pluralidade de interesses, que torna as ações fragmentadas no processo de descentralização provocando fortes impactos no nível de desigualdade regional, considerando que nos municípios pequenos e mais pobres os recursos são reduzidos enquanto nos maiores as inovações técnicas são mais presentes e acessíveis.

A descentralização do SUS constitui-se assim, no processo de implantação da regionalização da saúde, que deixa de ser administrativa, técnica e fiscal e assume um caráter político com a participação da sociedade envolvendo as esferas federal, estadual e municipal, conforme artigos (194 ao 204) da Constituição Federal de 1988.

Desta forma, a descentralização na forma da municipalização significa um acesso eficaz no sentido de contribuir com a superação das inúmeras dificuldades e desafios que ameaçam a materialização do SUS. Atualmente um dos maiores

desafios do Sistema Único de Saúde consiste na implementação e organização de uma rede de atendimento básico de qualidade. Pois, o “nó crítico” de todo o sistema são as precárias condições das unidades básicas de saúde, que não prestam um serviço eficaz e de qualidade e os usuários buscam outros serviços para solucionar seus problemas de saúde que poderiam ser solucionados nessas unidades, ocasionando o “inchaço” nos grandes hospitais.

No RN, a Política de Saúde se insere em uma conjuntura caótica, como a grande parte dos Estados brasileiros. Os serviços públicos de saúde são prestados através da rede básica que atinge os 167 municípios do Estado. Somente na década de 1990 ocorreu o processo de municipalização/descentralização da área da saúde. Em 2003, ocorreu a habilitação do RN na gestão plena do SUS, fato este que resultou na ampliação do teto financeiro, que passou de 139 milhões para 175 milhões de reais. Com o Plano Diretor de Regionalização – PDR da saúde foram desenvolvidas inúmeras ações em benefícios da população usuária (PEREIRA; VALE 2005). Embora, considerando este aumento nos recursos, depara-se cotidianamente com contradições entre a universalização e focalização dos serviços de saúde no referido Estado. Pois, dentre os municípios norte rio-grandense apenas 59% cumpriram o que determina a emenda constitucional de número 29 que define o percentual mínimo de recursos a serem aplicados na saúde pelos Estados e Municípios.

Neste contexto, os veículos de comunicação do Estado mostram que os serviços públicos de saúde do RN não são bons, contribuindo muitas das vezes no favorecimento do setor privado em detrimento do público. Os avanços são muitas vezes esquecidos e não noticiados. O maior hospital geral e de pronto socorro da capital o H.M.W.G, é um bom exemplo. Nele, ainda depara-se com doentes em macas nos corredores aguardando atendimento ou vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), aparelhos quebrados para realização de exames, falta de medicamentos, etc, mostrando que a realidade do atendimento contraria o Artigo 2º da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 que determina a saúde como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 2006a, p.104).

No entanto, a mídia, não mostra o esforço, o zelo e os avanços alcançados pelos gestores e por profissionais que fazem o H.M.W.G.. Aparecem as falhas, mas não aparecem às conquistas, os avanços, as transformações que beneficiam os

usuários, utilizando eficientemente o recurso público. Da mesma forma, nunca aparece o empenho do funcionário público que diletantemente trabalha para o bem público. A portaria 118 que estabelece a triagem, junto com as inovações e os projetos internos tem transformado a realidade do atendimento ao usuário do hospital, favorecendo o desenvolvimento das atividades próprias da instituição, aproximando-a de sua missão e do cumprimento do artigo mencionado da constituição. Nesse caminho chegar-se-á, em um futuro próximo ao pleno cumprimento do direito a saúde.

Pois, uma parcela dos usuários do H.M.W.G. chega a este, apresentando inúmeros quadros de expressões da questão social, no que diz respeito à miséria, ao desemprego, abandono familiar etc. Os usuários que, precisam deslocar-se do interior do Estado em busca de atendimento médico, em sua maioria, sentem fome, são idosos, sentem dor e ficam horas esperando para serem atendidos pelos médicos. As prefeituras por sua vez, oferecem um serviço de transporte de maneira irresponsável. Frequentemente, o encarregado pelo transporte demora horas para apanhá-los, quando não acontece de deixar esses usuários na instituição. Quando são esquecidos pelos carros da prefeitura, passam a noite em albergues ou então nos bancos dos hospitais, na dependência da boa vontade dos outros, pois muitas vezes, não possuem sequer recursos financeiros para alimentarem-se.

Se os usuários não estiverem internados na instituição, não possuem garantias para que possam realizar seu tratamento, isto é visto no momento em que eles aguardam por longos períodos uma consulta, um exame ou até mesmo para comprar um medicamento pela falta de condições financeiras. Também enfrentam filas de espera para conseguir um tratamento cirúrgico ou clínico, devido à grande demanda de usuários e a pouca disponibilidade dos serviços oferecidos pelo governo, o que contribui para o agravamento do seu estado de saúde (PEREIRA, 2008).

Enfim, grande parte dos usuários do SUS possui baixo poder aquisitivo, baixo nível de escolaridade, não tem uma devida assistência à saúde, prevenção de doenças e alimentação adequada, necessitando dos programas sociais públicos. A história de vida de cada um traz as particularidades da questão social. Portanto, seria necessário que o usuário dos serviços públicos de saúde fosse visto pelos governantes como um ser integral e com o direito de ser atendido, não só quando está internado na instituição, mas em outras situações especiais. A partir de uma

visão de totalidade, pois, a saúde está relacionada diretamente com todos os determinantes sociais. Caracterizando-se como um investimento que evitar gastos futuros.

Na atual conjuntura, é possível identificar que o processo de descentralização vem melhorando timidamente as condições de atendimento público a saúde, principalmente nos pequenos municípios, como também nos grandes centros urbanos. Neste caso, o processo de descentralização na saúde não vem ocorrendo de uma forma mais rápida devido a diversos fatores dos quais podemos ressaltar: a baixa qualificação e remuneração dos profissionais de saúde no interior e na capital, a existência de projetos políticos localistas divergentes do atendimento básico a saúde e a inoperância da maioria dos conselhos de Saúde.

O H.M.W.G. como integrante dessa estrutura descentralizada da saúde vem respondendo a contento, mesmo que em meio a tumultuado contexto de falta de recursos, profissionais e equipamentos frente a uma excessiva demanda e a praticas “ambulancioterapeutas” por parte de gestores da saúde, que deveriam cuidar da porta de entrada do sistema no processo de cuidados com a saúde.

Os dados do quinto capítulo apresentaram significativos avanços realizados pela instituição. Conclusivamente, torna-se importante ressaltar que a implementação da triagem, portaria 118, foi um passo importante para conter a demanda excessiva não referenciada e espontânea, transferindo a tarefa do atendimento para seus principais responsáveis, ou seja, os gestores da política de saúde na ponta, no nível de atendimento primário, ou de baixa complexidade. A redução do volume de demanda no ano de 2008 é importantíssimo para uma equalização entre as despesas e a dotação orçamentária da instituição. No entanto, é importante realçar, que os gestores precisam avançar no planejamento de curto, médio e longo prazo, no intuito de evitar as sobras financeiras, pois as mesmas deixam de ser aplicadas, dificultando as melhorias no processo de atendimento a população.

Os dados apresentados no V capítulo mostram que as medidas tomadas pela gestão da instituição caminham no sentido de garantir a real função dentro da estrutura descentralizada da política de saúde no Brasil e no Rio Grande do Norte. As clínicas que compõe o hospital estão se concentrando em suas respectivas especialidades, e as médias de cirurgias, internamentos e exames frente ao volume de atendimento tem evoluído positivamente, no sentido de reduzir a superlotação,

garantir um atendimento adequado, dado as funções precípua da instituição. O trabalho incansável dos gestores da instituição tem promovido crescente melhoria nas condições de atendimento, que mesmo longe de ser o ideal, caminha a passos largos para um atendimento mais adequado. Falta, no entanto, um comprometimento maior dos gestores de saúde responsáveis pela porta de entrada, pela atenção primária, pela baixa complexidade, de atuarem de tal forma que contribuam para a redução da demanda do H.M.W.G. Para isso, esses gestores precisam tanto melhorar o atendimento no interior, quando garantir as condições mínimas para os que necessitam de atendimento de média e alta complexidade do Walfredo Gurgel, especialmente no que se refere ao transporte desses pacientes. Nesse sentido, é fundamental a união dos gestores do interior na busca por recursos que garantam a qualidade do atendimento. Afinal os recursos são escassos.

Ademais, a União descentralizou recursos e funções. Para alguns, mais recursos que funções, para outros, mais funções que recursos. A reclamação comum dos municípios dá-se por haver um entendimento que ocorreu mais descentralização de funções do que de recursos, enquanto para União ocorreu o contrário. O fato é que, a pendência quanto ao financiamento da saúde tem prejudicado a ampliação dos serviços em diversas dimensões, tanto em termos qualitativos, como quantitativos.

Os pequenos municípios, mesmo contando com os recursos federais para desenvolver o Programa Saúde da Família, ainda praticam a "ambulancioterapia", ou seja, enviam sistematicamente seus pacientes para os médios e grandes centros urbanos. Essa prática gera problemas: a) Políticos - devido aos conflitos existentes entre prefeitos dos interiores e da capital, além de que, os pacientes ficam "amarrados" aqueles que promovem a ambulancioterapia; b) Econômicos - referentes às despesas geradas nos hospitais, os financiamentos dos gastos, etc.; e, c) Sociais - pelas diversas conseqüências para os pacientes e as instituições que os recebem. É preciso organização e consciência técnico-administrativa para evitar-se a ambulancioterapia, e a conseqüente transmissão dos problemas do interior para a capital, da atenção primária para a secundária, das instituições que atuam na baixa complexidade para as que atuam na alta complexidade.

Portanto, o Sistema Único de Saúde e os serviços públicos apresentam problemas que não se resolvem apenas com recursos financeiros, mas também com administração, participação popular no que se refere à fiscalização e cobranças

junto ao Estado, aos administradores e funcionários públicos, ou seja: somente um trabalho coletivo vai melhorar a realidade do SUS por ser uma responsabilidade de todos e principalmente dos gestores e de todo Servidor Público.

Lembrando que, para ser Servidor Público é preciso qualificação, pois qualificação torna-se fundamental para entender a realidade que rodeia; os entraves/barreiras e limites para a universalização das políticas públicas e as dificuldades para garantir direitos humanos a todos. É preciso, compreender que qualificação não é apenas escolaridade, mas acima de tudo, EDUCAÇÃO E CONHECIMENTO aplicado à realidade, isso é: não basta apenas ter um título ou um diploma. Pois, como o próprio nome já diz Servidor é aquele que serve e servir é um ato nobre e importante, pois condiciona, influencia e contribui significativamente para que a materialização do SUS aconteça de fato e direito.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Ana Maria Góis de. SANTOS, Maria de Lourdes dos. ROCHA, DANTAS, Nadja de Sá Pinto. Atendimento Humanizado no Complexo Hospitalar Público. IN: **Política e Gestão em Saúde: reflexões e estudo/** Janete Lima de Castro, Jacinta Maria M. Formiga, Rosana Lúcia A. de Vilar (orgs). – Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, 2006.

ARAÚJO, Odília Sousa de. **A reforma da previdência social brasileira no contexto das reformas do Estado: 1988 a 1998** – Natal (RN): EDUFRN – Editora da UFRN, 2004.

ARAÚJO, Tânia B. de. Descentralização das políticas públicas no Brasil: um destaque para a descentralização das políticas de apoio á Reforma Agrária. IN: **Os desafios das políticas públicas diante da crescente importância do poder local.** João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2000.

ARRETCHE. Marta T. S. Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado Federativo. IN: **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** UNESP. São Paulo, 1996.

BAPTISTA, Dulce Maria Tourinho. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. IN: **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio,** MARTINELLE, Maria Lúcia (org.). São Paulo: Veras Editora, Coleção: Série Núcleo de Pesquisa; 1999.

BEAUD, Stéphane; WEBER Florence. **Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos.** Vozes. Petrópolis, RJ. 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica de serviço social, v.2).

BOGDAN, Roberto, C.; BIKLEN Sari K. **Investigação Qualitativa em Educação.** Porto Editora, LTDA. Portugal, 1994.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem Paga a Conta? IN: MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (orgs.) **Serviços Social e Saúde. Formação e trabalho Profissional.** 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde. Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 de Março de 2006.** Disponível em: <http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/coleções.html>. Acesso em: 13 de julho de 2009.

_____, **11ª Conferencia Nacional de Saúde.** Brasília 15 a 19 e dezembro de 2000. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção. A saúde com controle social: relatório final – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. IN: **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica de 1996**. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001**. Brasília.

_____, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Número 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Natal, RN. 2006a (coletânea de leis serviço social, 5ª edição. CRESS, 14ª região).

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Número 8.080, de 19 de setembro de 1990. Natal, RN. 2006a (coletânea de leis serviço social, 5ª edição. CRESS, 14ª região.).

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviços Sociais e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BUARQUE, Sérgio C. Desenvolvimento Local e Globalização. IN: **Construindo o Desenvolvimento Local Sustentável**. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

CASTRO, Janete Lima de. *et alli*. Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho. IN: **Gestão de trabalho no SUS: entre o visível e o culto/** Janete Lima de Castro (org.). Natal: Editora Observatório RH NESC/ UFRN, 2007. 216p.

CAVALCANTI, S. A. V. Reforma do Estado e Políticas Sociais no Brasil. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 22, n. 68, nov.2001.

CAMILO, Maria Virginia R. Femandes. Trajetória do Direito à Saúde: uma experiência de hospital-escola. IN. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 22, n. 67, p. 152-163, jul. 2001 (especial).

CLEMENTINO, Maria do L. Finanças públicas no nível local de governo. IN: **Os desafios das políticas públicas diante da crescente importância do poder local**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2000.

COHN, Amélia et. Alli. As heranças da saúde: da política de desigualdade à proposta da equidade. IN: **A saúde como direito e como serviço**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez-CEDEC, 2005.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O Elo Invisível dos Processos de Trabalho no Sistema Único de Saúde em Natal (RN)**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. UFPE. Recife, 1998.

DRAIBE, S., 1999. As políticas sociais nos anos 1990. In: **Brasil: Uma Década em Transição** (R. Baumann, org.), pp. 101-142, Rio de Janeiro: Editora Campus/Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 1999

ELIAS, Paulo Eduardo. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. IN: **Saúde No Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e Desenvolvimento das Políticas Sociais no Brasil. IN: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 03. Política Social, Brasília, UNB – Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

FERNANDES, Kaio César. **Descentralização: entre a privatização e a democratização das ações e serviços de saúde pública na cidade de Natal**. Dissertação de mestrado em Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2001.

GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. IN: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.) **REFORMA SANITÁRIA: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

GONDIM, Linda Maria de Pontes. **Pesquisa em ciências sociais: o projeto da dissertação de mestrado**. Fortaleza: Edições UFC. Série Cursos, 1999.

GUIMARÃES NETO, Leonardo. Finanças dos municípios nos anos 90: análise comparativa de Pernambuco e São Paulo. V. IN: **Os desafios das políticas públicas diante da crescente importância do poder local**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2000.

GUIMARÃES NETO, Leonardo; PORSESSES, Alexandre Alves; SOARES, Melody de C. Descentralização e finanças municipais no Brasil: uma análise regional da gestão dos recursos. IN: **Políticas Públicas Trabalho e Empresa: recortes analíticos**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2000.

HARVEY, D. **Condições pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 13ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. 2ª ed. São Paulo. 2003.

JACOBI, Pedro. Estado Capitalista: transformação na dinâmica de intervenção e papel das burocracias. IN: **Movimentos Sociais e Políticas Públicas**. São Paulo: Cortez, 1989.

JULIANI, C.M.C.M; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. IN: **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, dez. 1999.

KISIL, Marcos. **Gestão da Mudança Organizacional**, volume 4/ Marcos Kisil; colaboração de Tânia R. G. B. Pupo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (série Saúde & Cidadania).

LUZ, Madel Therezinha, Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – anos 80. IN: **PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva**, vol.01, número 01, 1991.

MASSUD, Soraya Godeiro. **Análise da Política de Gestão da Atenção Básica de Saúde no Município de Natal – RN**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Coletiva. Curso de Especialização em Saúde Pública. Natal – RN, 2001.

MARX, Karl. **O Capital, Crítica da Economia Política**. São Paulo: Nova Cultura, 1988. Volume- II.

MELO. Maria Fernanda G. C. de, **O Processo Recente de Descentralização da Política de Saúde: o caso de Santos**. Dissertação. Mestrado em Economia Social e do Trabalho. UNICAMP, Campinas, 1999.

MENDES, Eugenio V. (org.) As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 1980: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do Projeto Neoliberal. IN: **Distrito Sanitário: o processo social da mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. 3a ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO 1995.

MISOCZKY, Maria Ceci. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. IN: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n.65, p. 336-347, set/dez 2003a.

_____, Equidade em Saúde: uma revisão conceitual. IN: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2003b.

MONTAÑO, Carlos. O fenômeno (real) por trás do conceito (ideológico) de “terceiro setor”. IN: **Terceiro Setor e Questão Social – crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2003.

MONNERAT. Giselle L.; SENNA. Mônica de C. M.; SOUZA. Rosimary G. de. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. IN: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V. 7, número 3, p. 509-521. 2002.

MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (orgs.) **Serviços Social e Saúde. Formação e trabalho Profissional**. 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde. Cortez, 2007.

NETTO, José Paulo. FHC e a Política Social: um desastre para as massas trabalhadoras. IN: LASBAUPIN, I. (org.) **O Desmonte da Nação-Balanço do Governo FHC**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro e MIOTO, Regina Célia Tamaso. “Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais” IN: MOTA, Ana Elizabeth. et. al. (Orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde; Recife: ABEPSS, 2006.

PORSSES, Alexandre Alves; PORSSES, Melody de C. S. Descentralização e finanças municipais: uma análise do Estado da Paraíba em 1996. IN: **Políticas Públicas Trabalho e Empresa: recortes analíticos**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2000.

PEREIRA, Potyara A.P. Centralização e exclusão social: duplo entrave á política de Política de Assistência Social. IN: **Revista Ser Social**. N.3, V. Jul/dez., Brasília, 1998.

PEREIRA, Maria Cristina Silva; VALE, Gyovanna Sarah de Almeida. **Direitos Sociais: uma questão de cidadania. Portadores de neoplasia maligna**. 2005. 128 f. Trabalho de conclusão de curso. Graduação em Serviço Social. Faculdade de Ciências, Cultura e Extensão do Rio Grande do Norte - FACEX, Natal, 2005

PEREIRA, Maria Cristina Silva. A Precarização da Política de Saúde: uma expressão da questão social. IN: **Universidade e Compromisso Social**. XIV Seminário de Pesquisa do CCSA. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ISSN 1808-6381. Natal/RN, 2008

QUEIROZ, Maria Isaura P. de. **Variações Sobre a Técnica de Gravador no Registro da Informação Viva**. T.a. Queiroz, Editor Ltda, São Paulo, 1991.

RAMOS, Maria Natália P.. **Psicologia Clínica e da Saúde**. Universidade Aberta de Lisboa. 2004.

ROCHA, Paulo de Medeiros. A Saúde no Brasil Contemporâneo: dimensões da crise. IN: **Política e Gestão em Saúde: reflexões e estudos/** Janete Lima de Castro et alli.orgs). Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, 2006.

RICHARDSON, Roberto Jarry, **Pesquisa Social; métodos e técnicas**. Editora Atlas S.A, 3ª Edição revista e ampliada. São Paulo, 2008.

SANTOS FILHO, José Camilo dos; GAMBOA, Silvio Sanches. **Pesquisa Educacional: quantidade-qualidade**. São Paulo: Cortez, 2002.

SORRENTINO, Sara Romera. A saúde pede Socorro. IN: **Saúde em Debate**. São Paulo: Moderna, 1995.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. Cidadania, Globalização e Previdência Social. IN: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.68, ano XXII, 2001.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 2ª Ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica de serviço social; v.3).

SIQUEIRA. Sandra Aparecida V. de; Senna. Mônica de C.; OLIVEIRA. Paulo de T. R. de; PINTO. Felipe Luiz. Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90. IN: **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.26, n. 60, p.25-36, jan./abr. 2002.

TELES, Vera da Silva. **Pobreza e Cidadania: figurações da questão social no Brasil moderno**. São Paulo: EDUSP, 2001.

TONET, Ivo. Ética e Capitalismo. IN: **Presença Ética. Revista do Grupo de Estudos e Pesquisas Sobre Ética (GEPE)** – Ética, Políticas e Direitos Humanos. Pós-Graduação em Serviço Social/UFPE, ano II, n. 2, ano 2002.

TREVISAN. Leonardo N.; JUNQUEIRA. Luciano Antonio Prates. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. IN: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V.12, número 4, 2007, p.893-902.

UFRN, A Condição de Pobreza e Exclusão Social da População de Natal: **relatório de pesquisa/** Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Base de Pesquisa Trabalho, Ética e Direitos. – Natal, RN, 2005. 140p.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. **Atores e Interesses da Reforma Sanitária no Rio Grande do Norte**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências Sociais. Natal 1997. 197p.

VILAR, Rosana Lúcia Alves de. **Participação Social em Saúde: a experiência em Natal- RN**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1997. 183p.

VIANA. Ana L.d’Ávila; MACHADO. Cristiani V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. IN: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V.14, número 3, 2009, p.807-817.

VIANA. Ana Luiza D’Ávila; LIMA. Dias de L.; OLIVEIRA. Roberta G. de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. IN: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V.7, número 3, 2002, p. 493-507.

WEIGELT, Leni Dias. **Política Pública de Saúde: Um Estudo Sobre o Processo de Implementação da Descentralização/Regionalização da Saúde na Região do Vale do Rio Pardo – RS**. Tese. Doutorado em Desenvolvimento Regional. Universidade Santa Cruz do Sul, 2006.

SITES E BLOGS

COISAS POTIGUARES.

<<http://oestenews.coisaspotiguares.blogspot.com/2009/06/ditaduramilitar.html>>

Acesso em: 15 de Março de 2010.

TRIBUNA DO NORTE. Disponível em: <http://tribunadonorte.com.br/noticia.php?id=94354>. Acesso em: 28 de Abril de 2010.

_____, disponível em <http://tribunadonorte.com.br/noticia.php?id=94354>. Acesso em: 29 de Abril de 2008.

RIO GRANDE DO NORTE. **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE** (SESAP) <<http://saude.rn.gov.br/noticias.asp?idnoticia=6627>> Acesso em: 10 de Março de 2010.

ISTO É DINHEIRO. (2002). <<http://www.terra.com.br/istoedinheiro/260/negocio/esqueletos.htm>> Acesso em 12 de junho de 2009.

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL. **Serviço médico e estatístico: notícias.** Disponível em: <<http://www.walfredogurgel.rn.gov.br.htm>> Acesso em: 10 de Março de 2010.

APÊNDICES

TABELA A

	2004	2005	2006	2007	2008
CLINICA MÉDICA	76.171	91.422	81.905	74.255	38.412
CLINICA CIRÚRGICA	15.434	22.041	23.564	24.382	20.895
PEDIATRIA	29.062	33.423	32.757	29.192	8.658
ORTOPEDIA	70.715	80.003	73.765	66.051	36.967
BUCOFACIAL	7.870	8.313	7.524	6.871	5.706
QUEIMADOS	2.755	2.780	2.794	2.455	1.864
CIRUGIA VASCULAR	619	1.066	770	919	1.160
OFTALMOLOGIA	9.034	11.206	11.627	10.573	9.236
NEUROLOGIA	2.985	3.533	3.004	3.454	2.941
NEUROCIRURGIA	2.436	3.479	3.239	3.983	4.722
ENDOSCOPIA	549	1.126	1.027	1.394	1.493
OTORRINO	9.141	9.662	9.507	8.088	4.435
Demais clínicas	938	3.347	3.108	2.927	3.003
TOTAL	227.709	271.401	254.591	234.544	139.492

ATENDIMENTOS DO HWG POR CLÍNICAS

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

TABELA B

	2004	2005	2006	2007	2008
INTERNAMENTO	10.543	12.822	12.599	13.747	13.890
AMBULATORIAL	-	3.592	14.528	3.442	241
EXAMES SIMPLES	195.905	316.277	371.235	394.673	320.922
TOMOGRAFIA	5.269	10.651	12.932	10.633	9.904
ULTRASONOGRAFIA	8.646	10.019	10.495	10.029	8.020
ENDOSCOPIA	1.875	1.427	1.719	1.631	1.558
CIRURGIAS	5.274	5.800	4.709	6.389	3.927
PRONTO SOCORRO	227.709	271.401	254.591	234.538	139.492

PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO H.M.W.G

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

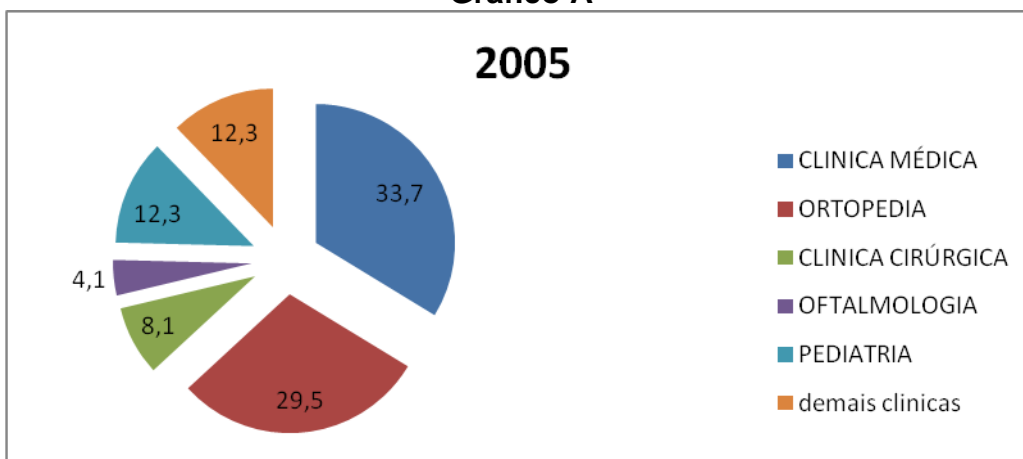
TABELA C

ANO	DOT. ORÇ	REC. FIN. UT.	REST. A PAGAR	SOBRAS
2004	5.800,0	4.401,2	723,1	675,7
2005	5.219,9	3.759,5	321,8	1.138,6
2006	3.029,2	2.521,6	466,7	40,9
2007	3.400,0	2.602,4	541,0	256,6
2008	6.380,0	4.319,8	549,2	1.511,0

ORÇAMENTO DO H.M.W.G. (R\$ MIL)

Fonte: Divisão Financeira - H.M.W.G. (2010), elaboração da autora.

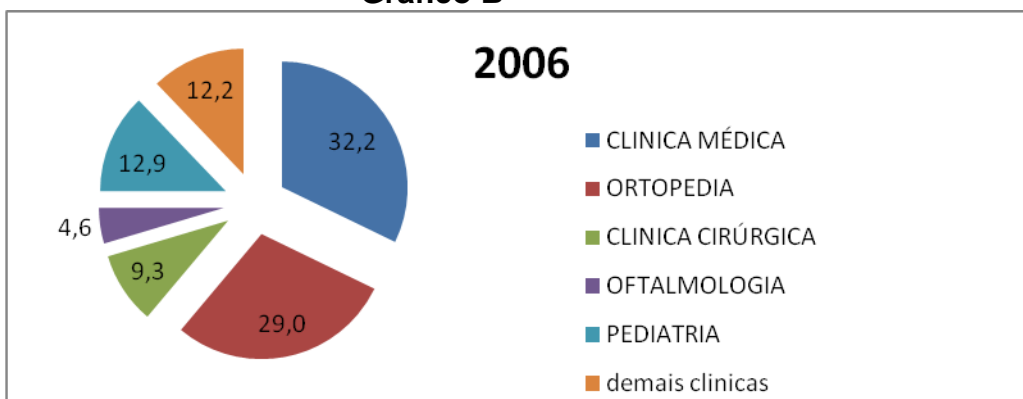
Gráfico A



Atendimentos do H.M.W.G. por clínicas – 2005

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

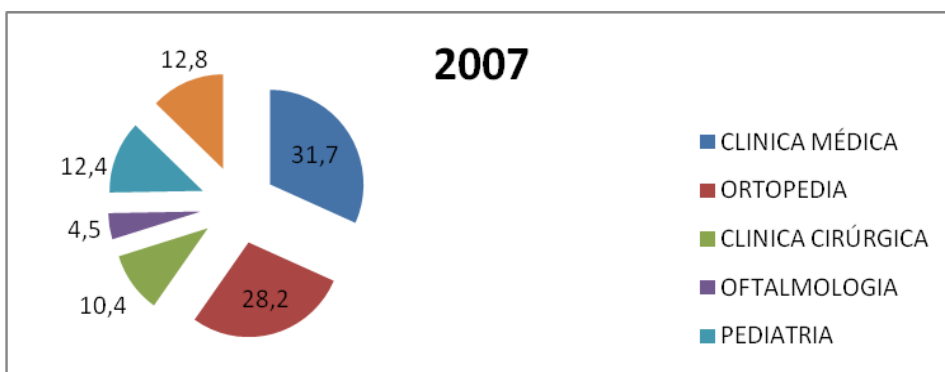
Gráfico B



Atendimentos do H.M.W.G. por clínicas – 2006

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora.

Gráfico C



Atendimentos do H.M.W.G. por clínicas – 2007

Fonte: SAME/H.M.W.G. (2010). Elaboração da autora

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](#)